

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PREMENOPOZ VE POSTMENOPOZ DÖNEMDEKİ
KADINLARIN YEME FARKINDALIĞI, YAŞAM
KALİTESİ VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra Kıtıl

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz

İSTANBUL, 2019

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PREMENOPAZ VE POSTMENOPAZ DÖNEMDEKİ
KADINLARIN YEME FARKINDALIĞI, YAŞAM
KALİTESİ VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra Kıtıl

154006025

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Büşra Kıtıl

Öğrenci No : 154006025

Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik

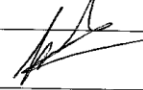
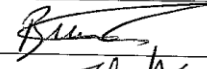
Tez Savunma Tarihi: 30.05.2019

Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Hande Öngün Yılmaz

Tez Savunma Saati: 13.00

Tez Konusu : PREMENOPAZ VE POSTMENOPAZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YEME FARKINDALIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabul 'ne OYBİRLİĞİ / ÖYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Hande Öngün Yılmaz	Kabul	
Dr. Öğr.Üyesi Burcu Yeşilkaya	Kabul	
Prof.Dr. Berrin Telatar (İst.Bilim Üniversitesi)	Kabul	B. Telatar

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Aylin Seylam Küşümler		
Dr.Öğr.Üyesi Nihan Çakır Biçer (İst. Kültür Üniversitesi)		

ÖZET

Bu araştırma Ocak 2019 – Mart 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Kapaklı Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 19-65 yaş arası premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların beslenme alışkanlıklarının saptanması, yaşam kalitesi ve yeme farkındalıklarının değerlendirilerek ilişkilendirilmesi amacı ile yürütülmüştür.

Araştırmaya, 50'si (%48,1) premenopoz, 54'ü (%51,9) postmenopoz olmak üzere toplam 104 kadın katılmıştır. Katılımcıların kişisel özellikleri, genel sağlık bilgileri anket formu ile sorgulanmış ve antropometrik ölçümleri alınmıştır. Beslenme durumlarının saptanması amacıyla 3 günlük besin tüketim kaydı alınmıştır. Yeme farkındalığını ölçmek için geliştirilen Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Bireylerin yaş ortalaması $51,9 \pm 5,6$ (premenopozlar $49,2 \pm 4,9$, postmenopozlar $54,5 \pm 5,1$) olarak belirlenmiştir ($p=0,000$). Premenopoz kadınların beden kitle indeksi(BKİ) değerleri $29,8 \pm 4,6$, postmenopoz kadınların $32 \pm 5,1$ olarak hesaplanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p=0,03$). Bireylerin enerji, protein, yağ ve karbonhidrat alım düzeyleri önerilen alım düzeyi ile karşılaştırıldığında önerilen değerler arasında olduğu belirlenmiştir. Postmenopoz kadınların premenopozlara göre YFÖ-30 farkındalık alt grup puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$). Postmenopoz kadınların premenopozlara göre SF-36 yaşam kalitesi fiziksel rol kısıtlamaları alt grup puanları daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,031$). Bireylerin BKİ değerleri ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki ($r = -0,276$; $p=0,005$), benzer şekilde BKİ değerleri ile yaşam kalitesi arasında da negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,334$; $p=0,001$). BKİ arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Sonuç olarak; menopozal dönemde ağırlık kontrolünün yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bireylere yeme farkındalığı bilinci kazandırılmasının ağırlık kontrolünü sağlamaya yardımcı olabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Premenopoz, postmenopoz, yeme farkındalığı, yaşam kalitesi, beslenme

ABSTRACT

THE EVALUATION OF MINDFUL EATING, QUALITY OF LIFE AND NUTRITION HABITS OF WOMEN IN PREMENOPAUSAL AND POST MENOPAUSAL PERIOD

This study was conducted to determine dietary habits and evaluate association of mindful eating and healthy quality among the all premenopausal or post menopausal female patients between 19-65 year old who was admitted to Nutrition and Diet Clinic of Tekirdağ Kapaklı Hospital.

50 (48.1%) premenopausal and 54 (51.9 %) postmenopausal totaly 104 woman participated in the study. Personal characteristics and general health information of the individuals were interrogated using a questionnaire and anthropometric measurements were calculated. In order to determine nutritional status, 3-day food consumption was recorded. Mindful Eating Questionnaire (MEQ/YF-30) was used to measure the eating awareness and the Short Form-36 (SF-36) Quality of Life scale was used to measure the quality of life.

Mean age of the participants were indicated as 51.9 ± 5.6 years (49.2 ± 4.9 years for premenopausal and 54.5 ± 5.1 years for postmenopausal women)($p=0,000$). BMI values of premenopausal women were calculated as 29.88 ± 4.60 and postmenopausal women were 32 ± 5.1 and the difference between the groups was statistically significant ($p=0,03$). Energy, protein, fat and carbohydrate intake levels of individuals were determined to be among the recommended values compared to RDA. Postmenopausal women were found to have higher awareness component of MEQ/YF-30 scores than premenopause ($p=0,019$). Postmenopausal women had lower quality of life physical role limitations component of SF-36 scores than premenopause ($p=0,031$). A negative correlation was found between BMI values of individuals and mindful eating ($r = -0,276$; $p=0,005$), and a negative correlation was found between BMI values and quality of life ($r = -0,334$; $p=0,001$). As BMI increases, quality of life decreases.

As a result; Weight control in the menopausal period is associated with quality of life. It is thought that awareness component of mindful eating can help to control weight.

Keywords: Premenopause, postmenopause, mindful eating, quality of life, nutrition

Önsöz

Çalışmam süresince tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın yürütülmesinde ve sonuçlanmasında bana yol gösteren değerli tez danışmanım Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Hande ÖNGÜN YILMAZ'a,

Çalışmam süresinde benden bilgi ve manevi desteğini esirgemeyen değerli hocam Marmara Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Arş. Gör. Mustafa YÜCE'ye,

Hayatım boyunca her koşulda sevgi ve saygıyla yanımda olan, benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen annem İffet KITAL'a, babam Mustafa KITAL'a,

Çalışmamı yürüttüğüm süre boyunca bana her daim yardımcı olan, manevi destekçim sevgili kardeşim Salim Furkan KITAL'a,

Sonsuz desteğini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Büşra KITAL

Beyan

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Büşra Kıtıl



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Menopozun Tarihçesi ve Tanımı	3
2.2.Menopozal Dönemin Evreleri	3
2.2.1.Premenopozal Dönem	3
2.2.2.Perimenopozal Dönem	4
2.2.3.Postmenopozal Dönem	4
2.3.Menopozda Görülen Semptomlar	6
2.4.Menopozda Görülen Sağlık Sorunları	7
2.5. Menopozda Beslenme ve Fiziksel Aktivite	10
2.6. Menopozda Yeme Farkındalığı	14
2.7. Menopozda Yaşam Kalitesi	16
2.8. Beslenme Durumunun Saptanması	17
2.8.1. Besin Tüketiminin (Alımının) Saptanması	17
2.8.2. Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	21
3.3. Araştırmanın Genel Planı	21

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	22
3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	23
4.BULGULAR	24
5.TARTIŞMA	52
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	60
KAYNAKÇA	62
EKLER	70



TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Menopozla birlikte organizmada meydana gelen hormonal değişimler	7
Tablo 2: DSÖ'nün beden kitle indeksi(BKİ) sınıflandırması	18
Tablo 3: YFÖ-30 puan skorları	23
Tablo 4: SF-36 yaşam kalitesi puan skorları	23
Tablo 5: Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 6: Bireylerin genel sağlık bilgilerinin karşılaştırılması	28
Tablo 7: Bireylerin menopozal dönem şikayetlerinin karşılaştırılması	28
Tablo 8: Bireylerin fiziksel aktivite özelliklerinin karşılaştırılması	29
Tablo 9: Bireylerin genel beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması	30
Tablo 10: Bireylerin antropometrik özelliklerinin karşılaştırılması	32
Tablo 11: Bireylerin BKİ, bel çevresi, BKO sınıflandırmalarının karşılaştırılması	33
Tablo 12: Bireylerin BKİ değerlerine göre menopozal şikayetlerinin karşılaştırılması	34
Tablo 13: Bireylerin enerji ve makro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tüketim ortalamaları	36
Tablo 14: Bireylerin mikro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tüketim ortalamaları	38
Tablo 15: Bireylerin YFÖ-30 alt grupları ortalama puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 16: Bireylerin YFÖ-30 alt gruplarının BKİ ortalamaları ile karşılaştırılması	43

Tablo 17: Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi alt grupları ortalama puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 18: Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi alt gruplarının BKİ ortalamaları ile karşılaştırılması	47
Tablo 19: YFÖ – 30 ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeklerinin bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması	49



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1: Klimakterik dönem şeması 4



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BKO: Bel Kalça Oranı

cm: Santimetre

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

DHEA: Dehidroepiandosteron

EFSA: European food safety authority

E2: Estradiol

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

g: Gram

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol

Kg: Kilogram

Kkal: Kilokalori

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

LDL-C: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol

LH: Lüteinleştirici hormon

m: Metre

mcg: Mikrogram

mg: Miligram

PUFA: Çoklu Doymamış Yağ Asitleri

SD: Standart Sapma

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TEKHARF: Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VLDL: Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol

χ^2 : Ki-kare

SF-36: Short Form (Kısa Form)-36

YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği

1. GİRİŞ

Kadının kendine ve topluma karşı sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, iyi sağlık halinin devamı için ise yeterli olanaklara sahip olması gerekmektedir. Kadının sağlık durumu başta beslenme olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir (1).

Kadın hayatı çocukluktan yaşlılığa kadar birçok hormonal, emosyonel, fiziksel farklılıklardan etkilenen dönemlerden oluşmaktadır. Bu dönemler arasında menopoza yaşlılığa geçiş evresinin başlangıcı ve kadın yaşamı üzerindeki etkileri nedeni ile oldukça önemlidir (2).

Menopoz, kadınların üreme çağından, yumurtalık fonksiyonlarındaki azalmayla birlikte üreme yeteneğinin sona erdiği çağa geçtiği bir yaşam evresidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (3). Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşur. İlk belirtilerin ortaya çıkmaya başladığı dönem premenopoz dönem; en son menstrüasyon döngüsünü görüldüğü dönem menopoz dönem; son adet görüldüğü evreden 12 ay sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopoz dönem olarak ayrılmıştır (4).

Normal koşullarda kadınların çoğu 45-54 yaşları arasında menopoza girmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzamasına rağmen menopoza girme yaşı ilerlememiş, bu nedenle kadınlar hayatlarının büyük bir kısmını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Menopoz döneminde görülen önemli şikâyetlerden bazıları sıcak basması, vajinal kuruluk ve uyku sorunlarıdır. Bu şikâyetlerin ortaya çıkış nedenleri arasında en önemlisi östrojen eksikliğidir. Ancak bu şikâyetlerin her kadında aynı şiddette olmaması ve hormon replasman tedavisine verilen cevabın farklılık göstermesi sadece östrojen eksikliğine bağlı olmadığını düşündürmektedir. Beslenme alışkanlıkları, kültürel ve etnik farklılıklar menopozal şikâyetlerin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen faktörlerdendir (5).

Menopozda azalmış östrojen seviyesine bağlı olarak abdominal yağ artışı, obezite, kardiovasküler hastalıklar ve osteoporoz başta olmak üzere birçok kronik hastalık riski artmaktadır (3). Bu dönemde kronik hastalıkların gelişimini önleyici, koruyucu veya tedavi edici bireysel beslenme programları düzenlenmeli; hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet vb. kronik hastalığı olan kadınlara diyetisyen tarafından özel diyet önerilerinde bulunulmalıdır (6).

Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle kadın hayatının uzun bir dönemini kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için yeterli ve dengeli beslenme büyük bir önem kazanmaktadır (7).

Son yıllarda popülerleşmiş yeme farkındalığının daha sağlıklı ve bilinçli yemek yeme üzerinde nedensel bir etkisi olduğu, daha az enerji alımı ile yeterli ve dengeli beslenmeyi teşvik ettiği ve yağ kaybına yardımcı olduğu bildirilmektedir. Menopozal dönemde hormonal ve emosyonel değişimlerin etkisiyle yeme farkındalığının azalmış olmasının, bu dönemde BKİ ve yağ seviyelerinin yükselmesine katkısı olabileceğı düşünülmektedir (8).

Bu araştırma, Tekirdağ Kapaklı Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine danışmanlık hizmeti almak için başvuran 19-65 yaş arası premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların beslenme alışkanlıklarının saptanması, yaşam kalitesi ve yeme farkındalıklarının değerlendirilerek ilişkilendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopozun Tarihçesi ve Tanımı

Hipokrat; “kadındaki menopozal sıkıntıların (baş ağrısı, çarpıntı) belli bir yaştan sonra, doğum organlarının yer değiştirerek kadının kalbine ve kafasına baskı yapması nedeniyle ortaya çıktığını” ileri sürmüştür. İlk olarak Fransa’da hekimler tarafından “fizyolojik bir olay” olarak tanımlanan menopoz araştırılmaya başlanmış ve oluşumu hakkında teoriler ileriye sürülmüştür (9).

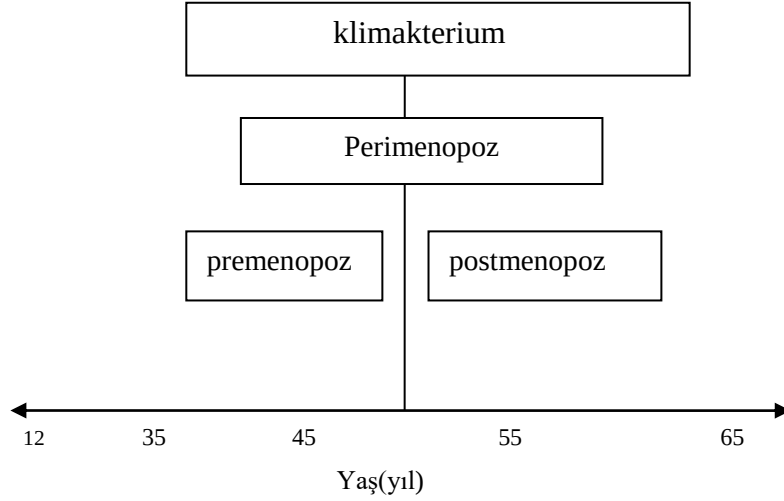
Kadının yaşam dönemlerinden biri olan klimakterium Yunanca kritik periyot ve merdiven basamağı anlamına gelen "klimakter" kelimesinden türemiştir. Klimakterium kadının cinsel olgunluk çağından, üreme fonksiyonlarının son bulduğu döneme geçiş yıllarıdır. Klimakterium döneminde çeşitli fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bunlardan en önemlisi “menopoz” (son adet kanaması)dur. Menopoz over fonksiyonlarının sona ermesi ile mensturasyonun kalıcı olarak kesilmesidir ve klimakterium dönemin içinde görülen bir evredir (10).

“Menopause (menopoz)” kelimesi Yunanca “men” yani ay veya aylık döngü ve anlamı durmak, bırakmak olan “pausis” birleşiminden oluşmuştur. DSÖ’nün tanımına göre menopoz, kaybolan folikül işlevi sonucu, doğal şekilde, bir daha başlamamak üzere kadının menstrüasyonun sonlanmasıdır (11).

2.2. Menopozal Dönemin Evreleri

Toplumlara göre değişmekte olan menopoz yaşı, ortalama Dünyada 51,Türkiye’de ise 47 olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, kadınların yaşam süreçlerinin üçte birini menopoz ve sorunlarıyla geçirmesi beklenmektedir (12).

Klimakterik dönem premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere 3 döneme ayrılmaktadır (Şekil 1) .



Şekil 1: Klimakterik Dönem Şeması
Kaynak 9'dan alınmıştır.

2.2.1. Premenopozal Dönem

Perimenopozal dönemin başlangıcına kadar olan, son adet dönemine kadar geçen süreyi tanımlamaktadır (13).

Klimakteriyumun başlangıç evresidir. Azalmış östrojen hormonunun etkisiyle birlikte ilk belirtilerin görülmeye başlamasından, mens döngüsünün sonlanmasına kadar geçen süreye premenopozal dönem denir. Bu dönem kişiden kişiye değişmekte ve 2-6 yıl arasında sürebilmektedir. Bu dönemde menstruel siklus düzensizleşmiş ve gebelik şansı azalmıştır. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve depresyon gibi bazı yakınmalar bu dönemde ortaya çıkmaktadır (14).

2.2.2. Perimenopozal Dönem

Menstrüal döngüde ve hormonal dengede değişikliklerin meydana gelmesiyle birlikte amenorenin henüz 12 aya ulaşmadığı dönemi kapsamaktadır (13). Premenopozda, yaklaşan menopoza ilişkin fizyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirti görülmesinden itibaren son adet kanamasını kapsayan 12 aylık süreyi de içerisine alan dönemdir (14).

Bu dönem kadınlarda 40 yaşlarında over fonksiyonlarında kayıp ile başlayan ve bir yıl süreyle menstrüel dönemin görülmemesine kadar devam eder ve yaklaşık olarak yedi yıl sürmektedir (15).

2.2.3. Postmenopozal Dönem

Bir kadın 12 ay boyunca hiç adet görmemesi halinde menopoza girmiş olmaktadır, postmenopozal dönem başlar ve yaşlılık dönemi başlangıcına kadar sürer (15). Üreme yeteneğinin kaybolduğu bu süreç 6-8 yıl kadar sürebilmektedir. Avrupa'daki menopoz yaşı ortalaması 50,1-52,8 yaşları arasında değişmektedir. Kuzey Amerika'da 50,5 - 54, Latin Amerika'da 43,8 - 53 ve Asya'da 42,1 - 49,5 yaşları arasındadır (16).

Ülkemizde ise yaşam beklentisi Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)'nun 2016'da yayımladığı verilere göre kadınlarda 80,7 yıl olup, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları(TNSA) 2008 sonuçlarına göre menopoz yaşı 49,0'dur (18). Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte kadınların menopoz sonrası dönemde geçirdikleri süreç uzamaktadır(17).

Doğal Menopoz: Folliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan ve patolojik ya da fizyolojik bir neden olmaksızın 12 ay boyunca adet görülmeyen fizyolojik durumdur. Menopoza giriş yaşını etkileyen etmenlerden bazıları; annenin menopoz başlangıç yaşı, menarş yaşı, gebelik yaşı, düzensiz adet döngüsü, beden kitle indeksi (BKİ), tütün ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite, çoklu doymamış yağ tüketimi, sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesidir (2).

Erken Menopoz: Herhangi bir müdahale olmaksızın(cerrahi, ilaç tedavisi vb.) 40 yaşın altında menopoza girme durumuna "erken menopoz" ya da "prematür menopoz" denir. Doğal menopozlu kadınların % 1-4 kadarı bu durumla karşılaşmaktadır (18).

Hiç sigara kullanmamış kadınlara kıyasla sigara kullanan kadınlarda erken menopoza girme riskinin 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir (19).

Cerrahi Menopoz: Menopozda meydana gelen temel değişiklik overlerden salgılanan östrojen hormonunun zamanla azalmasıdır. Bu süreç eğer radyoterapi,

kemoterapi ya da ovaryumların cerrahi olarak çıkarılması gibi durumlar olmazsa 5 ila 8 yıl sürebilir. Ovaryumların cerrahi olarak çıkartılması bilateral ooferektomi olarak adlandırılır. Bilateral ooferektomi ile henüz menopoza girmemiş olan kadın, cerrahi müdahale ile menopoza girmiş olur (18).

