



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI  
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MENOPOZ DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN BESLENME  
DURUMLARININ VE BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Esmanur SAVAŞ GÜNEŞ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ**

**İSTANBUL  
Ocak 2023**



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI  
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MENOPOZ DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN BESLENME  
DURUMLARININ VE BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Esmanur SAVAŞ GÜNEŞ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ**

**İSTANBUL  
Ocak 2023**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Besleme ve Diyetetik Anabilim/Anasanat Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi  
Esra SAĞAR GÜNEŞ tarafından hazırlanan "Besleme ve Diyetetikte... Besleme... Diyetetik..."  
konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. *Bilimsel Ürün Kültürü ile Değerlendirilmesi*

Tez Savunma Tarihi: 19.01/2023

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILMAZ MALİS  
(Tez Danışmanın Ünvanı, Adı, Soyadı)  
(Bağlı Olduğu Kurum)  
Halic Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Cayda OKUNU  
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı)  
(Bağlı Olduğu Kurum)  
Halic Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Hatice Kübra AKIŞ  
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı)  
(Bağlı Olduğu Kurum)  
Antalya Bilim Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürünün Ünvanı, Adı, Soyadı)  
Müdür

# MENOPOZ DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN BESLENME DURUMLARI VE BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

## ORJİNALLIK RAPORU

% <b>13</b>	% <b>12</b>	% <b>4</b>	% <b>5</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	<a href="http://i-rep.emu.edu.tr:8080">i-rep.emu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://dspace.ankara.edu.tr">dspace.ankara.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://adudspace.adu.edu.tr:8080">adudspace.adu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://tgd.org.tr">tgd.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Yildirim Beyazıt Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>

## **TEZ ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Menopoz Döneminde Olan Kadınların Beslenme Durumları ve Bitkisel Ürünleri Kullanımlarının Saptanması’ başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üy. Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ’in sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Esmenur SAVAŞ GÜNEŞ

## ÖNSÖZ

Çalışmamama devam ettiğim süre boyunca tez danışmanlığımı yürüterek, her aşamada bana yol gösteren, her türlü bilimsel desteğini, bilgi ve tecrübesini, zamanını, sabrını ve anlayışını benden eksik etmeyen tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ'e,

Hayatımın her aşamasında, maddi ve manevi desteğini esirgmeden her şartta sonsuz destek veren, anlayış ve sabırla her an yanımda olan annem Ayşe Nur SAVAŞ, babam Muharrem SAVAŞ'a

Çalışmam için her konuda yardımcı ve destek olan eşim Cahit GÜNEŞ'e,

Süreç boyunca tüm sıkıntıları aşmamda bana en büyük desteği veren ve yardımcı olan ablam Fatmanur SAVAŞ POYRAZ'a

Her daim yanımda olan ve desteklerini her zaman hissettiren tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak, 2023

Esmenur SAVAŞ GÜNEŞ

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

TEZ ETİK BEYANI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR .....	vi
SEMBOLLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT .....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Menopoz .....	3
2.1.1. Menopozun Tanımı .....	3
2.1.2. Menopoz Döneminin Evreleri.....	5
2.1.2.1 Premenopoz.....	5
2.1.2.2 Menopoz.....	6
2.1.2.3 Postmenopoz .....	6
2.1.3. Menopoz Çeşitleri .....	6
2.1.3.1. Başlangıç yaşına göre menopoz .....	6
2.1.3.2. Oluş biçimine göre.....	7
2.2. Menopoz Dönemi ve Beslenme .....	8
2.2.1.Genel Değerlendirme.....	8
2.2.2. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar .....	9
2.2.2.1. Vazomotor semptomlar .....	9
2.2.2.2. Psikolojik semptomlar .....	10
2.2.2.3. Hormonel bozukluklar .....	10
2.2.3. Menopoz Döneminde Beslenme .....	12
2.2.3.1. Enerji alımı .....	12