2.3. Menopozda Görülen Semptomlar

Menopoz, kadınların yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir dönemdir. Menopozun bireysel deneyimi, kadının önemli değişikliklerle karakterize edilen yaşam periyoduyla başa çıkma yeteneğini etkileyen biyolojik, psikoseksüel ve sosyo-ilişkisel faktörlerin karmaşık bir etkileşiminin sonucudur. Semptomlar menopoza girmeden birkaç yıl önce başlayabilir. Bunlar arasında uzun süreli veya kısa süreli, daha hafif veya daha ağır olmak üzere kişiden kişiye değişmekle birlikte hormonal, vazomotor, psikolojik ve atrofik değişiklikler gözlenmektedir (21).

Hormonal Değişiklikler: Adet düzensizliklerinin başlangıcı ile birlikte tanımlanan perimenopozal geçiş dönemi, menopoz ile birlikte sonlanır. Bu dönem ortalama 5 yıldır sürmektedir. Kadınlarda 40 yaşından itibaren hormonal dengedeki değişikliklerle birlikte menstrüel sikluslar daha uzun ve daha yoğun görülmektedir (22).

Menopozla birlikte ortaya çıkan hormonal değişimler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Menopozla birlikte organizmada meydana gelen hormonal değişimler

FSH	10-20 kat artar
LH	3 kat artar
Östradiol(E2)	5-10 kat azalır
Androstenedion	Azalır
Testosteron	Azalır
DHEA	Değişmez
DHEA-SO4	Değişmez
Östrojen	Azalır
Progesteron	Azalır

Kaynak 2’den alınmıştır.

Menopozda vücutta oldukça azalan östrojen hormonu, santral sinir sisteminin ve birçok organ ve dokunun organizasyonunda rol almaktadır. Yumurtalıkların olgunlaşmasını ve menstrüel siklusu başlatmak, vajinanın mukozal yapısının nemliliğini

koruması, kemik dansitesinin korunmasına yardımcı olması, karaciğerde kolesterol üretiminin düzenlenmesine yardımcı olması vücuttaki etkilerindendir (2).

Vazomotor Değişiklikler: Menopoz dönemindeki kadınların %75'ini etkiler. Belirtiler çoğu kadında menopozdan sonra 1-2 yıl kadar sürer, ancak perimenopoz dönem boyunca 10 yıl kadar devam edebilir. Sıcak basması, kadınların genellikle menopoza girme çabasının ilk belirtisidir (23). Sıcak basması ile birlikte en sık görülen diğer belirtiler yüz kızarması, gece terlemesi, baş ağrısı, halsizlik/yorgunluk olarak belirtilmiştir (2).

Vazomotor semptomların beyin nörotransmitterlerindeki değişikliklerden ve östrojen düzeyinin azalmasının yol açtığı hipotalamik termoregülatuar merkezdeki dengesizlikten kaynaklandığı ileri sürülmektedir (24).

Psikolojik Değişiklikler: Menopozal süreçte yaşanan değişimlerin kadın ruh haline yansması, bu dönemin semptomlarının şiddetini arttırabilmektedir (26). Bu dönemde sinirlilik, gerginlik, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, yorgunluk hissi, sık ve kolay ağlama ve toplumdan uzaklaşma isteği sık görülen duygu durum değişiklikleridir (18).

Menopoz, doğal bir süreç olarak görülmesine karşın, uyum sağlanmasında güçlük çekilen bir kriz dönemidir. Menopozal dönemde ortaya çıkan hormonal değişimler, kültürel özellikler, yaş, kronik hastalıklar ve sosyal sorunlar gibi etkenler ruhsal belirti sıklığını arttırabilmektedir (25).

Atrofik Değişiklikler: Atrofik değişikliklerin etkileri genellikle üreme sistemi, üriner sistem ve deride olmaktadır. Vajinal kuruluk, karın içi şişlik, hazımsızlık, üretral sendrom, ciltte döküntü, saç dökülmesi, tırnaklarda kırılma perimenopozal dönemde meydana gelebilecek atrofik değişikliklerden bazılarıdır (2).

2.4. Menopoz Döneminde Görülen Sağlık Sorunları

Uzun yıllardan beri tıp ve popüler literatür biyolojik değişimlerle, özellikle de klimakterik dönemde ortaya çıkan hormon salgılanmasında çok çeşitli sağlık problemlerini ilişkilendirmiştir ve birçok kadın yaşamlarının bu evresine sağlık durumunun kötüleşmesi beklentileri ile yaklaşmaktadır (26).

Menopoz birçok fiziksel ve emosyonel değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bunlar arasında; vazomotor ve kardiyovasküler değişiklikler, gastro-intestinal değişiklikler, kas-iskelet sistemi sorunları, cinsel organlarda atrofik değişiklikler, cilt değişiklikleri, psikiyatrik belirtiler bulunmaktadır (27).

Obezite: Prevalansı her geçen yıl artmakta olan obezite; diabet, kalp-damar hastalıkları ve belirli karsinom türleri riski taşıyan mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Obezite günümüzde hemen hemen bütün sistemlerde hastalıkların artışına neden olmasıyla erken mortalitenin sigaradan sonraki en önemli risk faktörüdür. Obezite vücudun yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının aşırartması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (28).

Kadın yaşamının üreme ağı sonrasındaki menopoz dönemi ve obezite arasında güçlü bir ilişki vardır. Kadınlarda over hormonlarının azalması ve metabolik hızın azalması nedeniyle obezite riski artış göstermektedir. Ayrıca BKİ düzeyinin artması sıcak basması, gece terlemesi vb. semptomların daha sık ve şiddetli olarak görülmesine neden olabilmektedir. Menopozal dönemde, abdominal obezite ve metabolik sendrom riski %18 oranında artmaktadır (29).

Ülkemizde obezite ve abdominal obezite prevalansının araştırıldığı bir çalışmada, erkeklerde 94 cm ve kadınlarda 80 cm olan bel çevresi referans değerleri alınarak elde edilen abdominal obezite prevalansı %58,7, kadınlarda bu oran %73,8 bulunmuştur (30). Türkiye'nin obezite sıklığını araştıran 2018 yılında yayınlanmış bir meta-analize göre kadınlarda bel çevresi ortalaması 89,7 cm, BKİ ortalaması 28 kg/m² olarak hesaplanmışır. Bununla birlikte BKİ'nin 30 kg/m²'nin üstünde olması şeklinde tanımlanan obezite sıklığı kadınlarda %30'dur (31).

Dünya çapında obezite salgınının ciddi sonuçları arasında kanser insidansında artış ve buna bağlı mortalite görülmektedir. Yapılan birçok kohort çalışmasının sonuçlarına göre postmenopoz dönemde obezite meme kanseri riskini %20-40 oranında arttırmaktadır (32). Adipoziteyle birlikte vücutta fazla salgılanan bazı hormonlar (insülin, büyüme hormonu, leptin vb.) yumurtalık kanseri riskini arttırmaktadır. Son yıllarda yapılan bir meta-analiz sonucuna göre BKİ ≥ 30 kg / m² (obez) olan bireylerin

normal ağırlıktaki bireylerle kıyaslandığında ($BKİ < 25 \text{ kg/m}^2$) yumurtalık (over) kanseri riski %30 daha fazladır (33).

Tip 2 diyabet: Menopozal dönemde obezitenin görülme sıklığının artışı, insülin direncine neden olan ve yüksek kan glukoz seviyelerine yol açması ile ilişkili olarak Tip 2 diyabet riskini de arttırmaktadır. Tip 2 diyabetin insidansı özellikle kadınlarda menopozal döneme denk gelen 40-59 yaşları arasında artmaktadır (34).

2010 yılında yayınlanan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) sonuçları incelendiğinde, daha önce yayınlanmış TURDEP-I'e göre diyabet insidansı 12 yılda %90 artmış ve %13,7'e ulaşmıştır (34).

Kardiovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler hastalık (KVH) prevalansı hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artmakta, ancak kadınlarda orta yaşlara kadar erkeklere göre daha az görülmektedir. Kadınların menopoza girdikten sonraki ilk 6 yılında cinsiyetler arasındaki bu farklılık azalmaktadır (35).

Postmenopoz dönemde olan bir kadında koroner kalp hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir (36). Postmenopozda kadınlarda genellikle premenopozal kadınlarınkinden daha kötü lipid profiline sahiptir. Bu farklılığın en önemli nedeni menopozdan sonra azalan östrojen hormonunun LDL kolesterol seviyelerin azaltıp, HDL kolesterol seviyelerini yükseltme etkisinin olmasıdır (37).

Menopozal dönemin hormonal değişimlerine obezite eşlik ettiğinde kan basıncında da artışa sebep olmaktadır ve her 10 kilo ağırlık artışı KVH riski %12 artmaktadır (31).

Menopozal geçiş, kadınların yaşamlarında KVH riskinde bir artışa işaret eden kritik bir dönemi temsil eder. Düşük glukoz toleransı, artmış kan basıncı ve endotel disfonksiyonu gibi geleneksel KVH risk faktörleri, premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınlarda çok yaygın olma eğilimindedir (24).

Osteoporoz: Osteoporoz kemik kütlesinde azalma ve kemik dokusunun yapısının bozulması sonucunda kırılabilirliğinin artması ile karakterize sistemik bir hastalıktır. “Sessiz salgın hastalık” olarak da adlandırılan osteoporoz, önleyici

tedbirlerin alınabilmesi ve en uygun tedavi yöntemlerinin önerilebilmesi için her yönüyle tanınmalıdır (38). Menopoz döneminde hormonal değişiklikler, ilerlemiş yaşın da etkisiyle kemik kaybını hızlandırmakta ve osteoporozun şiddetini artırmaktadır (39).

Genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite düzeyi, sigara kullanımı gibi yaşam tarzı özellikleri ve alkol tüketimi, kemik yapısını etkileyen ilaçların (glukokortikoidler, bazı diüretikler, antasitler ve hormon replasman terapisi vb.) kullanımı, kemik mineral yoğunluğu üzerinde ve osteoporoz gelişiminde etkilidir (38). Türkiye’de yapılan araştırmalara göre osteoporoz prevalansının 50 yaş ve üzeri kadınlarda %12,9 olduğu saptanmıştır (39).

Depresyon: Kadınların yeni bir biyolojik geçişe adapte olmak zorunda oldukları menopozal dönem, depresyon gelişimi açısından etkili bir dönemdir. Yüksek FSH seviyelerinin aksine E2 ve serotonin konsantrasyonları düşük olma eğilimindedir ve bu hormonlar sinir sisteminin fonksiyonlarını değiştirebilmektedir (40).

Kadınların etnik ve kültürel kökenleri menopozal dönemde ruhsal belirtilerin sıklığını ve şiddetini etkileyebilmektedir. Genellikle geleneksel toplumlarda kadınlarının yaşının artması toplumsal statüsünü olumlu etkilerken; gelişmiş ve özellikle çalışan kadın nüfusunun fazla olduğu toplumlarda gençliğe ve güzelliğe daha fazla önem verilmektedir ve yaşlanma psikolojisi kadın için menopoz dönemini atlatılması zor bir hale getirebilmektedir. Dolayısıyla, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilir (41).

2.5. Menopozda Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Menopoz sonrası sağlığı korumak ve yaşam kalitesini arttırmak için yeterli ve dengeli beslenme ve yaşam şeklinin oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Bu dönemle ilgili yapılan araştırmalara göre postmenopozal dönemde besin öğeleri gereksinmesinin menopoz öncesi dönemdekinden farklı olduğunu göstermektedir. Menopozal dönemde kronik hastalık risklerini en aza indirmek veya tedavi etmek amacıyla özel beslenme programlarının oluşturulması gereklidir (6).

Menopoz sonrası dönemde kadınlarda yaşa bağlı olarak boyun kısalması, kas kitlesinin ve metabolik hızın azalması vb. nedenlerle vücut ağırlığı, vücut yağ yüzdesi ve BKİ seviyelerinin artmaya meyilli olduğu belirtilmektedir (42).

Bireyler menopozal dönem esnasında yılda ortalama 0,5 kg kadar kilo almaktadır. Bu ağırlık artışının over hormonlarının azalması ve yaşlanma etkisiyle görülen davranışsal değişikliklerle de ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ağırlık artışı ile birlikte artan toplam kolesterol ve LDL kolesterol düzeyleri, kan basıncı ve insülin direnci artış riski kaygı yaratmaktadır (2,18).

Menopozal dönemde kadınlarda bazı besin öğelerine olan ihtiyaçlarının değiştiği belirtilmiştir. Rafine edilmemiş karbonhidratlardan, kalsiyum ve sebze-meyvelerden zengin, doymuş yağ, trans yağ, şekerli ve yüksek kalorili besinlerden fakir bir beslenmenin gerekliliği kabul edilmektedir. Yağlardan gelen enerji toplam enerjinin %30'unu aşmamalıdır. Doymuş yağlardan gelen enerjinin diyet enerjisinin %7'sini aşmamalı, diyetin kolesterol içeriği günlük 300 mg'ın altında tutulmalıdır. KVH, diyabet ve hipertansiyon vb. kronik hastalıkları olan bireylerin diyet kolesterolünün 200 mg'ın altında olması gerekmektedir. Diyetin mineral ve vitamin içeriği de günlük gereksinimi karşılayacak miktarda olmalıdır (2,6).

Diyetin karbonhidratlardan gelen enerjisi toplam alınan enerjinin %55-60'ı kadar olmalıdır. Karbonhidratlardan alınan enerjinin çoğunluğu kompleks karbonhidratlardan (kurubaklagiller, taze sebze ve meyveler, tam tahıl ürünleri vb.) tercih edilmeli, basit şeker (çay şekeri, reçel, bal vb.) tüketimi azaltılmalıdır (6).

Diyetin proteinlerden gelen enerjisi %15-20 olmalıdır. Günlük protein gereksinimi EFSA(Euopen food safety authority) tarafından önerilen miktar 0,8- 1,0 g/kg olarak belirlenmiştir (43). Menopoz dönemi kadınlarda kas kütlesi kaybının arttığı bir süreç olması nedeniyle protein gereksinimini karşılamak önem arz etmektedir. Yağ oranı düşük süt, yoğurt, ayran, düşük yağlı et, tavuk, balık, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar bu dönemde tercih edilebilecek sağlıklı protein kaynaklarıdır (2, 6, 20, 46).

Günlük posa tüketiminin 31-50 yaş arası kadınlarda 25 g, 51-65 yaş arası kadınlarda 21 g olması istenir (44). Yulaf, arpa kepeği, taze meyveler, bakliyatlar ve kuruyemişlerin içeriğindeki “suda çözünen posa” glisemik kontrolü sağlama ve LDL

seviyelerini düşürmeye yardımcı olarak kronik hastalık gelişiminden korur. Tam tahıl ürünleri ve sebzelerdeki “suda çözünmeyen posa” ise konstipasyonu önler ve kolon kanseri oluşum riskini azaltır. Ancak diyetin posa içeriği önerilen değerlerin çok üzerinde olduğunda besin emilimini engelleyebileceği unutulmamalıdır. Rafine edilmemiş tahıllar B vitaminleri, vitamin E, magnezyum, çinko ve fosfordan zengindir (6).

Beslenme kemik kitlesinin gelişimi ve korunmasında önemli bir faktördür. Bireylerde 30 yaşından itibaren kemik yıkımı başlar ve menopoza girdikten sonra yıkım hızı gittikçe artar. Kalsiyum kemik ve dişlerin yapımından sorumlu olmasıyla birlikte sinir iletimi ve kalp atımının denetimi için de gereklidir. Hipertansiyon hastalarında kanda kalsiyum iyonunun düşüş gösterdiği gözlenmiştir. Ayrıca kalsiyumun yetersiz alımının kolon kanseri ve KVH riskini de arttırdığı bildirilmiştir. Süt ve süt ürünleri, koyu yeşil yapraklı sebzeler, pekmez, susam, kuru meyveler kalsiyumdan zengin besinlerdir (45).

Balık, tüm dünyadaki diyetlerde önemli bir gıda kaynağıdır. Araştırmalara göre balık tüketiminin kanser ve KVH riskini azaltarak mortalite ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Balık, yüksek kaliteli bir protein kaynağıdır. Aynı zamanda çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA), A vitamini, D vitamini, selenyum, kalsiyum, iyot ve çinko gibi kemik sağlığı ve bağışıklık sisemi için olumlu etkileri olan minerallerin de kaynağıdır. İspanya'da balık tüketimi, toplam diyet D vitamini alımının % 87'sini oluşturmaktadır. Diyetteki çinko da kemik mineral yoğunluğu ile pozitif ilişki gösterebilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, PUFA'ların insanlarda artmış kemik kütlesi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (46).

Menopozal dönemde östrojen hormonunun azalmasıyla birlikte idrarla sodyum ve su atımı azalmaktadır. Bu durum kanda sodyum ve suyun tutulmasına sebep olarak ödem ve kan basıncı yüksekliği gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Menopozal dönemden itibaren kadınlar, tuz ve sodyum alımına dikkat etmelidir ve günlük 5 gramın üzerinde tuz tüketmemelidir. Sofrada yemeklere tuz eklemesi yapılmamalıdır. Salamura edilmiş besinler, kabartma tozu, karbonat ve maden suyu da sodyum içerdiğinde tüketimi azaltılmalıdır. Diyet sodyumunun önerilen değerleri aşması durumunda hipertansiyon ve KVH riskini arttırmaktadır. Ayrıca tuzun fazla tüketilmesi idrardan

kalsiyum atılımını arttırdığından günlük tuz tüketiminin 9 gramı aşması durumunda osteoporoz oluşumunu hızlandırdığı bildirilmiştir (6, 45).

Demirin vücut çalışmasındaki başlıca görevi oksijen taşınmasıdır ve hemoglobinin bileşiminde bulunur. Ayrıca bağışıklık sistemi ve sinir iletimi için gereklidir (48). Hemoglobin konsantrasyonu normal ancak tükenmiş veya azalmış ferritin depoları olan kadınların oral demir tedavisinin ardından yorgunlukta iyileşme yaşadıklarını gösterilmiştir. Bununla birlikte oral demir takviyesinin sınırlamaları vardır. Genellikle gastrointestinal şikayetlere sebep olmaktadır ve oral demir takviyesinin sadece % 10'u vücut tarafından emilir (47).

Vitaminler insan vücudu tarafından sentezlenemeyen besin öğeleridir ve bu nedenle metabolik bozuklukları önlemek için dışarıdan alınmaları gerekir. Bazı vitaminlerde yetersiz alım veya eksiklikler KVH, kanser ve osteoporoz gibi kronik hastalıkların oluşum riskini arttırmaktadır. Araştırmalara göre düşük folat alımı veya düşük kan folat seviyelerinin KVH ve inme riskini arttırdığı bildirilmiştir. Homosistein-metiyonin metabolizması için folat, B6 ve B12 vitaminleri ile birlikte gereklidir. Folat, plazma homosistein seviyelerinin belirlenmesinde elzem bir vitamin olarak gözlenmiştir. Gözlemsel çalışmalar sürekli olarak yüksek homosistein seviyelerinin KVH için risk faktörü olduğunu göstermiştir. Düşük folat alımı, postmenopoz dönemde meme kanseri riskini de arttırmaktadır (48).

Yapılan bazı çalışmalara göre E vitamininin bazı vazomotor semptomları ve depresif belirtileri hafiflettiği, kan dolaşımını hızlandırarak vajinal kuruluğu azalttığı saptanmıştır. 4 hafta boyunca günlük 40-500 UI vitamin E kullanımı sonrasında sıcak basması ve diğer menopozal şikayetlerle birlikte halsizlik, baş dönmesi vb. semptomları da iyileştirici etkileri gözlenmiştir (49).

Menopozal dönemde tüketilen içecekler ve sıvı alımı da oldukça önemlidir. Günlük 2,5 litre sıvı tüketilmesi önerilmektedir. Yaş ilerlemesiyle birlikte susama hissi azalmaktadır ancak bireyler susama hissi olmasa da belli aralıklarla su içmeyi alışkanlık haline getirmelidir. Yeterli su veya sıvının tüketilmesi; böbreklerin düzenli çalışması ve enfeksiyonlarından korunmada, böbrek taşları oluşumu ve konstipasyonun önlenmesinde oldukça önemlidir. Kahve, çay ve kola gibi kafeinli içecekler bireyin beslenme planında azaltılmalı, daha çok kafein içermeyen bitki çaylarına yer

verilmelidir. Kafein, idrar miktarını arttırarak bireyin sıvı kaybını arttırır ve menopoz semptomlarını şiddetlendirir. Ayrıca aşırı kafein, kemik yıkımını arttırdığından osteoporoz oluşumu için risk faktörüdür (2, 6, 45).

Fitoöstrojenler: Menopozla ilgili semptomlar birçok kadını medikal çareler aramaya yöneltmiştir. Fitoöstrojenler; östrojen benzeri aktiviteleri nedeniyle menopozda östrojen tedavisine alternatif olarak kullanılır. Soya kullanan ülkelerde menopoz semptomları şikayetleri daha azdır. Yüksek miktarda fitoöstrojen kullanan Japon kadınlarda daha az sıcak basması ve gece terlemeleri görüldüğü saptanmıştır. Avrupa’da postmenopoz kadınların %70–80’i sıcak basması çekerken; Çinlilerin %18’i sıcak basması çeker. Soya tüketimi semptomları tamamen yok etmekten ziyade semptomları iyileştirebilir. Günlük 25 g soya tüketimi ve soya unu takviyeli diyet menopoz semptomlarının şiddetini azaltmıştır (50).

Epidemiyolojik çalışmalara göre, Asya popülasyonları tarafından yaygın olarak tüketilen fitoöstrojenler kardiyovasküler hastalıkların ve bazı kanser türlerinin önlenmesinde rol oynadığını göstermiştir. Fitoöstrojenlerin meme kanserine ve endometrial kansere karşı koruduğuna dair gözlemsel çalışmalar da mevcuttur (51).

Fitoöstrojenlerin vücuttaki etkileri ile ilgili sonuçlar hala yeteri kadar açıklanamadığı için kullanımının önerilebilmesi için bu konuda daha fazla çalışma yapılması gereklidir (52).

Menopozal dönemde obeziteyi önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek için hareketli yaşam alışkanlıkları edinilmelidir. Sağlıklı bir yaşam için günde 30 dakika veya haftada 150 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite yapılması gereklidir. Düzenli fiziksel aktivite, ağırlık kontrolünü sağlamanın yanı sıra KVH ve osteoporoz riskinin azaltılmasında, tansiyon, lipid profilleri ve glisemik kontrol üzerinde de etkilidir. Uyku bozukluklarını, konstipasyonu önler. Hareketli yaşam tarzı bireyin mental sağlığı için de gereklidir (6).

2.6. Menopozda Yeme Farkındalığı

Farkındalık ve yeme farkındalığı kavramları son yıllarda gittikçe yaygınlaşmaktadır. Kabat-Zinn ‘Bilinçli Farkındalık’ kavramını 2003 yılında ‘şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık’ olarak

tanımlamıştır (53). ‘Mindfulness’ sözcüğünün karşılığı olan ‘Bilinçli Farkındalık’ yeme davranışlarına uyarlandığında ‘Farkına Vararak Yeme’ ya da ‘Yeme Farkındalığı’ olarak tabir edilmektedir (54).

Yeme farkındalığı; tüketilen besinin türü değil neden tüketildiğinin bilinciyle, açlık-tokluk sinyallerini benimsemekle birlikte duygusal yemenin etkisini de kapsayarak ve bunu yargılamadan yemek zamanında tüketime odaklanan yeme davranışdır. Yeme farkındalığında asıl odaklanılan durum, kişinin yiyeceğin tadını ve dokusunu da içeren yeme konusundaki tam farkındalığıdır. Böylece genellikle yemek yeme hızını yavaşlatmak, yeme krizlerini azaltmak, ağırlık kontrolünü sağlamaya yardımcı olmak mümkün olabilmektedir (8).

Bireylerin yeme farkındalığının yüksek olması özellikle porsiyon kontrolünü sağlama ve kilo kontrolünde etkilidir. Son yıllarda bireylere kalori kısıtlı diyet uygulamak yerine yeme farkındalığının ölçülerek bu konuda bireyin eğitilmesi kalıcı davranış değişikliği sağlamada daha etkili olduğu düşünülmektedir. Beslenme davranışının ağırlık ve beden kitle indeksi (BKİ) ve buna bağlı olarak obezite ile ilişkisi önemlidir. Diyet tedavisi ile birlikte farkındalık temelli davranış eğitiminin de verilmesi ile obezite kalıcı şekilde tedavi edilebilir ve dolayısıyla yaşam kalitesi de arttırılabilir (54).

Yeme farkındalığının daha sağlıklı ve bilinçli yemek yeme üzerinde nedensel bir etkisi olduğu, daha az enerji alımı ile yeterli ve dengeli beslenmeyi teşvik ettiği ve yağ kaybına yardımcı olduğu bildirilmektedir (8). Jordan ve arkadaşları tarafından yapılan bir müdahale çalışmasında vaka grubuna, 15 dakika boyunca bir müzik dinlettirilip katılımcıların rahatlaması sağlanmıştır. Bu esnada doğru nefes alma, duyular ve bedende yer alan organlar ve uzuvlara odaklanma çalışması(vücut taraması) yapılmış ve beden farkındalığı oluşturulmaya çalışılmıştır. Kontrol grubuna sadece müzik dinlettirilmiştir. Bu müdahaleden sonra katılımcılardan bir masa etrafında oturup 3 dolu kase (her katılımcıya ayrı kase ancak aynı miktarda içeriğe sahip) içerisindeki kraker, çiğ badem ve renkli boncuk çikolatayı tatmaları, istedikleri kadar yemeleri ve ne kadar lezzetli olduklarını 1(hiç) ile 5 (çok fazla) arasında değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışma sonucunda vaka grubunun kontrol grubuna göre % 24 daha az enerji aldığı bulunmuştur ve ayrıca yeme farkındalığı ile besin tüketimi arasında nedensel bir bağlantı olduğu ifade edilmiştir (55).

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için etkili girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Bireylere verilen beslenme eğitime ek olarak kalıcı davranış değişikliği sağlamak için önerilerin birlikte uygulanması uzun vadede daha başarılı olmaktadır. Bireylerin motivasyonunu yüksek tutmak, doğru yeme davranışlarını kazandırarak desteklemeye ve yemek hazırlamaya teşvik etmeye ve sağlıklı pişirme yöntemleri konularında bilgilendirerek onlara yardımcı olmaya çalışılmalıdır. Davranış değişikliğini sağlamak için bireye kendini gözlemlemeyi öğretmeye çalışmak, beslenme planlarını hazırlayarak önerilerde bulunmak etkili girişimler arasındadır (56).

2.7. Menopozda Yaşam Kalitesi

Günümüzde kadınlar hayatlarının önemli bir kısmını(en az üçte birini) menopozal dönemde geçirmektedir. Gelişmiş ülkelerde postmenopozal dönemdeki kadınların iş ve sosyal hayattaki aktif rolleri dolayısıyla yüksek yaşam kalitesi beklentisini de arttırmaktadır (57).

Bir kadının doğurganlık döneminden, yumurtalıklarının işlevlerini kaybetmeye başladıkları süreç genellikle yavaş yavaş gerçekleşmektedir. Bu nedenle, kadınlar için kesin bir menopoz yaşı belirlemek çok zordur ve her kadında değişebilmektedir. Toplum temelli yapılan araştırmalara göre, menopozal yaş dağılımının ortalamasının 54 yaş civarında olduğunu ve 45-55 yaş arasında değiştiğini göstermektedir. Bu yaş ortalaması Avrupa'da 54, Kuzey Amerika'da 51,4, Latin Amerika'da 48,6 ve Asya'da 51,1'dir (25).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kültür ve değer sistemlerinin çerçevesi, amaçları, beklentiler, standartlar ve ilgi alanları bağlamında yaşamdaki durumu hakkında bir algı olarak tanımlanır. Bireyin fizik fonksiyonları, psikolojik durumu, kültürel etmenler birçok faktörden oluşan yaşam kalitesi, sağlık durumunu ve tedavilerin etkilerini değerlendirmede önemli bir ölçüm olarak kullanılır. Kadınların yaşam kalitesi, menopoz geçişinde meydana gelebilecek fiziksel ve zihinsel değişikliklerden olumsuz yönde etkilenebilir. Menopozda yaşam kalitesi, bir kadının vücudunda menopoz başlangıcı ve bu geçiş döneminde ortaya çıkan değişiklikler ve semptomlarla başa çıkma derecesi, yaşamındaki memnuniyet ve mutluluk duygusu ile ilişkilidir (25).

Yaşam kalitesi bireyin subjektif algı, duygu ve bilinç süreçlerinin tümünün etkisiyle kişisel iyilik durumunun ve yaşamından çeşitli yönlerde aldığı doyumun bir kapsamıdır. Bireylerin sosyal hayatlarında, fiziksel sağlık ve ruhsal iyilik durumlarından duydukları doyumdur. Yaşam kalitesini 3 ana alanda toplamak mümkündür: Fiziksel alan, mental alan ve sosyal aktivite (58). Menopozal dönem yakınmaları bu üç alandaki yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek sağlık alanının odaklandığı hedeftir. Kadın sağlığını korumak için menopozal dönemde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek önem arz etmektedir (59).

2.8. Beslenme Durumunun Saptanması

Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılmasında yaşamın her döneminde büyük öneme sahiptir. Bu doğrultuda bireylerin belli aralıklarla beslenme durumlarının taranması ve saptanması sağlığı olumsuz etkileyecek etmenleri belirleyip önlem alınabilmesi açısından gereklidir. Bireyin beslenme durumunun saptanması, besin öğeleri gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının bir göstergesidir (60).

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler şunlardır:

- Besin tüketiminin (alımının) saptanması
- Antropometrik yöntemler
- Biyokimyasal ve biyofizik testler (fonksiyonel testler)
- Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü
- Psikososyal veriler (61).

2.8.1. Besin Tüketiminin (Alımının) Saptanması

24 saatlik besin tüketim yöntemi: Bireyin 24 saat içerisinde tükettiği tüm besinlerin ve içecek türlerinin sorgulandığı en sık uygulanan yöntemdir. Genellikle art arda 3 gün olarak kayıt alınır. Hesaplanan değerler kaydedilen gün sayısına bölünerek tüketilen günlük ortalama besin öğelerinin miktarı saptanır. Bireyin kişisel özelliklerine göre günlük besin öğeleri gereksinimini karşılayıp karşılamadığı tespit edilir.

Besin tüketim sıklığının saptanması: Bireyin tükettiği besinlerin türü ve hangi sıklıkta tükettiği saptanır (62).

Besin alımının gözlenmesi: Bireyin gözlem altında olduğu huzurevlerinde, okul yemekhanelerinde ve hastanelerde yemek servisi sırasında uygulanması daha uygun ve kolaydır (62).

2.8.2. Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi

Bireylerin vücut yağ miktarı ve yüzdesinin, kas kütesinin ve bunların vücutta dağılımını belirleyen antropometrik ölçümler genel beslenme durumu hakkında bilgi vermektedir (63).

Boy Uzunluğu ve Ağırlık Ölçümü: Vücuttaki kas, yağ, kemikler ve su miktarının toplamı ağırlığı oluşturur. Ağırlığın (kg), boy uzunluğunun metre karesine (m²) bölünmesi ile BKİ değeri bulunur ve buna göre ideal vücut ağırlığı belirlenir. DSÖ'nün BKİ sınıflandırmasına göre bu değer 18,5-24,9 kg/m² arasında olması “normal vücut ağırlığı” olarak kabul edilmektedir (Tablo 1’ de gösterilmiştir). Ancak yaşlanma arttıkça bu değer 23,0 ile 27,0 arasında olması önerilmektedir. Araştırmaların sonuçlarına göre menopoza sonrası dönemde zayıf kadınlarda, kırık riskinin normal ve hafif şişman kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. BKİ düzeyi azaldıkça kemik mineral yoğunluğu da azalmaktadır (6).

Tablo 2: DSÖ'nün beden kitle indeksi(BKİ) sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg / m ²)	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf	< 18.5	< 18.5
Ağır	<16.0	<16.0
Orta	16.0-16.9	16.0-16.9
Hafif	17.0-18.4	17.0-18.4
Normal	18.5- 24.9	18.5- 22.9
		23.0- 24.9
Hafif Şişman	≥ 25.0	≥ 25.0
Şişmanlık öncesi	25.0- 29.9	25.0- 27.4
		27.5-29.9
Şişman	≥ 30.0	≥ 30.0
1.derece şişman	30.0 – 34.9	30.0- 32.4
		32.5 – 34.9
2.derece şişman	35.0 – 39.9	35.0- 37.4
		37.5 – 39.9
3.derece şişman	≥ 40.0	≥ 40.0

Kaynak 64'den alınmıştır.

Bel ve Kalça Çevresi Ölçümleri: Bu ölçümler yetişkinlerde abdominal obezite ve kronik hastalık riskinin değerlendirilmesi amacıyla yapılır. Bireyin en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasındaki orta noktadan geçen bel çevresi bir mezura yardımıyla ölçülür. Bireyin yan tarafında durulduğunda en yüksek noktadan geçen kalça çevresi mezura yardımıyla ölçülür (63).

Kadınlarda bel çevresinin 88 cm üzerine, BKO ise 0.8 üzerine çıkması obeziteye bağlı kronik hastalık riskinin fazla olduğunu göstermektedir (62).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Kesitsel tipte planlanan araştırmanın amacı premenopoz ve postmenopozal dönemdeki bireylerin yeme farkındalıkları ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve beslenme durumları ile ilişkisini incelemektir.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma Ocak 2019 - Mart 2019 tarihleri arasında Tekirdağ ilinin Kapaklı Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, yaşları 19-65 yıl arasında değişen, doktor tarafından tanısı konmuş premenopoz ve postmenopoz dönemdeki 104 yetişkin kadın birey ile yürütülmüştür. Son üç ayda hastaneye danışmanlık hizmeti almak amacıyla başvuran premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların sayısına (n=119) göre %95 güven aralığı, %5 hata payı ile hesaplanan araştırmanın örneklemi en az 91 yetişkin kadın bireyin oluşturması gerektiği belirlenmiştir. Örneklem hesabında kullanılan formül aşağıdadır:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n: Örneklem büyüklüğü

N: Anakütle (kitle) büyüklüğü

P: İlgilenilen olayın görülme olasılığı

q: 1- p (İlgilenilen olayın görülmeme olasılığı)

d: Kabul edilen örneklem hata oranı

$t_{(\alpha, > d)}$: α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri

3.3. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulu'nun 09.01.2019 tarihli, 102 sayılı toplantısında 13 numaralı karar ile "Etik Kurul Onayı" alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Kapaklı İlçe Devlet Hastanesi'nden kurum

onayı alınmıştır (Ek-2). Araştırma 10 Ocak 2019 – 31 Mart 2019 tarihleri arasında Tekirdağ ilinin Kapaklı Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, yaşları 19-65 yıl arasında değişen, doktor tarafından tanısı konmuş premenopoz ve postmenopoz dönemdeki 104 yetişkin kadın birey ile gönüllülük esasına uygun olarak, katılmayı kabul eden bireylerle yürütülmüştür (Ek-3).

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Katılımcılara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilip gönüllü onam formu (Ek-3) imzalatıldıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanan anket formu 8 bölümden ve toplamda 109 sorudan oluşmaktadır (Ek-4). Uygulanan anket formu, konu ile ilgili çalışmalar örnek alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket formunun birinci bölümünde bireylerin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümünde yaşam tarzı alışkanlıkları ve genel sağlık durumu, üçüncü bölümünde genel beslenme alışkanlıkları, dördüncü bölümünde fiziksel aktivite alışkanlıkları, beşinci bölümünde antropometrik ölçümleri kaydedilmiştir. Anket formunun altıncı bölümünde bireyin iki gün hafta içi bir gün haftasonu olmak üzere 3 günlük besin tüketimi kaydı alınmış ve yedinci bölümünde yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ile bireyin beslenme alışkanlıkları ayrıntılı olarak sorgulanmıştır. Anket formunun sekizinci bölümünde SF-36 yaşam kalitesi formu ile bireylerin yaşam kaliteleri soruşturulmuştur.

Bireylerin anket formunun beşinci bölümünde yer alan vücut ağırlıkları $\pm 0,1$ kg hassasiyetindeki elektronik tartı ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü, boy ölçer aleti ile yapılmıştır. Birey dik duruşta iken başın en yüksek noktasına boy ölçerin sürgüsü getirilerek ölçüm alınmıştır. Bireylerin vücut ağırlıkları ve boy uzunluklarıyla Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanmıştır. Sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 2'de gösterilmiştir). Bel çevresi ölçümünde en alt kaburga kemiği ile kristailiak (göbek deliği) arası orta noktanın çevresi mezura yardımıyla ölçülmüştür. Bireylerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır. Bel çevresi ölçümlerinin sonuçları DSÖ sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Bel çevresi 80 cm altında ise normal, 80 cm ile 88 cm arasında ise orta riskli, 88 cm üzerinde ise yüksek riskli kabul edilmektedir (34). Kalça çevresi ise bireyin yanında durularak en yüksek noktadan geçen çevre ölçülmüştür. Sonuçlar DSÖ bel/kalça oranı değerlerine göre değerlendirilmiştir. Bel/kalça oranı 0,8'in üzerine çıkmamalıdır (62).

Anket formunun yedinci bölümünde 30 sorudan oluşan yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) uygulanmıştır. Ölçeğin orijinali 2009 yılında ilk kez Mindful Eating Questionnaire (MEQ) olarak Framson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (65). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (54). Likert tipteki ölçekte 5 skala (1:hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık sık, 5:her zaman) kullanılmıştır. Yeme Farkındalığı Ölçeği'ndeki (YFÖ-30) düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. maddeler düz puanlandırılmakta olup, geriye kalan sorular ters puanlandırılmaktadır (Ters Puanlama: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Ölçeğin puanı yükseldikçe yeme farkındalığı da yükselmektedir (54).

Yeme farkındalığı ölçeğinin (YFÖ-30) alt faktörleri, araştırma yapılan örneklem hakkında detaylı bir bilgi vermektedir. Ölçeğin her bir alt faktörünün puanı yükseldikçe yeme farkındalığı yükselmektedir. Ölçeğin alt faktörleri ve faktörlerin içerikleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Disinhibisyon: Tüketim miktarı ve zaman kontrolü, kendini tutabilme.
2. Duygusal yeme: Fizyolojik açlık nedeniyle değil emosyonel sebeplerle besin alımı.
3. Yeme kontrolü: Yemek yeme hızının ve işlevinin ayarlanabilmesi becerisi.
4. Odaklanma: Yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme.
5. Yeme disiplini: yeme düzeni, yemek saatlerinin düzeni, hazırlık ve pişirme konularındaki planlama.
6. Farkındalık: Sağlıklı beslenme bilgisi, fizyolojik açlık-tokluk durumu farkındalığı, kalori bilgisi, beslenme alışkanlıklarının farkında olma.
7. Enterferans: Yeme konusunda çeldirici özellikte görüntü, koku, reklam , davetler ve ikramlar gibi dış etkenlerden etkilenmeme durumu (54).

Tablo 3: YFÖ-30 puan skorları

Alt Ölçek	Ölçüme Yönelik Sorular	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Düşünmeden yeme (Disinhibisyon)	4, 14, 17, 20, 26	5	25
Duygusal yeme	21, 22, 23, 28, 30	5	25
Yeme kontrolü	3, 6, 27, 29	4	20
Odaklanma	2, 7, 11, 16, 19	5	25
Yeme disiplini	1, 18, 24, 25	4	20
Farkındalık	8, 9, 12, 13 15	5	25
Enterferans (dış etkenlerden etkilenme)	5, 10	2	10
Toplam		30	150

Anket formunun sekizinci bölümünde katılımcıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla, 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 klinik uygulama ve araştırmalarda, genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (66). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64). Ölçekte fiziksel fonksiyon, fiziksel kısıtlılık, duygusal kısıtlılık, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, duygusal sağlık, enerji durumu olmak üzere 8 sağlık alanını değerlendiren 36 ifade bulunmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde sorular 2 ile 6 derecede cevap içermektedir. Her soruda elde edilen cevaplar aynı aralıkta değerlendirilmiştir. 0 “kötü sağlık”, 100 “iyi sağlık” durumunu göstermektedir. Cevapların ortalamaları, eşit aralıklar çerçevesindedir. Sorulardan elde edilen puanlar toplanarak, orijinal kodlama şemasına göre gruplandırılır ve ortalamaları alınarak 0-100 puan aralığında değişen 8 sağlık ölçeği skoru oluşturulmuştur (64).

Tablo 4: SF-36 yaşam kalitesi puan skorları

Alt Ölçek	Ölçüme Yönelik Sorular	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Fiziksel fonksiyon	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	0	100
Rol kısıtlamaları(fiziksel)	13,14,15,16	0	100
Sosyal fonksiyon	20,32	0	100
Rol kısıtlamaları (emosyonel)	17,18,19	0	100
Ruhsal sağlık	24,25,26,28,30	0	100
Canlılık (enerji)	23,27,29,31	0	100
Ağrı	21,22	0	100
Sağlığın genel olarak algılanması	1,33,34,35,36	0	100
Toplam		0	100

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler (nicel değişkenler), birey sayısı, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenler (nitel değişkenler) ise sayı ve yüzde değerler ile gösterilmiştir. Katılımcılar premenopoz ve postmenopoz olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. 5'ten küçük kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde fisher exact test kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlarının sağlanıp sağlanmadığı kolmogorov smirnov analizi ile araştırılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlandığı değişkenler için Student's t testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı değişkenler için Student's t testinin nonparametrik karşılığı olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenlerin aralarındaki iki yönlü ilişkiyi incelemek amacıyla parametrik varsayımlar sağlandığında pearson moment çarpım korelasyonu, parametrik varsayımlar sağlanmadığında spearman sıra farkları korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi tüm analizlerde $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Katılımcılardan alınan ikisi hafta içi, bir günü de haftasonu olmak üzere toplamda 3 günlük besin tüketim kaydı sonuçları, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Üç gün boyunca yenilen, içilen tüm besinler ve miktarları kaydedilerek ve üç günün ortalaması alınarak bireylerin aldıkları enerji ve makro ve mikro besin öğeleri ortalamaları günlük yaşa ve cinsiyete göre önerilen "Diyetle Referans Alım Düzeyi" (Recommended Daily Allowance-RDA) değerleri ile karşılama düzeyleri saptanmıştır (63).

4.BULGULAR

Bu bölümde premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların yeme farkındalığı, yaşam kalitesi ve beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Bireylerin yaş ortalaması $51,9 \pm 5,6$ (premenopozlar $49,2 \pm 4,9$, postmenopozlar $54,5 \pm 5,1$) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5’de gösterilmektedir.

Tablo 5: Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
36-45 yaş arası	5	10	3	5,6	13	12,5	0,000 ¹
46-55 yaş arası	35	70	27	50	62	59,6	
56-65 yaş arası	10	20	24	44,4	29	27,9	
Medeni Durum							
Bekar	2	4	2	3,7	4	3,8	0,986 ²
Evli	42	84	46	85,2	88	84,6	
Dul/Boşanmış	6	12	6	11,1	12	11,5	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	2	4	0	0	2	1,9	0,054 ²
Okur-yazar	0	0	2	3,7	2	1,9	
İlkokul mezunu	29	58	38	70,4	67	64,4	
Lise mezunu	15	30	8	14,8	23	22,1	
Ön lisans mezunu	3	6	1	1,9	4	3,8	
Lisans mezunu	1	2	5	9,3	6	5,8	
Meslek							
Ev hanımı	26	52	36	66,7	62	59,6	0,059 ²
İşçi	7	14	2	3,7	9	8,6	
Esnaf	3	6	1	1,9	4	3,9	
Memur	5	10	2	3,7	7	6,7	
Emekli	6	12	13	24,1	19	18,3	
Serbest meslek	2	4	0	0	2	1,9	
Diğer	1	2	0	0	1	1	
Gelir Düzeyi							
Gelir giderden az	23	46	28	51,9	51	49	0,856 ²
Gelir gidere eşit	23	46	22	40,7	45	43,3	
Gelir giderden fazla	4	8	4	7,4	8	7,7	
Toplam	50	48,1	54	51,9	104	100	

¹ student’s t testi ² ki-kare testi

Araştırmaya, 50'si (%48,1) premenopoz, 54'ü (%51,9) postmenopoz olmak üzere toplam 104 kadın katılmıştır. Araştırmada premenopoz bireylerin % 10'u 36-45 yaş, % 70'i 46-55 yaş, % 20'si 55-65 yaş grubunda iken; postmenopoz bireylerin % 5,6'sı 36-45 yaş, % 50'si 45-55 yaş, % 44,4'ü 55-65 yaş grubunda yer almaktadır (Tablo 5).

Premenopozların %84'ü evli, %4'ü bekar ve %12'si dul/boşanmış iken; postmenopozların %85,2'si evli, %3,7'si bekar ve %11,1'i dul/boşanmıştır. Premenopozların % 4'ünün okuryazar olmadığı, % 58'inin ilköğretim, % 30'unun lise, % 6'sının ön lisans ve %2'sinin lisans mezunu oldukları görülmektedir; postmenopozlarda okuryazar olmayan olmadığı, %3,7'sinin sadece okuryazar olduğu, %70,4'ünün ilköğretim, ve % 9,3'ünün lisans mezunu oldukları görülmektedir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların %52'si ev hanımı, % 14'ü işçi, % 12'si emekli iken, postmenopoz kadınların %66,7'si ev hanımı, %24,1'i emeklidir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların % 46'sı gelir düzeylerini “gelirim giderimden az”, % 46'sı “gelirim giderime eşit” ve %8'i “gelirim giderimden fazla” olarak ifade etmiştir. Postmenopoz kadınların % 51,9'u gelir düzeylerini “gelirim giderimden az”, % 40,7'si “gelirim giderime eşit” ve % 7,4'ü “gelirim giderimden fazla” olarak ifade etmiştir. Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Bireylerin sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalıklarına ilişkin genel sağlık bilgilerine göre bulgular Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6: Bireylerin genel sağlık bilgilerinin karşılaştırılması

Genel sağlık bilgileri	Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı							
Evet	35	70	45	83,3	80	76,9	0,107 ¹
Hayır	15	30	9	16,7	24	23,1	
Şeker hastalığı							
Evet	9	25,7	12	26,7	21	26,3	0,923 ¹
Hayır	26	74,3	33	73,3	26,3	73,8	
Kalp – damar hastalıkları							
Evet	14	40	18	40	32	40	1,000 ¹
Hayır	21	60	27	60	45	60	
Hipertansiyon							
Evet	16	45,7	25	55,6	41	48,8	0,382 ¹
Hayır	19	54,3	20	44,4	39	51,2	
Tiroid hastalıkları							
Evet	12	34,3	16	35,6	28	35	0,906 ¹
Hayır	23	65,7	29	64,4	52	65	
Osteoporoz							
Evet	1	2,9	8	17,8	9	11,2	0,070 ²
Hayır	34	97,1	37	82,2	71	88,8	
Anemi							
Evet	7	20	6	13,3	13	16,3	0,423 ¹
Hayır	28	80	39	86,7	67	83,7	
Depresyon							
Evet	6	17,1	9	20	15	18,7	0,745 ¹
Hayır	29	82,9	36	80	65	81,3	
Sigara kullanımı							
Evet	9	18	10	18,5	19	18,3	0,945 ¹
Hayır	41	82	44	81,5	85	81,7	
Alkol kullanımı							
Evet	1	2	0	0	1	1	0,485 ²
Hayır	49	98	54	100	103	99	
Toplam	50	48,1	54	51,9	104	100	

¹ki-kare testi ² fisher exact test

Premenopoz kadınların(n=50) %70'inin, postmenopoz kadınların(n=54) ise %83,3'ünün bir veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan tüm kadınların (n=104) % 76,9'unun bir veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 6).

Premenopoz kadınların %25,7'sinin şeker hastası, postmenopoz kadınların ise %26,7'sinin şeker hastası olduğu bulunmuştur. Premenopoz kadınların % 40'ının kalp-damar hastalıkları, postmenopoz kadınların da %40'ının kalp-damar hastalıkları olduğu bulunmuştur. Premenopoz kadınların %45,7'sinin hipertansiyon hastası, postmenopoz kadınların da %55,6'sının hipertansiyon hastası olduğu bulunmuştur. Premenopoz kadınların %34,3'ünün tiroid hastalıkları, postmenopoz kadınların ise %35,6'sının tiroid hastalıkları olduğu bulunmuştur. Premenopoz kadınların %2,9'unda, postmenopoz kadınların ise %17,8'inde osteoporoz görülmektedir. Premenopoz kadınların % 20'sinde, postmenopoz kadınların ise %13,3'ünde demir eksikliği anemisi görülmektedir. Premenopoz kadınların %17,1'inde, postmenopoz kadınların ise %20'sinde depresyon görülmektedir (Tablo 6).

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların %18'i, postmenopoz kadınların %18,5'i sigara kullanmaktadır. Bireylerin neredeyse tamamının (%99) alkol kullanmadığı görülmektedir(Tablo 6).

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 6).

Bireylerin menopozal dönem şikayetlerine göre bulgular Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7: Bireylerin menopozal dönem şikayetlerine göre dağılımları

Semptomlar	Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması							0,782
Evet	40	80	42	77,8	82	78,8	
Hayır	10	20	12	22,2	22	21,2	
Uykusuzluk							0,517
Evet	20	40	25	46,3	45	43,3	
Hayır	30	60	29	53,7	59	56,7	
Gece terlemesi							0,441
Evet	26	52	24	44,4	50	48,1	
Hayır	24	48	30	55,6	54	51,9	
Halsizlik/yorgunluk							0,368
Evet	14	28	16	29,7	30	28,8	
Hayır	36	72	38	70,4	74	71,2	
Sinirlilik							0,855
Evet	33	66	31	56,4	64	61,5	
Hayır	17	34	23	42,6	40	38,5	
Çarpıntı							0,661
Evet	12	24	15	27,8	27	26	
Hayır	38	76	39	72,2	77	74	
Toplam	50	48,1	54	51,9	104	100	

*ki-kare testi

Premenopoz kadınların % 80’inde, postmenopoz kadınların ise %77,8’inde sıcak basması şikayeti görülmektedir. Premenopoz kadınların %40’ında, postmenopoz kadınların ise %46,3’ünde uykusuzluk şikayeti görülmektedir. Premenopoz kadınların %52’sinde, postmenopoz kadınların ise %44,4’ünde gece terlemesi şikayeti görülmektedir. Premenopoz kadınların %28’inde, postmenopoz kadınların ise %29,7’sinde halsizlik/yorgunluk şikayeti görülmektedir. Premenopoz kadınların %66’sında, postmenopoz kadınların ise %56,4’ünde sinirlilik şikayeti görülmektedir. Premenopoz kadınların %24’ünde, postmenopoz kadınların ise %27,8’inde çarpıntı şikayeti görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Bireylerin fiziksel aktivite özelliklerine göre bulgular Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Bireylerin fiziksel aktivite özelliklerine göre karşılaştırılması

Fiziksel aktivite özellikleri	Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Düzenli fiziksel aktivite							0,477
Evet	9	18	7	13	16	15,4	
Hayır	41	82	47	87	88	84,6	
Düzenli fiziksel aktivite yapmama sebepleri							0,532
Zaman yetersizliği	9	22	6	12,8	15	17	
Alışkanlık olmadığı için	30	73,2	36	76,6	76	75	
Diğer	2	4,8	5	10,6	7	8	

* Ki-kare testi

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların %18’i düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını (haftada 5 gün en az 30 dk aktivite ve/veya haftada en az 150 dk aktivite), %82’si ise düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmiştir. Postmenopoz kadınların %13’ü düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını (haftada 5 gün en az 30 dk aktivite ve/veya haftada en az 150 dk aktivite), %87’si ise düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmiştir. Premenopoz kadınların %73,2’si alışkanlık olmadığı için, %22’si zaman yetersizliği sebebiyle düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını ifade etmiştir. Postmenopoz kadınların %76,6’sı alışkanlık olmadığı için, %12,8’i zaman yetersizliği sebebiyle düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 8).

Bireylerin genel beslenme alışkanlıklarına göre bulgular Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Bireylerin genel beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması

Genel beslenme alışkanlıkları		Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Öğün atlama								
Evet		37	74	47	87	84	80,8	0,092 ¹
Hayır		13	26	7	13	20	19,2	
En sık atlanan öğün								
Kahvaltı		3	8,1	3	6,4	6	7,1	0,974 ¹
Kuşluk		4	10,8	6	12,8	10	11,9	
Öğle yemeği		24	64,9	33	70,2	57	67,9	
İkindi		2	5,4	2	4,3	4	4,8	
Akşam yemeği		3	8,1	2	4,3	5	6	
Gece		1	2,7	1	2,1	2	2,4	
Öğün atlama sebebi								
Zayıflamak için		1	2,7	4	8,5	5	6	0,172 ¹
Unuttuğum için		2	5,4	0	0	2	2,4	
Kahvaltıyı geç yaptığım için		26	70,3	36	76,6	62	73,8	
Zaman yetersizliğinden		6	16,2	7	14,9	13	15,5	
Diğer		2	5,4	0	0	2	2,4	
Yemek pişirmede katı yağ kullanımı								
Evet		27	54	34	63	61	58,7	0,354 ¹
Hayır		23	46	20	37	43	41,3	
Yemeklerin tuz miktarı								
Tuzsuz		3	6	6	11,1	9	8,7	0,539 ¹
Az tuzlu		20	40	25	46,3	45	43,3	
Normal tuzlu		23	46	21	38,9	44	42,3	
Çok tuzlu		4	8	2	3,7	6	5,8	
Şekerli/gazlı içecek tüketim sıklığı								
Haftada 1-2 gün		2	4	1	1,9	3	2,9	0,912 ¹
2 haftada 1 gün		5	10	5	9,3	10	9,6	
Ayda 1-2 gün		10	20	10	18,5	20	19,2	
Hiç		33	66	38	70,4	71	68,3	
Şekerli çay / kahve tüketimi								
Evet		14	28	14	25,9	28	26,9	0,812 ¹
Hayır		36	72	40	74,1	76	73,1	
Su tüketimi (bardak/gün)	$\bar{X} \pm SD$	7,30±3,64		7,30±4,34		7,30±4,46		0,704 ²
Ana öğün sayısı	$\bar{X} \pm SD$	2,54±0,54		2,48±0,50		2,51±0,52		0,491 ²
Ara öğün sayısı	$\bar{X} \pm SD$	1,36±0,96		1,48±1,00		1,42±0,98		0,528 ²
Toplam		50	48,1	54	51,9	104	100	

¹ Ki-kare testi ² Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların ana öğün sayısı ortalamaları $2,5 \pm 0,5$, ara öğün sayısı ortalamaları ise $1,3 \pm 0,9$ olarak belirlenmiştir. Premenopoz kadınların ana öğün sayısı ortalamaları $2,4 \pm 0,5$, ara öğün sayısı ortalamaları ise $1,4 \pm 1,0$ olarak belirlenmiştir. Premenopoz kadınların % 74'ünün gün içerisinde öğün atladıkları, yarısından çoğunun (%64,9) en sık atladıkları öğünün “öğle yemeği” olduğu ve öğün atlama sebebi sorgulandığında yarısından çoğunun (%70,3) “kahvaltıyı geç yaptığım için” yanıtını verdikleri görülmektedir. Postmenopoz kadınların %87'sinin gün içerisinde öğün atladıkları, yarısından çoğunun (%70,2) en sık atladıkları öğünün “öğle yemeği” olduğu ve öğün atlama sebebi sorgulandığında yarısından çoğunun (%76,6) “kahvaltıyı geç yaptığım için” yanıtını verdikleri görülmektedir (Tablo 9).

Premenopoz kadınların %54'ünün yemeklerini pişirirken katı yağ kullandıkları, postmenopoz kadınların ise %63'ünün katı yağ kullandıkları görülmüştür. Katılımcılara “yemeklerinizin tuz miktarı nasıldır?” diye sorulduğunda %43,3'ü “ az tuzlu”, %42,3'ü “normal tuzlu” yanıtını vermiştir (Tablo 9).

Katılımcıların %68,3'ünün şekerli/gazlı içecek tüketmedikleri, %73,1'inin çay/kahvelerini şekersiz tükettikleri bilgisi edinilmiştir. Premenopoz kadınların günlük su tüketimi ortalamaları $7,3 \pm 3,6$ bardak, postmenopoz kadınların günlük su tüketimi ortalamaları $7,3 \pm 4,3$ bardak olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Bireylerin antropometrik özelliklerine göre bulgular Tablo 10'da ve Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10: Bireylerin antropometrik özelliklerinin karşılaştırılması

Antropometrik özellikler	Premenopoz (n=50)		Postmenopoz (n=54)		Toplam (n=104)		P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Boy(cm)	158,9	5,6	157,7	5,6	158,3	5,6	0,281 ¹
Ağırlık(kg)	75,3	10,6	79,7	13,1	77,6	12,1	0,061 ¹
BKİ(kg/m²)	29,8	4,6	32	5,1	30,9	4,9	0,03^{2*}
Bel çevresi(cm)	97,2	11,2	101	12,4	99,2	11,9	0,102 ¹
Kalça çevresi(cm)	112,6	8,2	114,7	12,7	113,7	10,8	0,300 ¹
Bel kalça oranı	0,8	0,08	0,8	0,08	0,8	0,08	0,273 ¹

¹Mann Whitney U testi ² Student's t testi

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların boy uzunlukları ortalaması 158,9±5,6 cm iken, postmenopozların boy uzunlukları ortalaması 157,7±5,6 cm olarak ölçülmüştür. Bireylerin vücut ağırlıkları ölçüldüğünde premenopoz kadınların 75,3±10,6 kg olarak ölçülmüşken, postmenopoz kadınların 79,7±13,1 kg olarak ölçülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 10).

Premenopoz kadınların bel çevresi ortalaması 97,2±11,2 cm ve kalça çevresi 112,6±8,2 cm olarak ölçülürken, postmenopozların bel çevresi 101±12,4 cm ve kalça çevresi ortalaması 114,7±12,7 cm olarak ölçülmüştür. Premenopoz kadınların bel/kalça ölçüm oranları ortalaması 0.85±0.08 cm iken, postmenopoz kadınları ortalaması 0.87±0.08 olarak ölçülmüştür (Tablo 10).

Bireylerin BKİ değerleri ortalamaları premenopoz kadınların 29,8±4,6, postmenopoz kadınların 32±5,1 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0.05) (Tablo 10).

Tablo 11: Bireylerin BKİ, bel çevresi, BKO sınıflandırmalarının karşılaştırılması

Sınıflandırmalar	Premenopoz		Postmenopoz		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
BKİ (kg/m²)							
Normal(18,5-24,9)	8	16	2	3,7	10	9,6	0,081
Fazla kilolu(25,0-29,9)	19	38	17	31,5	36	34,6	
Şişman (30,0-39,9)	22	44	31	57,4	53	51	
Ağır şişman (40,0 ve üzeri)	1	2	4	7,4	5	4,8	
Bel çevresi(cm)							
Düşük riskli	3	6	2	3,7	5	4,8	0,858
Orta riskli	7	14	7	13	14	13,5	
Yüksek riskli	40	80	45	83,3	85	81,7	
Bel kalça oranı							
Düşük riskli	27	54	21	38,9	48	46,2	0,122
Yüksek riskli	23	46	33	61,1	56	53,8	
Toplam	50	100	54	100	104	100	

*ki kare testi

Premenopoz kadınların %80'inin bel çevresi yüksek riskli, %14'ünün orta riskli alanda olduğu saptanmıştır; postmenopoz %83,3'ünün bel çevresi yüksek riskli, %13'ünün orta riskli alanda olduğu saptanmıştır. Bel/kalça oranı referans aralığı göz önüne alındığı zaman ölçümlere göre premenopoz kadınların %46'sının, postmenopoz kadınların %61,1'inin yüksek riskli alanda olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflandırmasına göre bireyler değerlendirildiğinde araştırmaya katılanlardan normal ($BKİ=18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) premenopoz kadın %16, hafif şişman ($BKİ=25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$) premenopoz kadın %38, obez ($BKİ=30,0-39,9 \text{ kg/m}^2$) premenopoz kadın %44, morbid obez ($BKİ=40,0 \text{ kg/m}^2$ ve üstü) premenopoz kadın %2 olarak belirlenirken; normal ($BKİ=18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) postmenopoz kadın % 3,7, hafif şişman ($BKİ=25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$) postmenopoz kadın %31,5, obez ($BKİ=30,0-39,9 \text{ kg/m}^2$) postmenopoz kadın %57,4 ve morbid obez ($BKİ=40,0 \text{ kg/m}^2$ ve üstü) postmenopoz kadın %7,4 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Bireylerin BKİ değerlerine göre menopozal şikayetlerinin bulgular Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Bireylerin BKİ değerlerine göre menopozal şikayetlerinin karşılaştırılması

Semptomlar		n	BKİ ortalamaları (kg/m ²)	p*
Sıcak basması	Evet	82	31,2±4,7	0,166
	Hayır	22	30±5,7	
Uykusuzluk	Evet	45	31,3±4,3	0,338
	Hayır	59	30,6±5,4	
Gece terlemesi	Evet	50	31 ±4,9	0,777
	Hayır	54	30,8± 5,0	
Sinirlilik	Evet	64	31,2± 4,9	0,321
	Hayır	40	30,4± 5	
Halsizlik/ Yorgunluk	Evet	30	30,4 ±5	0,458
	Hayır	74	31,1 ±4,9	
Çarpıntı	Evet	27	30,4± 3,7	0,692
	Hayır	77	31,1± 5,3	
Toplam		104	30,9±4,9	

*Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan bireylerin (n=104) BKİ değerlerine göre menopozal şikayetleri karşılaştırıldığında yapılan analizler sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 12).

Postmenopoz ve premenopoz bireylerin enerji ve makro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tüketim ortalamaları Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Bireylerin enerji ve makro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tüketim ortalamaları

Diyetle alınan enerji ve makro besin öğeleri	�AD**	Premenopoz (n=50)			�AD karşıla ma yüzdesi	�AD**	Postmenopoz (n=54)			�AD karşıla ma yüzdesi	p*
		$\bar{X} \pm SD$	Alt	�st			$\bar{X} \pm SD$	Alt	�st		
Enerji (ccal)	1917	1479,5 $\pm$ 428,9	643,4	2680,3	77	2065	1467 $\pm$ 445,5	745,2	3059,7	77	0,885
Protein (gram)	63	54,9 $\pm$ 16,8	23,6	100,2	87	65	56,8 $\pm$ 22,5	15,8	159,9	87	0,740
Yağ (gram)	-	79,8 $\pm$ 25,6	25,5	140,5	-	-	81 $\pm$ 42,79	40,1	352,5	-	0,696
Karbonhidrat (gram)	133	132,5 $\pm$ 53,9	56	267,1	101	133	133,4 $\pm$ 57,5	47,7	306,6	102	0,987
Posa (gram)	25	18,3 $\pm$ 7,0	6,3	36,9	73	21	18,7 $\pm$ 7,4	4,8	40,3	89	0,770
Kolesterol (mg)	300	299,2 $\pm$ 124,5	46	541,6	99	300	314,6 $\pm$ 126,6	51	672	104	0,533
Çoklu doymamış yağ asitleri (gram)	15	19,5 $\pm$ 9,2	4,6	43	176	15	17,7 $\pm$ 8	6,4	48,2	159	0,294

*Student's t testi **  nerilen Alım Düzeyi

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama enerji miktarı 1479,5±428,9 kkal olup bu değer postmenopozda 1467±445,5 kkal olarak belirlenmiştir. Her iki grup da ÖAD karşılama yüzdesi %77 olup önerilen değerler (%67-133) arasındadır (Tablo 13).

Aynı bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama protein miktarı 54,9±16,8 g, yağ 79,8±25,6 g ve karbonhidrat 132,5±53,9 g olup bu değerler postmenopozda protein 56,8±22,5 g, yağ 81±42,7 g ve karbonhidrat 133,4±57,5 g olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da protein, yağ ve karbonhidrat alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler arasındadır (%67-133) (Tablo 13).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama posa miktarı 18,31±7,0 g olup bu değer postmenopozda 18,73±7,4 g olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da posa alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler arasındadır (%67-133) (Tablo 13).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama çoklu doymamış yağ asitleri miktarı 19,5±9,2 g olup bu değer postmenopozda 17,7±8,0 g olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da çoklu doymamış yağ asitleri alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerlerin üzerindedir (%67-133). Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Her iki grubun diyetle aldıkları enerji ve makro besin değerleri arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 13).

Bireylerin mikro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tüketim ortalamaları Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14: Bireylerin mikro besin değerlerinin gruplara göre günlük diyetle tktim ortalamaları

Diyetle alınan mikro besin öğeleri	AD	Premenopoz (n=50)			AD karşılama yüzdesi %	AD**	Postmenopoz (n=54)			AD karşılama yüzdesi %	p*
		$\bar{X} \pm SD$	Alt	st			$\bar{X} \pm SD$	Alt	st		
A vitamini (mcg)	700	1387,7 $\pm$ 1155,4	218,6	6090,3	173	700	1161,1 $\pm$ 919,3	338,3	6446,8	145	0,166
E vitamini (mg)	15	18,3 $\pm$ 8,8	4,5	46,3	235	15	17 $\pm$ 7,64	6,5	47,9	218	0,412
Tiamin (mg)	1,1	0,7 $\pm$ 0,2	0,3	1,4	72	1,1	0,7 $\pm$ 0,3	0,1	1,9	71	0,821
Riboflavin (mg)	1,1	1,1 $\pm$ 0,4	0,5	2,2	95	1,1	1,1 $\pm$ 0,4	0,2	2,5	92	0,615
Niasin (mg)	14	11,7 $\pm$ 9,7	3	64,3	90	14	11,1 $\pm$ 12,7	1,7	87,8	85	0,156
Piridoksin (mg)	1,3	1 $\pm$ 0,3	0,4	2,0	62	1,3	0,97 $\pm$ 0,3	0,4	2	60	0,605
Toplam folik asit (mcg)	400	247,4 $\pm$ 75,5	101,7	427,5	137	400	257,7 $\pm$ 104,7	71,2	714,3	142	0,567
C vitamini (mg)	90	83,1 $\pm$ 41,4	28,5	187,5	138	90	71,2 $\pm$ 33,4	7,6	162,3	118	0,234
Sodyum (mg)	2400	3434,8 $\pm$ 1172,9	1327,5	6416,2	137	2400	3289,9 $\pm$ 1013,5	831	5675,8	131	0,501
Potasyum (mg)	-	1862,7 $\pm$ 622,4	753	3309	-	-	1784 $\pm$ 697	420	4139,9	-	0,546
Kalsiyum (mg)	1200	620,9 $\pm$ 223	285,6	1329,3	62	1000	607,4 $\pm$ 249,2	117,6	1240,4	50	0,774
Fosfor(mg)	700	985,4 $\pm$ 322	394,8	1746,5	123	700	1024,8 $\pm$ 379,8	236	2032,3	128	0,735
Magnezyum (mg)	320	240,8 $\pm$ 109,4	83	625,2	86	320	241,8 $\pm$ 105,9	56,1	585,2	86	0,907
Demir (mg)	18	9,3 $\pm$ 3,7	3,9	22,1	93	10	9,7 $\pm$ 4,2	2,4	26,7	97	0,587
Çinko (mg)	10	7,6 $\pm$ 2,3	3,6	14	63	10	8 $\pm$ 2,7	2	16	66	0,472

*Student's t testi ** nerilen Alım Düzeyi

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama A vitamini miktarı $1387,7 \pm 1155,4$ mcg olup bu değer postmenopozda $1161,1 \pm 919,3$ mcg olarak belirlenmiştir. Premenopozda A vitamini ÖAD karşılama yüzdesi %173, postmenopozda ise %145 olup önerilen değerler (%67-133) üzerindedir (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama E vitamini miktarı $18,3 \pm 8,8$ mg olup bu değer postmenopozda $17 \pm 7,64$ mg olarak belirlenmiştir. Premenopozda E vitamini ÖAD karşılama yüzdesi %235, postmenopozda ise % 218 olup önerilen değerler (%67-133) üzerindedir (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama C vitamini miktarı $83,1 \pm 41,4$ mg olup bu değer postmenopozda $71,2 \pm 33,4$ mg olarak belirlenmiştir. Premenopozda C vitamini ÖAD karşılama yüzdesi % 138 olup önerilen değerler arasındadır (% 67-133) , postmenopozda ise %118 olup önerilen değerler (%67-133) üzerindedir (Tablo 14).

Her iki grubun da tiamin, riboflavin ve niasin alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler arasındadır (%67-133)(Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama folik asit miktarı $247,4 \pm 75,5$ mcg olup bu değer postmenopozda $257,7 \pm 104,7$ mcg olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da folik asit alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler (%67-133) üzerindedir (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama piridoksin miktarı $1 \pm 0,3$ mg olup bu değer postmenopozda $0,9 \pm 0,3$ mg olarak belirlenmiştir. Premenopoz grubun piridoksin alım miktarı RDA karşılama yüzdesi %62 olup önerilen değerler (%67-133) altındadır. Postmenopoz grubun piridoksin alım miktarı RDA karşılama yüzdesi %60 olup önerilen değerler (%67-133) altındadır (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama sodyum miktarı $3434,8 \pm 1172,9$ mg olup bu değer postmenopozda $3289,9 \pm 1013,5$ mg olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da sodyum alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler (%67-133) üzerindedir (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama kalsiyum miktarı $620,9 \pm 223$ mg olup bu değer postmenopozda $607,4 \pm 249,2$ mg olarak belirlenmiştir. Premenopoz grubun kalsiyum alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi % 62 olup önerilen

değerler (%67-133) altındadır. Postmenopoz grubun kalsiyum alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi % 50 olup önerilen değerler (% 67-133) altındadır (Tablo 14).

Her iki grubun da fosfor, magnezyum ve demir alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi önerilen değerler (% 67-133) arasındadır (Tablo 14).

Bireylerin premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama çinko miktarı $7,6 \pm 2,3$ mg olup bu değer postmenopozda $8 \pm 2,7$ mg olarak belirlenmiştir. Premenopoz grubun çinko alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi % 63 olup önerilen değerler (%67-133) altındadır. Postmenopoz grubun çinko alım miktarı ÖAD karşılama yüzdesi %66 olup önerilen değerler (%67-133) altındadır (Tablo 14).

Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 14).

Bireylerin YFÖ-30 alt gruplarının puan ortalamaları Tablo 15’de gösterilmektedir.

Tablo 15: Bireylerin YFÖ-30 alt gruplarının karşılaştırılması

Alt gruplar	Premenopoz(n=50)		Postmenopoz(n=54)		p
	$\bar{X} \pm SD$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SD$	Alt-Üst	
Düşünmeden yeme (Disinhibisyon)	16,3 ± 4,5	9-25	17,5±4,9	6-25	0,183 ¹
Duygusal yeme	18,7 ± 5,2	5-25	19,6±4,8	8-25	0,367 ¹
Yeme kontrolü	14,5± 3,9	6-20	14,8±4,5	5-20	0,547 ¹
Odaklanma	15,6 ± 2,8	7-22	15,8±3,2	10-23	0,654 ¹
Yeme disiplini	11,9 ± 3	5-18	10,9±3	4-19	0,104 ¹
Farkındalık	17,1 ± 2,7	11-23	18,3±2,3	12-23	0,019^{1*}
Enterferans (dış etkenlerden etkilenme)	7,7 ± 1,7	4-10	7,9±1,6	4-10	0,527 ²
Toplam	101,9±14,9	68-128	105,1±16,1	65-138	0,292 ¹

¹ Mann- Whitney U testi ² student’s t testi *p<0,05

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların disinhibisyon puanları ortalamaları 16,3±4,5, postmenopoz kadınların disinhibisyon puanları ortalamaları 17,5±4,9 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların duygusal yeme puanları ortalamaları 18,7±5,2, postmenopoz kadınların duygusal yeme puanları ortalamaları 19,6±4,8 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların yeme kontrolü puanları ortalamaları 14,5±3,9, postmenopoz kadınların yeme kontrolü puanları ortalamaları 14,8±4,5 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların odaklanma puanları ortalamaları 15,6±2,8, postmenopoz kadınların odaklanma puanları ortalamaları 15,8±3,2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların yeme disiplini puanları ortalamaları 11,9±3, postmenopoz kadınların yeme disiplini puanları ortalamaları 10,9±3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların farkındalık puanları ortalamaları 17,1±2,7, postmenopoz kadınların farkındalık puanları ortalamaları 18,3±2,3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların enterferans puanları ortalamaları 7,7±1,7, postmenopoz kadınların enterfereans puanları ortalamaları 7,9±1,6 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, enterferans puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Premenopoz ve postmenopoz kadınların farkındalık puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15).

YFÖ-30 alt ölçekleri ile BKİ değerlerinin karşılaştırmaları Tablo 16'da gösterilmektedir.



Tablo 16: Bireylerin YFÖ-30 alt gruplarının BKİ ortalamaları ile karşılaştırılması

Yeme farkındalığı alt gruplar	Premenopoz			Test ¹		Postmenopoz			Test ¹	
	n	BKİ ortalaması (kg/m ²)	YFÖ-30 puanı	p	r	n	BKİ ortalaması (kg/m ²)	YFÖ-30 puanı	p	r
			$\bar{X} \pm SD$					$\bar{X} \pm SD$		
Düşünmeden yeme (Disinhibisyon)	50	29,8±4,6	16,3 ± 4,5	0,275	-0,157	54	32±5,1	17,5±4,9	0,021*	-0,313
Duygusal yeme	50	29,8±4,6	18,7 ± 5,2	0,144	-0,210	54	32±5,1	19,6±4,8	0,136	-0,206
Yeme kontrolü	50	29,8±4,6	14,5 ± 3,9	0,053	-0,275	54	32±5,1	14,8±4,5	0,123	-0,213
Odaklanma	50	29,8±4,6	15,6 ± 2,8	0,844	-0,029	54	32±5,1	15,8±3,2	0,009*	-0,353
Yeme disiplini	50	29,8±4,6	11,9 ± 3,0	0,126	-0,219	54	32±5,1	10,9±3,0	0,000*	-0,495
Farkındalık	50	29,8±4,6	17,1 ± 2,7	0,613	-0,073	54	32±5,1	18,3±2,3	0,650	-0,063
Enterferans (dış etkenlerden etkilenme)	50	29,8±4,6	7,7 ± 1,7	0,239	0,169	54	32±5,1	7,9±1,6	0,810	-0,033
Toplam	50	29,8±4,6	101,9±14,9	0,121	-0,222	54	32±5,1	105,1±16,1	0,005*	-0,373

¹ spearman korelasyon analizi * p<0,05

Bireylerin YFÖ-30 odaklanma alt ölçeği ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında, premenopozların YFÖ-30 odaklanma puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Postmenopozların YFÖ-30 odaklanma puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,299$; $p<0,05$). BKİ değeri yüksek olan postmenopoz bireylerin YFÖ-30 odaklanma puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Bireylerin YFÖ-30 yeme disiplini alt ölçeği ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında, premenopozların YFÖ-30 yeme disiplini puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Postmenopozların YFÖ-30 yeme disiplini puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,287$; $p<0,05$). BKİ değeri yüksek olan postmenopoz bireylerin YFÖ-30 yeme disiplini puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Bireylerin YFÖ-30 disinhibisyon alt ölçeği ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında, premenopozların YFÖ-30 disinhibisyon puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Postmenopozların YFÖ-30 disinhibisyon puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,313$; $p<0,05$). BKİ değeri yüksek olan postmenopoz bireylerin YFÖ-30 disinhibisyon puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Bireylerin YFÖ-30 duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık ve enterferans puanları ile BKİ ortalamaları arasında yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17: Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi alt grupları ortalama puanlarının karşılaştırılması

Alt gruplar	Premenopoz(n=50)		Postmenopoz(n=54)		p*
	$\bar{X} \pm SD$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SD$	Alt-Üst	
Fiziksel fonksiyon	72,6±19,1	25-100	61,7±26,4	5-100	0,052
Rol kısıtlamaları (fiziksel)	66,0±40,0	0-100	47,6±45,6	0-100	0,031**
Sosyal fonksiyon	77,2±21,6	35-100	80,5±21,9	12,5-100	0,364
Rol kısıtlamaları (emosyonel)	61,3±45,8	0-100	49,3±47,0	0-100	0,260
Ruhsal sağlık	69,1±15,7	40-96	68,5±18,2	8-100	0,871
Canlılık (enerji)	51,0±22,1	10-100	52,6±25,2	10-100	0,719
Ağrı	70,4±21,6	12,5-100	66,6±23,3	22,5-100	0,422
Sağlığın genel olarak algılanması	54,4±18,8	15,6-90	49,5±18,9	15,2-80,8	0,266
Toplam	65,2±17,3	30,6-95,7	59,6±21,1	18,2-95,1	0,140

*student’s t testi **p<0,05

Premenopoz grubun SF-36 yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 65,2±17,3, postmenopoz grubun SF-36 yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 59,6±21,1 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p >0.05) (Tablo 17).

Araştırmaya katılan premenopoz kadınların fiziksel fonksiyon puanları ortalamaları 72,6±19,1, postmenopoz kadınların fiziksel fonksiyon puanları ortalamaları 61,7±26,4 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların fiziksel rol kısıtlamaları puanları ortalamaları 66,0±40,0, postmenopoz kadınların fiziksel rol kısıtlamaları puanları ortalamaları 47,6±45,6 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan

premenopoz kadınların sosyal fonksiyon puanları ortalamaları $77,2 \pm 21,6$, postmenopoz kadınların sosyal fonksiyon puanları ortalamaları $80,5 \pm 21,9$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların duygusal rol kısıtlamaları puanları ortalamaları $61,3 \pm 45,8$, postmenopoz kadınların duygusal rol kısıtlamaları puanları ortalamaları $49,3 \pm 47,0$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların ruhsal sağlık puanları ortalamaları $69,1 \pm 15,7$, postmenopoz kadınların ruhsal sağlık puanları ortalamaları $68,5 \pm 18,2$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların canlılık puanları ortalamaları $51,0 \pm 22,1$, postmenopoz kadınların canlılık puanları ortalamaları $52,6 \pm 25,2$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların ağrı puanları ortalamaları $70,4 \pm 21,6$, postmenopoz kadınların ağrı puanları ortalamaları $66,6 \pm 23,3$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan premenopoz kadınların sağlığın genel olarak algılanması puanları ortalamaları $54,4 \pm 18,8$, postmenopoz kadınların sağlığın genel olarak algılanması puanları ortalamaları $49,5 \pm 18,9$ olarak bulunmuştur (Tablo 17).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, duygusal rol kısıtlamaları, ruhsal sağlık, canlılık, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Premenopoz ve postmenopoz kadınların fiziksel rol kısıtlamaları puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17).

SF-36 alt ölçekleri ile BKİ değerlerinin karşılaştırmaları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi alt gruplarının BKİ ortalamaları ile karşılaştırılması

Yaşam kalitesi alt gruplar	Premenopoz			Test ¹		Postmenopoz			Test ¹	
	n	BKİ ortalaması (kg/m²)	SF-36 puanı			n	BKİ ortalaması (kg/m²)	SF-36 puanı		
			$\bar{X} \pm SD$	p	r			$\bar{X} \pm SD$	p	r
Fiziksel fonksiyon	50	29,8±4,6	72,6±19,1	0,002**	-0,429	54	32±5,1	77,6±22,5	0,001**	-0,454
Rol kısıtlamaları(fiziksel)	50	29,8±4,6	66,0±40,0	0,032*	-0,304	54	32±5,1	68,4±43,9	0,013*	-0,337
Sosyal fonksiyon	50	29,8±4,6	77,2±21,6	0,073	-0,256	54	32±5,1	84,2±19,9	0,121	-0,214
Rol kısıtlamaları(duygusal)	50	29,8±4,6	61,3±45,8	0,084	-0,247	54	32±5,1	59,6±45,2	0,508	-0,092
Ruhsal sağlık	50	29,8±4,6	69,1±15,7	0,738	0,049	54	32±5,1	69,6±16,4	0,637	-0,066
Canlılık (enerji)	50	29,8±4,6	51,0±22,1	0,956	-0,008	54	32±5,1	54,7±24	0,322	-0,137
Ağrı	50	29,8±4,6	70,4±21,6	0,103	-0,233	54	32±5,1	76,4±24,5	0,158	-0,195
Sağlığın genel olarak algılanması	50	29,8±4,6	54,4±18,8	0,336	-0,139	54	32±5,1	57,3±17	0,027*	-0,301
Toplam	50	29,8±4,6	65,2±17,3	0,020*	-0,329	54	32±5,1	59,6±21,1	0,026*	-0,303

¹ pearson korelasyon analizi * p<0,05 ** p<0,01

Bireylerin SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında, premenopozların SF-36 fiziksel fonksiyon puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır fark saptanmamıştır ($r=-0,429$; $p<0,01$). Postmenopozların SF-36 fiziksel fonksiyon puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,454$; $p<0,01$). BKİ değeri yüksek olan premenopoz ve postmenopoz bireylerin SF-36 fiziksel fonksiyon puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 18).

Bireylerin SF-36 fiziksel rol kısıtlamaları puanı ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında premenopozların SF-36 fiziksel rol kısıtlamaları puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,304$; $p<0,05$). Postmenopozların SF-36 fiziksel rol kısıtlamaları puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,337$; $p<0,05$). BKİ değeri yüksek olan premenopoz ve postmenopoz bireylerin SF-36 fiziksel rol kısıtlamaları puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 18).

Bireylerin SF-36 sağlığın genel algısı puanı ile BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında premenopozların SF-36 sağlığın genel algısı puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Postmenopozların SF-36 sağlığın genel algısı puanı ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,301$; $p<0,05$). BKİ değeri yüksek olan postmenopoz bireylerin SF-36 sağlığın genel algısı puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 18).

Bireylerin SF-36 sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (duygusal), ruhsal sağlık, canlılık (enerji) ve ağrı puanları ile BKİ ortalamaları arasında yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Bireylerin YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının yaş, menopoz yaşı, BKİ, bel çevresi, günlük alınan enerji, günlük alınan karbonhidrat miktarı ile karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19: YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeklerinin yaş, menopoz yaşı, BKİ, bel çevresi, günlük alınan enerji, günlük alınan karbonhidrat miktarı ile karşılaştırılması

Değişkenler	$\bar{X} \pm SD$	Yeme farkındalığı (n=104)		Yaşam kalitesi (n=104)	
		p	r	p	r
Yaş	51,9±5,6	0,603	0,052	0,472	- 0,071
Menopoz yaşı	46,3±5,1	0,741	0,046	0,020*	0,316
BKİ(kg/m²)	30,9±4,9	0,005**	- 0,276	0,001**	- 0,334
Bel çevresi(cm)	99,2±1,9	0,031*	- 0,212	0,004**	- 0,277
Günlük alınan enerji(ccal)	1473±435,5	0,001**	- 0,325	0,356	0,092
Günlük alınan karbonhidrat(gram)	133±47,7	0,000**	- 0,367	0,932	0,009
Yeme farkındalığı	103,6±15,6			0,391	0,085
Toplam puan				62,3±19,5	

Katılımcıların yaşları ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; yaş ile yeme farkındalığı arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemsizdir (r=0,052; p>0,05). Yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemsizdir(r =-0,071; p >0,05) (Tablo 19).

Postmenopozal dönemdeki katılımcıların (n=54) menopoza girme yaşları ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla

yapılan analiz sonucunda; menopoş yaşı ile yeme farkındalığı arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemsizdir ($r=0,046$; $p>0,05$).

Menopoş yaşı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,316$; $p<0,05$). (Tablo 19).

Katılımcıların BKİ değerleri ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; BKİ değerleri ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,276$; $p<0,01$). BKİ değerleri, bireylerin yeme farkındalığının %7'sini açıklamaktadır. Benzer şekilde BKİ değerleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,334$; $p<0,01$)(Tablo 19).

Katılımcıların bel çevresi ölçümleri ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; bel çevresi ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,212$; $p<0,05$). Bel çevresi değerleri, bireylerin yeme farkındalığının %4'ünü açıklamaktadır. Benzer şekilde bel çevresi değerleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,277$; $p<0,01$)(Tablo 19).

Katılımcıların günlük enerji alım düzeyleri ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; günlük enerji alım düzeyleri ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,325$; $p<0,01$). Günlük enerji alım düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemsizdir ($r=0,092$; $p>0,05$) (Tablo 19).

Katılımcıların günlük karbonhidrat alım düzeyleri ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; günlük karbonhidrat alım düzeyleri ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,325$; $p<0,01$). Günlük karbonhidrat alım düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r=0,009$; $p>0,05$) (Tablo 19).

Katılımcıların YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; yeme farkındalığı ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r = 0,085$; $p > 0,05$) (Tablo 19).



5.TARTIŞMA

Bu araştırma, premenopozal ve postmenopozal dönemlerdeki kadınların yeme farkındalıkları ve beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bireylerin tanımlayıcı özellikleri, genel sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir.

Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle kadın hayatının uzun bir dönemini kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için yeterli ve dengeli beslenme büyük bir önem kazanmaktadır (7).

Araştırma 104 yetişkin kadın üzerinden yapılmış olup bunların %48,1'i (n=50) premenopozal dönemde, %51,9'u (n=54) postmenopozal dönemdeki kadınlardan oluşmuştur. Bireylerin 38–64 yaş arasında dağılım gösterdiği ve yaş ortalamasının $51,9 \pm 5,6$ (premenopozlar $49,2 \pm 4,9$, postmenopozlar $54,5 \pm 5,1$) olduğu, %84,4'ünün evli ve %64,4'ünün ilkökul mezunu, %49'unu gelirin giderlerinden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Araştırma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (2, 7, 9, 23, 24, 42, 68).

Bireylerin BKİ değerleri ortalamaları premenopoz kadınların $29,88 \pm 4,60$, postmenopoz kadınların $32 \pm 5,1$ olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p=0.03$) (Tablo 11). Postmenopoz grubun BKİ ortalamaları premenopoz grubun BKİ ortalamalarından daha yüksektir. DSÖ sınıflamasına göre premenopoz grubun hafif şişman, postmenopoz grubun ise obez sınıfında olduğu saptanmıştır (67). Şanlıer'in çalışmasında da sonuçlar benzerlik göstermektedir (68). Bireylerin bel çevresi ve bel-kalça oranlarını incelendiğinde premenopozların bel çevresi ortalama $97,2 \pm 11,2$ cm ve bel/kalça ölçüm oranları ortalaması 0.85 ± 0.08 cm olarak ölçülürken, postmenopozların bel çevresi $101 \pm 12,4$ cm ve bel/kalça oranı 0.87 ± 0.08 cm olarak ölçülmüştür. Postmenopozda bel çevresi ve bel-kalça oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Premenopoz kadınların bel çevresi ölçümü referans aralığına göre değerlendirildiği zaman % 80'inin yüksek riskli; postmenopoz kadınların bel çevresi ortalamaları da %83,3'ünün yüksek riskli olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Abdominal obezite kadınlarda BKİ veya sadece

ağırlık ölçümlerine oranla daha tehlikeli olabilir. Bel çevresi hem normal hem de obez kadınlarda KVH gelişimi, hipertansiyon ve insülin direnci için bağımsız bir risk faktörüdür (69).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıklarını ölçmek amacıyla uygulanan YFÖ-30 ölçeğinin sonuçları incelendiğinde; premenopoz kadınların yeme farkındalığı toplam puan ortalamaları $101,9 \pm 14,9$ iken, postmenopoz kadınların ortalamaları $105,1 \pm 16,1$ bulunmuştur. Postmenopoz grubun ortalaması premenopoz gruba göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,292$). Premenopoz ve postmenopoz kadınların farkındalık alt grup puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo 16). Postmenopozal dönemdeki kadınların farkındalık alt grup puanı premenopozal döneme göre daha yüksektir. Warren ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yayınlanmış derleme çalışmasının sonucuna göre yeme farkındalığı yöntemi uygulanan bireylerin yeme alımının azaldığı ve ağırlık kaybında da başarılı olduğu saptanmıştır (70, 71). Farkındalık alt bileşeni bireylerin fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, enerji ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığını ölçen soru maddelerini kapsamaktadır. Postmenopozda bireylerin farkındalıklarının daha yüksek olmasının bir nedeni de menopoza girdikten sonraki hormonal değişimlere bağlı olarak daha kolay ağırlık artışı ve kronik rahatsızlıkların artması nedeniyle sağlıklı beslenmeye olan ilgilerinin artması olabilir.

Geleneksel diyet tedavilerinde odaklanılan “Ne yenildiği”nden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olmakla birlikte fizyolojik açlık-tokluk kavramını benimseyip, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini yargılamadan o anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme’ olarak tanımlanmış “yeme farkındalığı” kavramı son yıllarda popülerleşmiştir. Son 10 yıldır bireylerin yeme farkındalığının ölçülmesiyle yeme davranışlarında farkındalığın önemine odaklanılmıştır (54, 70).

Bireylerin yeme farkındalıkları alt bileşenleri BKİ değerlerine göre incelendiğinde BKİ yükseldikçe tüm alt bileşenlerin ortalama puanlarının azaldığı saptanmıştır. Ancak postmenopoz grubun BKİ değerleri ile disinhibisyon($r=-0,313$, $p=0,021$), odaklanma($r=-0,353$, $p=0,009$), yeme disiplini($r=-0,495$, $p=0,000$) alt bileşenleri arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo

15). Türkiye’de menopozaal dönemdeki bireylerle yapılmış yeme farkındalığı ile BKİ ilişkisini değerlendiren bir çalışma yoktur. Ancak Köse’nin (73) 2017 yılında 318 yetişkin  niversite öğrencisiyle yapmış olduğu benzer çalışmaya göre;  ğrencilerin BKİ değerleri yükseldikçe duygusal yeme puanları yükselmekte, disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans faktörleri ise düşmektedir. BKİ ile yeme kontrolü arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (73). Smith ve arkadaşları (74) tarafından 2017’de yapılan çalışmada postmenopoz 36 obez kadınlada yeme farkındalığı yöntemi sonucunda 12 ay sonunda BKİ, BKO, CRP ve IL-6 seviyelerinde anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları literatürle uyumludur (73, 74).

Bireylerin fiziksel, ruhsal ve zihinsel alanlarda yaşam kalitelerini saptamak amacıyla uygulanan SF-36 yaşam kalitesi  leği puan ortalamalarını incelendiğinde; premenopoz grubun SF-36 yaşam kalitesi toplam puan ortalaması $65,2 \pm 17,3$, postmenopoz grubun toplam puan ortalaması ise $59,6 \pm 21,1$ olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,140$). Ancak postmenopozal dönemde yaşam kalitesinin premenopozal döneme göre düşüş gösterdiği söylenebilir (Tablo 16). Yapılan birçok çalışmaya göre yaşam kalitesinin postmenopozal kadınlarda, premenopozda olanlardan daha kötü olduğu sonucu bulunmuştur (16). Araştırma sonuçlarına göre bireylerin yaşam kalitelerinin tüm alt gruplar için orta seviyede olduğu söylenebilir. Demiral ve arkadaşlarının (75) 2006 yılında İzmir’de Türkiye popülasyonu geneli için yaşam kalitesi çalışmasında 18 yaş ve üstü 670 yetişkin kadının yaşam kalitesi tüm alt gruplarının puan ortalamaları daha yüksektir. Menopozal dönemdeki yetişkin kadınların genç yetişkin kadınlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca örneklemelerin yaşadıkları şehir ve sosyokültürel seviyelerinin farklı olmasının da puan ortalamalarını etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan postmenopoz ve premenopoz bireylerin enerji ve makro besin değerlerinin günlük diyetle tüketim ortalamalarını incelendiğinde premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama enerji miktarı $1479,5 \pm 428,9$ kkal olup bu değer postmenopozda $1467 \pm 445,5$ kkal olarak belirlenmiştir. Her iki grup da  AD karşılama yüzdesi %77 olup önerilen değerler (%67-133) arasında olmakla birlikte alt alım düzeyine daha yakındır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı

bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,885$)(Tablo 13). Tüccar ve arkadaşlarının çalışmasında premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama enerji miktarı $1781,2 \pm 445,0$ kkal olup, postmenopozda $1728,9 \pm 456,6$ kkal olarak bulunmuştur (47). Güler'in çalışmasında postmenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama enerji miktarı $1891,6 \pm 322,2$ kkal olup bu değer premenopozda $1826,4 \pm 279,6$ kkal olarak bulunmuştur (42). Şanlıer'in çalışmasında premenopozda günlük diyetle tükettikleri ortalama enerji miktarı $1773,2 \pm 98,4$ kkal olup, postmenopozda $1816,2 \pm 82,7$ kkal olarak bulunmuştur (68). Sonuçlara göre çalışmaya katılan bireylerin ortalama enerji alım miktarlarının alt alım düzeyine yakın olmasına rağmen, BKİ ortalamalarının yüksek olmasının nedenleri arasında azalmış metabolik hızları ve çoğunluğunun düzenli fiziksel aktivite yapmaması düşünülebilir.

Sağlığın geliştirilmesi; kişinin bedensel, ruhsal ve zihinsel fonksiyonlarını geliştirmesi ve kendi sağlık denetimini sağlayabilme gücünü kazanması olarak ifade edilmektedir. Walker ve arkadaşları 1987 yılında yeterli ve dengeli beslenen, stres yönetiminde başarılı, düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarını kazanmış, sosyal yönden ilişkileri kuvvetli ve bireysel sağlığının sorumluluğunu alabilen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmış olduklarını ifade etmiştir (75). Menopozal dönemde yaşam kalitesinin kötü etkilendiği bilinen bir gerçektir ve bu dönemde yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki önemli hedeflerden biridir. Bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla öncelikle yaşam kalitelerinin kapsamı ve bununla ilgili faktörler tanımlanmalıdır (24,76).

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, duygusal rol kısıtlamaları, ruhsal sağlık, canlılık, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Premenopoz ve postmenopoz kadınların fiziksel rol kısıtlamaları puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,031$) (Tablo 16). Edirne'de 410 yetişkin kadınla 2007 yılında yapılan çalışmada SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarının ortalama puanları bu araştırma ile uyumludur. Ancak bu araştırmanın sonuçlarının aksine premenopoz grubun SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt gruplarının ortalama puanları peri/postmenopoz grubun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (74).

Çin’de 2010 yılında yapılan, sosyodemografik özellikleri bu araştırmanın örneklemine benzer (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum vb.) 1351 yetişkin kadının menopozal dönemlerine göre yaşam kaliteleri incelendiğinde postmenopoz grubun fiziksel fonksiyon puan ortalamaları premenopoz grubun puan ortalamalarından anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (78). Amerika’da başlangıçta farklı etnik kökenli (Afrikalı Amerikan, İspanyol, Kafkas, Japon) 42-52 yaş arası 3302 kadınla yapılan prospektif kohort araştırmasına göre menopozal dönemlerine göre kadınların yaşam kalitesi incelendiğinde postmenopoz grubun fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı ve canlılık puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (79). Araştırmanın sonuçları literatürle uyumludur (16, 78, 79).

BKİ değerleri ile yaşam kalitesi alt bileşenleri incelendiğinde; her iki grupta da fiziksel fonksiyon ($r=-0,429$; $p=0,002$) ve fiziksel rol kısıtlamaları ($r=-0,454$; $p=0,001$) ve postmenopoz grupta sağlığın genel olarak algılanması ($r=-0,301$; $p=0,027$) alt bileşen puanları ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir farklılık saptanmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre bireylerin BKİ düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları ve sağlığın genel algısı puanları azaldığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Tablo 17). Benzer bir çalışmada bireylerin BKİ sınıflarına göre SF-36 yaşam kalitesi bileşenlerini karşılaştırıldığında duygusal rol kısıtlılıkları, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, canlılık alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Normal kilolu olanların duygusal rol kısıtlılık alt ölçek ortalamaları, obezlerden ve morbid obezlerden daha düşük bulunmuştur. Morbid obezlerin genel sağlık algısı alt ölçeği ortalamaları ise obezlerden daha yüksek bulunmuştur. Sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalamaları açısından obez olan grup normal ve morbid obezlerden daha yüksek bulunmuştur. Morbid obezlerin canlılık alt ölçeği ortalamaları ise hem obezlerden hem de normal kilolu gruptan daha yüksek bulunmuştur (77).

Araştırmaya katılan tüm kadınların ($n=104$) yeme farkındalığı ve yaşam kalitesi toplam puanının menopoz yaşı, BKİ, bel çevresi, günlük diyetle alınan enerji ve karbonhidrat miktarı ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların menopoza girme yaşı arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği saptanmıştır. Menopoza erken girenlerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir($r= 0,316$; $p=0,02$) (Tablo 19). Gambacciani

ve arkadaşlarının İtalya’da yapmış oldukları çalışmanın sonucuna göre de menopoza erken giren kadınlarda menopoz semptomlarına bağlı olarak yaşam kalitesi azalmaktadır (79).

Bireylerin günlük enerji ($r = -0,325$; $p=0,001$) ve karbonhidrat ($r=-0,325$; $p=0,000$) alım düzeyleri ile yeme farkındalıkları arasında negatif yönde ve anlamlılık düzeyi yüksek bir ilişki saptanmıştır (Tablo 19). Yeme farkındalığı puanları yüksek olanların günlük enerji ve karbonhidrat alımının daha az olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Beshara ve ark. 2013 yılında yapmış oldukları bir vaka – kontrol çalışmasında, yeme farkındalığı eğitimi almış vaka grubunun kontrol grubuna göre enerji yoğunluğu daha düşük ve daha küçük porsiyonlarda besin tüketimi tercih ettikleri saptanmıştır (84). Mason ve arkadaşlarının yaptıkları bir başka çalışmada obez bireylerin şeker tüketimi ve plazma glukoz seviyelerini azaltmak amacıyla 12 ay boyunca yeme farkındalığı eğitimi almış vaka grubu ve standart diyet ve egzersiz eğitimi almış kontrol grubunun sonuçlarını değerlendirdiklerinde her iki grupta da BKİ seviyeleri ve şeker tüketimlerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Ancak kontrol grubunun şeker tüketiminin 6.aydan 12.aya kadar başlangıca göre arttığı ve 12.ayın sonundaki açlık glukoz seviyelerinde de artış meydana geldiği gözlemlenmiştir (83).

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ve bel çevreleri ölçümleri ile YFÖ-30 ve SF-36 yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda; BKİ değerleri ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r=-0,276$; $p=0,005$). Benzer şekilde bel çevresi ile yeme farkındalığı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($r = -0,212$; $p=0,031$)(Tablo 19). Yeme farkındalığı arttıkça olan bireylerin bel çevresi ölçümlerinin azalabileceği söylenebilir. Anglin’in 2012 yılında toplamda 16 kişiyle ve 6 hafta boyunca yapmış olduğu vaka($n=8$)–kontrol($n=8$) çalışmasının sonuçlarına göre sezgisel yeme(dikkatli yeme) ilkeleri ve fiziksel aktivite uygulayan vaka grubu ile enerji kısıtlı diyet ve fiziksel aktivite uygulayan kontrol grubunun ağırlık kaybı karşılaştırıldığında kontrol grubunun ağırlık kaybının sezgisel yeme grubuna göre daha fazla olduğu, sezgisel yeme grubunun 3-6. haftalar arasındaki BKİ değerlerinin kontrol grubuna göre arttığının ancak bel çevresi ölçümlerinin buna rağmen düşüş gösterdiği saptanmıştır (84). Mason’un çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (81). Yeme farkındalığı ölçeği, yeme

bozukluklarının ölçüm aracı olan yeme tutum testi (YTT) ile negatif korelasyon göstermiştir. Yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin yeme bozuklukları riskinin daha düşük olduğu söylenebilir. Kaya ve arkadaşlarının 2016 yılında obez bireylerde yeme tutumu ve BKİ düzeylerinin ilişkisini araştırdıkları çalışmasında YTT puan ortalamaları ile BKİ düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (85). Bireylerin yeme davranış bozuklukları arttıkça BKİ seviyeleri de yükselmektedir. Buna göre yeme farkındalığının azalması BKİ değerlerinin, dolayısıyla ağırlık artışının bir etkeni olduğu söylenebilir.

Farkına vararak yeme uygulamasının ağırlık kaybını uzun vadede arttırmasa da bel çevresinde küçültme sağladığı düşünülmektedir. Bunun sebebi yeme farkındalığı meditasyonu uygulayan bireylerin herhangi bir enerji kısıtlı diyet programı uygulamadan açlık-tokluk siyallerine göre besin tüketimi ve özellikle basit şeker tüketimindeki azalma olabileceği düşünülmüştür. Yeme farkındalığının ağırlık kaybı üzerine etkilerinin belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

BKİ değerleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($r=-0,334$; $p=0,001$)(Tablo 18). Benzer şekilde bel çevresi değerleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($r=-0,277$; $p=0,004$)(Tablo 19). Şahin'in çalışmasında da benzer şekilde BKİ ile yaşam kalitesi göstergelerinin ilişkili olduğu ve BKİ arttıkça hem fiziksel hem de mental yaşam kalitesi alt gruplarının puan ortalamalarının düşüş gösterdiği sonucu bulunmuştur. Yapılan birçok çalışma bunlardan elde edilen meta-analiz çalışmaları bireylerin BKİ ve bel çevresi değerleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü, bu düşüşün ise fiziksel bileşenlerde daha belirgin olduğunu göstermiştir. Bireylerin yaşam kalitelerindeki bu düşüşte BKİ değerleri ve bel çevresi değerleri arttıkça kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kemik-eklem-kas rahatsızlıkları, depresyon riskinin artmasının etkili olduğu belirtilmiştir (86).

Bireylerin yeme farkındalıkları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; yeme farkındalığı ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($r = 0,085$; $p>0,05$) (Tablo 18). Direkt olarak yeme farkındalığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma yoktur. Ancak bu araştırmanın sonuçlarında yeme farkındalığı puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, yeme

farkındalığı düşük olan bireylerin BKİ düzeyleri daha yüksek olması nedeniyle yaşam kalitesini de etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılmaya ihtiyaç vardır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlığında, kadının doğumundan ölümüne kadar geçen süredeki sağlık durumu ve başta beslenme olmak üzere çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Kadınların menopoza girmeden önce ve sonra yaşadıkları semptomlar, KVH, diyabet, depresyon ve osteoporoz vb. hastalıklar ve ağırlık denetimini sağlayamama gibi sorunlara bağlı olarak yaşam kaliteleri bu süreçten oldukça olumsuz etkilenmektedir.

Araştırmada; kadınların premenopoz ve postmenopoz dönemdeki menopoş şikayetleri, bir veya birden fazla kronik hastalık varlığı, sosyodemografik özellikleri benzerdir ve diğer araştırmalarla da uyumludur. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; hem premenopoz hem de postmenopoz grubun enerji ve makro besin ögesi alımlarının önerilen alım düzeyi ile karşılaştırıldığında yeterli düzeyde, çoklu doymamış yağ asitleri tüketiminin önerilen düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur. Çoklu doymamış yağ asitlerinin bu dönemde yeterli alımı ve doymuş yağlardan gelen enerjinin azaltılması kalp sağlığının korunmasında oldukça önemlidir. Mikro besin öğelerinden kalsiyum, çinko, piridoksin alım düzeyleri ise yetersizdir. Menopozal dönemde kas-kemik kitlesini korumak ve kalsiyumun yetersizliğine bağlı yağlanma artışını azaltmak için kalsiyum kaynaklarını yeterli düzeyde almak önemlidir. Bireylerin menopozal süreçte kalsiyum kaynağı olan süt ve süt ürünlerini, koyu yeşil yapraklı sebzeleri, pekmez ve kuruyemişleri yeterli tüketmeleri konusunda önerilerde bulunulmalıdır. Ayrıca bireylerin sodyum alım düzeyleri önerilen değerlerin üzerindedir. Menopozal dönemde hipertansiyon riski yüksek olduğundan bireylerin tuz tüketimini azaltmaları önerilebilir.

Sıklığı tüm dünyada her gün artış göstermekte olan obezite; diabetes mellitus, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, safra kesesi hastalığı ve belirli karsinom türleri riski taşıyan kronik bir hastalıktır. Menopozal dönemde hormonal değişimler ve ilerlemiş yaşı etkisine bağlı olarak metabolik hız azalmakta ve yağ artışı gözlenmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerleri, bel çevresi ve BKO ölçümleri yüksek bulunmuştur. Postmenopoz grubun BKİ değerleri premenopoza kıyasla anlamlı derecede yüksektir.

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalığı orta düzeydedir. Premenopoz ve postmenopoz grupta benzerdir ($p > 0,05$). Yeme farkındalığı ölçeğinin farkındalık alt grubunun postmenopoz grupta anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Postmenopozda bireylerin farkındalıklarının daha yüksek olmasının bir nedeni de menopoza girdikten sonraki hormonal değişimlere bağlı olarak daha kolay ağırlık artışı ve kronik rahatsızlıkların artması nedeniyle sağlıklı beslenmeye olan ilgilerinin artması olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin BKİ değerleri yükseldikçe yeme farkındalığının tüm alt bileşenlerinin puanları azalmaktadır ancak disinhibisyon, yeme disiplini, odaklanma alt bileşenlerinin puanları ile BKİ değeri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Yeme farkındalığı eğitiminin enerji kısıtlı diyet ve egzersiz kilo yönetimi programlarına dahil edilmesi, obez yetişkinlerde ağırlık kaybına ve ağırlığın uzun süreli korunmasını desteklemeye yardımcı olacaktır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi orta düzeyde ve premenopoz ve postmenopoz grupta benzerdir. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin BKİ düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ruhsal sağlık, ağrı ve sağlığın genel algısı puanları azaldığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcutken; yeme farkındalığı obeziteyi önlemeye yardımcı olma potansiyeli yeni keşfedilmiş ve popülerliği artan bir yöntem olmakla birlikte bu konuda yapılan çalışmalar çok sınırlıdır. Özellikle yeme davranışının ve dolayısıyla ağırlık denetiminin yaşam kalitesine etkisinin hangi ölçüde olduğunu araştırarak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Menopoz dönemindeki kadınların yeme farkındalıklarını arttırarak menopoz semptomlarını ve kronik hastalık risklerini en aza indirmek ve obeziteyi önleyerek yaşam kalitelerini arttırmak mümkün olabilir. Hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapistin oluşturduğu multidisipliner bir ekip birliği içinde çalışan menopoz polikliniklerinin çoğaltılması, kadınların bu kliniklere başvurmaları konusunda desteklenmelerinin kadın sağlığının geliştirilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- 1.Çukurovalı Soykurt S. “ 20-45 yaş arası kadınlarda menstrüal siklusun her üç döneminde (menstrüal dönem öncesi, menstrüal dönem ve menstrüal dönem sonrası) beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi” . Başkent Üniversitesi , Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ; 2016.
- 2.Sağnak B. “Malatya’da özel bir kliniğe başvuran menopoza girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi”.Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
- 3.Özcan H, Oskay Ü. “Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar” , *Göztepe Tıp Dergisi*, 2013, 28(4): 157-163.
- 4.Sherman S. “Defining the menopausal transition” , Clinical Aging and Reproductive Hormone Research Program, *The American Journal of Medicine*, 2005, 118(12): 3-7.
- 5.Koyuncu T , Ünsal A , Arslantaş D. “ Menopoz tutum değerlendirme ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Eskişehir-Mahmudiye’de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma” , *TAF Prev Med Bull* , 2015 , 14(6); 448- 452.
- 6.Rakıcıoğlu N. *Menopozda Beslenme*, 2. Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara, 2012.
7. Ertem G. “Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi” , *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010 , 7(1) ; 469-483.
8. Fakılı FE . “Menopoza girmiş kadınların beslenme durumları ile fiziksel aktivite ve beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi” . Başkent Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
- 9.Özkan N, Bilici S . “Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı” , *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2018 , 3(2); 16-24.
- 10.Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. “Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi” . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2014 , 3(4);1095-1113.
11. World Health Organization (WHO). Research on the Menopause in the 1990s , 1996.

Erişim

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41841/WHO_TRS_866.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Erişim tarihi : 05/02/2019

12. Abay H, Kaplan S. “Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?” , *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2015(1-2-3); 1-23.
13. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, Vesco K, Walker M, Bougatsos C, Nygren P. “Management of menopause-related symptoms” , Evidence Report/Technology Assessment No. 120 , *Agency for Healthcare Research and Quality* , 2015.
14. Tunç N . “*Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi*” , Cumhuriyet Üniversitesi ,Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014 .
15. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. “Trakya üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi” , Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2006, 3(4); 281-287.
16. Vural Irmak P, Yangın Balcı H. “Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması” , *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(3); 7-15.
17. Çelik Sis A, Pasinlioğlu T. “Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2013, (2014); 16–29.
18. Görgel EB, Çakıroğlu F. *Menopozda Kadın*, Ankara Üniversitesi Basımevi , Ankara, 2007.
19. Whitcomb BW, Purdue Smithe AC, Szegda KL, Boutot ME, Hankinson SE, Manson JE, Rosner B, Willett WC, Eliassen AH, Bertone Johnson ER . “Cigarette smoking and risk of early natural menopause” , *Am J Epidemiol*, 2018, 187(4); 696–704.
20. Uzun R. “*Cerrahi menopozun kadınlara etkisinin incelenmesi*” , Pamukkale Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.
21. Krajewska Ferishah K, Krajewska Kulak E, Terlikowski S, Wictor H. “Analyses of quality of life woman in menopause period in Poland” , *Prog Health Sci*, 2011, 1(2); 52-58.
22. Oğurlu N. “*Kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi*” . Adnan Menderes Üniversitesi, Doğum - Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.

23. Thurston RC, Joffe H . “Vasomotor symptoms and menopause: Findings from the study of women’s health across the nation” , *Obstet Gynecol Clin North Am* , 2011 , 38(3); 489–501.
24. Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, Kunutsor S, Chowdhury S, Chowdhury R, et al. “Association of vasomotor and other menopausal symptoms with risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis” . *Plos One* , 2016 , 11(6); 1-15 .
25. Şahingöz M. “Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoiz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenler” . Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2008.
26. Kuh DL, Wadsworth M, Hardy R. “Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life” , *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 104; 923-33.
27. Özer Ü, Gözükar F. “Şanlıurfa’da kadınların menopoizla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi” , *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016; 16–26.
28. Gündüzoğlu Çıray N. “Obezilere özgü yaşam kalitesi ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi” . Ege Üniversitesi, İç hastalıkları hemşireliği anabilim dalı yüksek lisans tezi; 2008.
29. Can Z, Şahin S . “Kadın sağlığında obezite” , *Journal of Human Rhythm* , 2018 , 4(2); 98-103.
30. Karakoş Kumsar A , Pakyüz Çınar S . “ Kadında metabolik sendromun önemi” , *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* , 2014 , 5(8); 48-55.
31. Ural D , Kılıçkap M , Göksülük H , Karaaslan D , Kayıkçıoğlu M , Özer N , Barçın C, Yılmaz Mb , Abacı A , Şengül Ş , Arınsoy T , Erdem Y , Sanisoğlu Y , Şahin M , Tokgözoğlu L . “Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu” , *Türk Kardiyol Dern Ars* , 2018, 46(7); 577-590.
32. Garnet LA , Marian LN . “Obesity and the risk for premenopausal and postmenopausal breast cancer”, *Cancer Prev Res* , 2012 , 5(4); 515–521.
33. Lahmann PH , Cust AE , Friedenreich CM , Schulz M , Lukanova A, Kaaks R, Lundin E , Tjonneland A, Halkjar J, Severinsen Tang M , Overvad K , Fournier A et al.

“Anthropometric measures and epithelial ovarian cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition” , *Int. J. Cancer* , 2010 , 126;2404–2415.

34. WHO . “Waist circumference and waist–hip ratio” , 2011.

Erişim:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf;jsessionid=11B0615BA59A36BBA5484DBA799F1FDE?sequence=1

Erişim tarihi: 29/04/2019

35. Moreau KL , Hildreth KL , Meditz AL , Deane KD ,Kohrt WM . “Endothelial function is impaired across the stages of the menopause transition in healthy women” , *J Clin Endocrinol Metab* , 2012 , 97(12); 4692–4700 .

36. İntepe İH . “*Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda depresyon prevalansı ve risk faktörleri*”. Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi; 2007.

37. Song Y , Wang ES , Xing L , Shi S , Qu F, Zhang D , Li J , Shu J , Meng Y, Sheng JZ , Zhou JH , Huang HF . “Follicle-stimulating hormone induces postmenopausal dyslipidemia through inhibiting hepatic cholesterol metabolism” , *J Clin Endocrinol Metab*, 2016, 101(1); 254–263.

38. Özdemir F, Demir Yazıcı Ş , Demirbağ Kabayel D, Süt N . “Factors affecting the age of admission of postmenopausal women to an osteoporosis outpatient clinic” , *Türk J Rheumatol* , 2010 , 25; 72-76 .

39. Tüccar GT ,Bakırarar B , Köksal E . “Pre ve postmenopozal kadınlarda besin tüketim durumu frax® kırık riski ile ilişkili midir?” , *Bes Diy Dergisi* , 2017 , 45(2):116-127.

40. Jung SJ , Shin A , Kang D . “Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: results from KNHANES(2010–2012)” , *Journal of Affective Disorders*, 2015 , 175; 176–183 .

41. Bezircioğlu İ , Gülseren L , Öñiz A , Kındıroğlu N . “Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi” , *Türk Psikiyatri Dergisi* , 2004 , 15(3); 199-207.

42. Güler M . “ *Premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların beslenmeye bağlı kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi*” . Başkent Üniversitesi , Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ; 2015.

43. EFSA NDA Panel (EFSA NDA panel on dietetic products , nutrition and allergies), “Scientific opinion on dietary reference values for protein” , *EFSA Journal* , 2012 , 10(2) ; 2557 – 66 .
44. Pekcan G , Şanlıer N , Baş M . *Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015*. T.C. Sağlık Bakanlığı yayını ,1031, Ankara , 2016.
45. Baysal A . *Beslenme* , Hatiboğlu Yayıncılık , 14.baskı , Ankara , 2012 .
46. Calderon Garcia JF, Moran JM, Roncero Martin R , Sanchez PR , Rodriguez Velasco FJ , Pedrera Zamorano JD. “ Dietary habits, nutrients and bone mass in spanish premenopausal women: the contribution of fish to better bone health”, *Nutrients*, 2013, 5; 10-22.
47. Krayenbuehl PA, Battegay E , Breymann C, Furrer J , Schulthess G . “Intravenous iron for the treatment of fatigue in non-anemic, premenopausal women with low serum ferritin concentration” , *American Society of Hematology* , 2011 .
48. Oliveria CA , Bezerra FL . *Menopause : Management, complications, and social perceptions* . Nova Biomedical , New York , 2012.
49. Şen E , Sevil Ü . “Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* , 2008 , 62(16); 136 – 142 .
50. Özer Ö , Konuklugil B . “Fitoöstrojenler ve menopozdaki etkileri” , *Ankara Ecz. Fak. Derg* , 2007 , 36 (3); 199 – 222.
51. Kleijn MJJ, Schouw YT , Wilson PWF , Adlercreutz H , Mazur W , Grobbee DE , Jacques PF . “Intake of dietary phytoestrogens is low in postmenopausal women in the united states: the framingham study” , *J. Nutr.* , 2001 , 131: 1826–1832 .
52. İnanc N , Tuna Ş . “Fitoöstrojenler ve sağlıktaki etkileri” , *Erciyes Üniv Vet Fak Derg* , 2005 , 2(2); 91-95 .
53. Kabat-Zinn J . “Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future” , *Clin Psychol Sci Prac* , 2003, 10: 144–156.
54. Köse G, Tayfur M, Birincioglu İ, Dönmez A. “Adaptation study of the mindful eating questionnaire (meq) into turkish”, *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2016, 5(3); 125-134.
55. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, Meier BP. “Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior” , *Personality and Individual Differences*, 2014, 68(1); 107-111.

56. Eker E. “Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi”. Trakya Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.
57. Kharbouch SB, Şahin NH. “Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 2007, 15(59); 82- 90 .
58. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. “ Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi” , *Cumhuriyet Tıp Derg*, 2009, 31: 15-21.
59. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. “Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 2007, 21 (5); 187 – 193 .
60. Alphan E. *Hastalıklarda tıbbi beslenme tedavisi*, Hatiboğlu Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2013.
61. Pekcan G. *Beslenme durumunun saptanması*, 1. Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, 726, Ankara, 2008.
62. Rakıcıoğlu N, Samur G , Başoğlu S . *Diyetisyenler için hasta izlem rehberi/ Ağırılık yönetimi el kitabı*, TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 1081, Ankara, 2017.
63. Dietary Reference Intakes (DRIs): Estimated Average Requirements , 2004. Erişim: (<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRI-Tables/5Summary%20TableTables%2014.pdf?la=en>)
- Erişim tarihi: 29/04/2019
64. World Health Organization (WHO). BMI classification , 2007.
- Erişim: (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf;jsessionid=11B0615BA59A36BBA5484DBA799F1FDE?sequence=1)
- Erişim tarihi: 29/04/2019
65. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. “Development and validation of the mindful eating questionnaire”, *Journal Of The American Dietetic Association*, 2009, 8(109); 1439-44.
66. Ware JE, Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet O, Bullinger M, Bungay K, Fukuhara S, Keller S, Razavi D, Sanson-Fisher FL, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Wagner A. “International quality of life assessment(IQOLA) Project”, *Quality Of Life Research*, 1992, 1(1); 349-51.

67. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG . “Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi” , *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005, 25:663-668.
68. Seidelin K, Nyberg M, Piil P, Jørgensen NR, Hellsten Y, Bangsbo J. “Adaptations with intermittent exercise training in post- and pre-menopausal women”, *Med Sci Sports Exerc.* , 2017, 49(1); 96-105.
69. Şanlıer N . “Premenopoz ve postmenopoz dönemindeki kadınlarda fiziksel aktivite düzeyi, beslenme durumu ve vücut bileşiminin kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi”, *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD)*,2001 , 6(4); 3-18.
70. Yanikkerem E . “Obezitenin kadın sağlığına etkileri” , *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2017, 3(1);37-43.
71. Warren JM , Smith N , Ashwell M . “A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms” , *Nutrition Research Reviews* ,2017, 30: 272–283.
72. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. “Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review” , *Obesity Reviews* 2014, 15: 453–461.
73. Köse G. “Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığının üzerine bir araştırma”, *Başkent Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Doktora Tezi*; 2017.
74. Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Colleran K , Erickson K . “A preliminary randomized controlled trial of a mindful eating intervention for post-menopausal obese women”, *Mindfulness*, 2018, 9: 836–849.
75. Demiral Y, Ergör G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kivırcık B, Alptekin K. “Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population” , *BMC Public Health*, 2006, 6: 247-255.
76. Pehlivan Z, Ada EN, Öztaş G. “Ev kadınlarının sosyal görünüş kaygıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *Spor Bilimleri Dergisi*, 2017, 28 (1); 11–23.
77. Yurdakul M , Eker A , Kaya D . “Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.* , 2007 , 21 (5); 187 – 193 .
78. Aydemir Hİ. “ Edirne il merkezindeki 40–59 yaş arası kadınların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi”. *Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*; 2007.

79. Liu K, He L, Tang X, Wang J, Li N, Wu Y, Marshall R, Li J, Zhang Z, Liu J, Xu H, Yu L, Hu Y. "Relationship between menopause and health-related quality of life in middle-aged Chinese women: A cross-sectional study", *BMC Women's Health*, 2014, 14(7); 2-9.
80. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. "Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause*. 2009, 16(5); 860–869.
81. Timmerman GM, Brown A. "The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women", *J Nutr Educ Behav.*, 2012, 44(1) ; 22-28.
82. Monica B, Hutchinson AD, Wilson C. "Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults", *Appetite*, 2013, 67 (1);25–29.
83. Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran, Dallman, Lustig RH, Acree M, Bacchetti P, Laraia BA, Hecht FM, Daubenmier J. "Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: Data from the SHINE randomized controlled trial", *J Behav Med*, 2016, 39(2); 201–213.
84. Anglin JC. "Assessing the effectiveness of intuitive eating for weight loss – pilot study", *Nutrition and Health*, 2012, 21(2); 107-115.
85. Kaya A, Yılmaz A, Demirhan Bİ . "Obez hastalarda yeme tutumu ile vücut kitle endeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi", *Euras J Fam Med*, 2016, 5(3); 117-9.
86. Şahin MA. "Yetişkin bireylerde diyet kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" , Hacettepe Üniversitesi, Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

Ek-1: Etik Kurul İzni

OKAN ÜNİVERSİTESİ

Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 09.01.2019

Toplantı Sayısı: 102

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

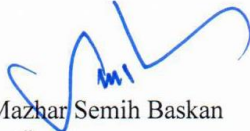
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 09.01.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 13. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme ve Diyetetik bölümünden **Büşra KİTAL**'ın **"Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Yeme Farkındalığı, Yaşam Kalitesi ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



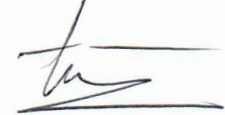
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

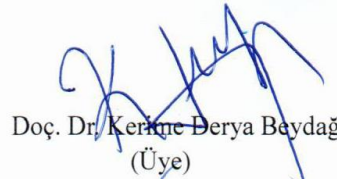


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)

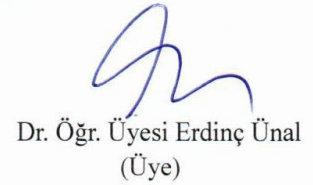


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye) (Katılmadı)



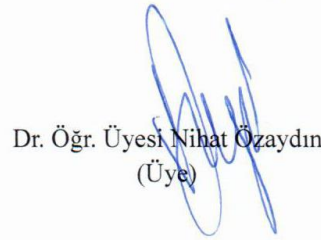
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

Ek-2: Kurum İzni

10.12.18

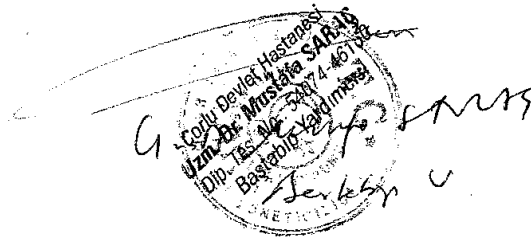
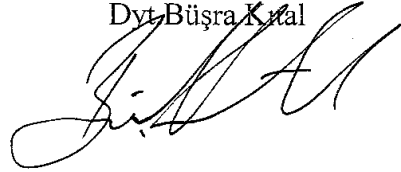
KAPAKLI İLÇE DEVLET HASTANESİ İDARİ SORUMLULUĞUNA

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. “Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Yeme Farkındalığı, Yaşam Kalitesi ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi “ adlı yüksek lisans tezim için Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran kişiler üzerinde anket yapmak ve antropometrik ölçümlerini kayıt altına almak istemekteyim.

Çalışma boyunca kişisel bilgi mahremiyetine özellikle dikkat edilecektir.

Üniversite Sağlık Bilimleri Anabilim Dalına çalışmamın yapılacağı kurumun onayının bildirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda hastanenizin Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran hastalarımız üzerinde çalışma yapabilmek için müsaadenizi ve gereğini arz ederim.

Dyt. Büşra Kural



Ek-3: Gönüllü Onam Formu

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Dr.Öğr.Üyesi Hande ÖNGÜN YILMAZ danışmanlığında İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Büşra KITAL tarafından yürütülen “**Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Yeme Farkındalığı, Yaşam Kalitesi ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kişilerin yaşam kalitelerinin ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen **30 dakika** kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir . Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya busrakital@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Büşra KITAL

İletişim Bilgileri: busrakital@gmail.com

İmza:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İletişim Bilgileri:

İmza:

Ek-4: Anket Formu

PREMENOPOZ VE POSTMENOPOZ DÖNEMDEKİ KADINLARIN YEME FARKINDALIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE BESLENME ALİŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, “Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Yeme Farkındalığı, Yaşam Kalitesi ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi ” amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılım zorunlu değildir. Bu ankete vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçla kullanılacak olup başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Verileriniz toplanırken ad ve soyadınız kaydedilmeyecektir. İstedığınız aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket tarihi : .../...../.....

Anket no :.....

BÖLÜM 1: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Ad - Soyad:

1) Yaşınız ?

2) Eğitim Durumunuz :

- a) Okur- yazar değil ()
- b) Okur-yazar ()
- c) İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu ()
- d) Ortaöğretim (lise) mezunu ()
- e) Ön lisans mezunu ()
- f) Lisans mezunu ()
- g) Lisansüstü (yüksek lisans / doktora / uzmanlık) ()

3) Medeni Haliniz:

- a) Bekar () b) Evli () c) Dul/ Boşanmış ()

4) Mesleğiniz:

- a) Ev hanımı () b) İşçi () c) Esnaf ()
d) Memur () e) Emekli () d) Serbest meslek ()
e) Diğer

5. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz ?

- a) Gelirim giderimden az () b) Gelirim giderime eşit ()
c) Gelirim giderimden fazla ()

BÖLÜM 2: YAŞAM TARZI ALIŞKANLIKLARI VE GENEL SAĞLIK DURUMU

6. Sigara kullanıyor musunuz? (cevabınız HAYIR ise 8.soruya geçebilirsiniz.)

- a) Evet () b) Hayır ()

7. Cevabınız EVET ise kaç yıldır sigara içiyorsunuz ?

8. Alkol kullanıyor musunuz ? (cevabınız HAYIR ise 10.soruya geçebilirsiniz.)

- a) Evet () b) Hayır ()

9. Cevabınız EVET ise ne sıklıkta alkol kullanırsınız ?

- a) Her gün () b) Haftada 3-4 kez () c) Haftada 1-2 kez ()
d) Ayda 1-2 kez () e) Ayda 1'den az

10. Tanısı konmuş bir veya birden fazla sağlık sorununuz var mı? (cevabınız HAYIR ise 12.soruya geçebilirsiniz.)

a) Evet () b) Hayır ()

11. Evet ise tanısı konmuş sağlık sorunlarınız nelerdir ? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

a)Şeker hastalığı() b) Kalp damar hastalığı() c) Tansiyon()
d)Böbrek hastalığı () e) Tiroid problemleri() f) Kansızlık ()
g) Osteoporoz () h) Depresyon () i)Diğer (.....)

12. Menarş(ilk adet görme) yaşıınız :

13. Menopoz yaşıınız (Premenopoz dönemdeyseniz cevaplamayınız.) :

14. Annenizin menopoz yaşı :

15. Menopoz döneminde aşağıdaki semptomlardan hangisi veya hangilerini yaşıyorsunuz veya yaşadınız ? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

a) Sıcak basması () b) Uykusuzluk () c) Gece terlemesi ()
d) Sinirlilik () e) Halsizlik/yorgunluk () f)Çarpıntı ()
g) Diğer

BÖLÜM 3: GENEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI

16. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

a) Ana öğün b)Ara öğün

22.Akşam yemeklerinizde genellikle ne tür besinler tüketirsiniz?

- a)Ev yemekleri ()
- b)Hazır gıdalar (cips, kraker, bisküvi, şekerleme, çikolata vb.)()
- c)Fast – food yiyecekler (hamburger, sandviç, tost vb.)()
- d)Diğer

23. Evinizde en sık hangi gıdalar pişirilir?

- a) Tahıl grupları (mercimek, nohut, fasulye vb) ()
- b) Et ve et grupları (tavuk, balık, kırmızı et vb) ()
- c) Hamur işleri (makarna , pilav, tatlı) ()
- d) Sebze yemekleri (pırasa, ıspanak, patates, biber vb) ()

24. Yemeklerinizi pişirirken katı yağ (tereyağ , margarin , iç yağ vb.) kullanır mısınız ?

- a) Evet () b) Hayır ()

25. Yemeklerinizi pişirirken en sık kullandığınız yöntem hangisidir?

- a) Fırında() b) Yağda Kavurma() c) Kızartma() d) Haşlama()

26. Abur cubur (kek, bisküvi, kola, cips vb.) tüketiminiz ne sıklıktadır ?

- a) Her gün () b) Haftada 3-4 gün () c) Haftada 1-2 gün ()
- d) 2 haftada bir gün () d) Ayda 1-2 gün () d) Hiç

27.Hamur işleri(kek, börek , simit, poğaç, pirinç pilavı makarna vb.) tüketiminiz ne sıklıktadır ?

- a) Her gün () b) Haftada 3-4 gün () c) Haftada 1-2 gün ()
d) 2 haftada bir gün () d) Ayda 1-2 gün () d) Hiç

28. En sık tükettiğiniz ekmek çeşidi hangisidir?

- a) Beyaz ekmek () b) Tam buğday ekmeği () c) Kepekli ekmek ()
d) Köy ekmeği () d) Çavdar ekmeği () d)
Diğer.....

29. Günde kaç litre su tüketirsiniz ? (1 litre su ortalama 5 bardaktır.)

30. Hazır/paketli gıda satın alırken ürünün etiketini okur musunuz ?

- a) Evet () b) Hayır ()

31. Şekerli/gazlı içecek (kola, gazoz vb.) tüketiminiz ne sıklıktadır ?

- a) Her gün () b) Haftada 3-4 gün () c) Haftada 1-2 gün ()
d) 2 haftada bir gün () d) Ayda 1-2 gün () d) Hiç

32. Çayınızı/ kahvenizi şekerli mi içersiniz ?

- a) Evet () b) Hayır ()

BÖLÜM 4: FİZİKSEL AKTİVİTE ALIŞKANLIKLARI

33. Düzenli fiziksel aktivite (her gün en az 30 dk veya haftada en az 150 dk spor aktivitesi, egzersiz vb.) yapar mısınız ? (Cevabınız HAYIR ise 35. Soruya geçebilirsiniz.)

- a) Evet () b) Hayır ()

34. Cevabınız EVET ise ne tür fiziksel aktivite yaparsınız ?

- a) Yürüyüş/Koşu () b) Pilates/Zumba () c) Yoga ()
- d) Bisiklet sürmek () d) Voleybol/Basketbol () d) Diğer

35.Cevabınız HAYIR ise düzenli fiziksel aktivite yapmama sebebiniz nedir ?

- a) Zaman yetersizliği () b) Maddi yetersizlik ()
- c) Alışkanlık olmadığı için () d) Yetersiz fiziksel aktivite alanı ()
- e) Diğer

36. Günlük ortalama kaç saat uyursunuz? saat/gün

37. Gün içerisinde bilgisayar, telefon veya televizyon başında kaç saat vakit geçirirsiniz? saat/gün

BÖLÜM 5 :ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

38. Boy (cm) :

39. Ağırlık (kg) :

40. BKİ (kg / m²) :

41. Bel çevresi (cm) :

42. Kalça çevresi (cm):

43. Bel/ kalça oranı :

BÖLÜM 6: 3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİMİ KAYDI**1.GÜN :**

ÖĞÜNLER	BESİN/YİYECEK VE İÇECEK ADI	İÇİNDEKİLER	ÖLÇÜ(PORS İYON,TABA K,KAŞIK VB.)	NET MİKTAR (GRAM)
SABAHA				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

2.GÜN:

ÖĞÜNLER	BESİN/YİYECEK VE İÇECEK ADI	İÇİNDEKİLER	ÖLÇÜ(PORS İYON,TABA K,KAŞIK VB.)	NET MİKTAR (GRAM)
SABAHA				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

3.GÜN :

ÖĞÜNLER	BESİN/YİYECEK VE İÇECEK ADI	İÇİNDEKİLER	ÖLÇÜ(PORS İYON,TABA K,KAŞIK VB.)	NET MİKTAR (GRAM)
SABAHA				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

BÖLÜM 7: YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ- 30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemededen yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

BÖLÜM 8 : SF-36 YAŞAM KALİTESİ FORMU

1.Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a.Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b.Orta aktiviteler , bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek , bowling, golf	1	2	3
c.Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d.Pek çok katı çıkmak	1	2	3

e.Tek katı çıkmak	1	2	3
f.Çömelmek,diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g.1 km'den fazla yürüyebilmek	1	2	3
h.Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i.Bir mahalleden(sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j.Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3

Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesine yuvarlak içine alınız

	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b.Çok sinirli bir kişi misiniz ?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz ?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e.Çok enerjiniz var mı ?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

g.Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu bir insan mıydınız ?	1	2	3	4	5	6
i.Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
a.Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum.					
b.Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.					
c.Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum.					
d.Sağlığım mükemmel.					

Ek-5: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı:	Büşra	Soyadı:	Kıtal
Doğum Yeri:	Samsun	Doğum Tarihi:	30.09.1992
Uyruğu:	T.C.	Tel:	05464902627
Email:	busrakital@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans:	Marmara üniversitesi	2015
Lise:	Sinop Anadolu öğretmen lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Diyetisyen	Tekirdağ Kapaklı Devlet Hastanesi	2017- halen
Diyetisyen	Ahenk Güzellik Merkezi Çarşamba/ Samsun	2015-2016