2.2.3.2. Besin çeşitliliği .....	13
2.2.3.3. Karbonhidrat tüketimi .....	14
2.2.3.4. Protein tüketimi .....	15
2.2.3.5. Yağ tüketimi .....	16
2.2.3.6. Posa.....	17
2.2.3.7. Sıvı tüketimi .....	18
2.2.3.8. D vitamini, kalsiyum, magnezyum alımı .....	18
2.2.3.9. Tuz ve sodyum tüketimi.....	20
2.2.3.10. Çay ve kahve tüketimi.....	20
2.2.3.11. Sigara .....	21
2.2.2.12. Alkol.....	22
2.2.4. Menopoz Döneminde Tedavi Yöntemleri .....	22
2.2.4.1 Hormon replasman tedavisi.....	22
2.2.4.1 Alternatif yöntemler.....	23
2.3. Bitkisel Ürünler ve Menopoz.....	24
2.3.1. Bitkisel Ürünün Tanımı .....	24
2.3.2. Dünya ve Türkiye de Kullanımı.....	24
2.3.3. Bitkisel Ürünler .....	25
2.3.3.1. Adaçayı ( <i>Salvia officinalis</i> ).....	25
2.3.3.2. Şerbetçi otu ( <i>Humulus lupulus</i> ).....	25
2.3.3.3. Hayıt ( <i>Vitex agnus-castus</i> ) .....	25
2.3.3.4. Yams kökü ( <i>D. Ratundata</i> ).....	26
2.3.3.5. Kava kava ( <i>Piper methysticum</i> ) .....	26
2.3.3.6. Sahil çamı ( <i>Pinus pinaster</i> ).....	27
2.3.3.7. Karayılan otu ( <i>Actaea racemosa</i> ) .....	27
2.3.3.8. Çin melek otu ( <i>Dung quai</i> ).....	27
2.3.3.9. Ginko biloba ( <i>Ginko bilolba L.</i> ) .....	28
2.3.3.10. Kızıl yonca ( <i>Trifolium pratense</i> ) .....	28
2.3.3.11. Keten tohumu ( <i>Linum usitatissimum</i> ) .....	28
2.3.3.12. Sarı kantaron ( <i>Hypericum perforatum</i> ).....	29
2.3.3.13. Yeşil çay ( <i>Camellia sinensis</i> ) .....	29
2.3.3.14. Beyaz çay ( <i>Camellia sinensis L.</i> ).....	30
2.3.3.15. Çörekotu ( <i>Nigella sativa L.</i> ) .....	30

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.4. Araştırmanın Etik Yönü .....	31
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	32
3.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi .....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>60</b>
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>71</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>77</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>92</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>100</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ÇDYA</b>	: Çoklu Doğmamış Yağ Asitleri
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DYA</b>	: Doymamış Yağ Asitleri
<b>FSH</b>	: Folikül Stimulan Hormon
<b>HRT</b>	: Hormon Replasman Tedavisi
<b>KMY</b>	: Kemik Mineral Yoğunluğu
<b>LH</b>	: Luteinleştirici Hormon
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>MVS</b>	: Million Women Study
<b>S.S.</b>	: Standart Sapma
<b>TDYA</b>	: Tekli Doymamış Yağ Asitleri
<b>TÜİK</b>	: Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>TÜBER</b>	: Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
<b>UVB</b>	: Ultra Viyole B
<b>WHI</b>	: Women's Health Initiative

## SEMBOLLER

$\bar{X}$	: Ortalama
%	: Yüzde
kg	: Kilogram
mg	: Miligram
mcg	: Mikrogram
n	: Katılımcı sayısı
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
F	: Bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 3.6.1</b> Beden Kütle İndeks Sınıflandırma .....	32
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları .....	33
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımları .....	34
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları .....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımı ve Temel Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları .....	37
<b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların Günlük Enerji ve Besin Tüketimlerine Göre Dağılımları .....	38
<b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketimlerine Göre Dağılımları .....	39
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların Günlük Vitamin ve Mineral Tüketimlerine Göre Dağılımları .....	39
<b>Tablo 4.10.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımlarına Göre Dağılımları .....	40
<b>Tablo 4.11.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumları ile Menopoz Yakınmaları Arasındaki İlişki .....	41
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumları ile İlgili Demografik ve Menopoz ile İlgili Özellikler Arasındaki İlişki .....	43
<b>Tablo 4.13.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Sıklıkları ile Kullandıkları Ürün Türü Arasındaki İlişki .....	44
<b>Tablo 4.14.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımları ile Menopoz Yakınmalarından Sıcak basması ve Sinirlilik Durumları Arasındaki İlişki .....	46
<b>Tablo 4.16.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Sıklıkları ile Menopoz Yakınmalarından Bitkinlik ve Halsizlik ve Gece Terlemesi Durumları Arasındaki İlişki .....	50
<b>Tablo 4.18.</b> Katılımcıların Menopoza Girme Yaşlarına Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 4.19.</b> Katılımcıların Menopoza Girme Yaşlarına Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	55
<b>Tablo 4.20.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Enerji ve Besin Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 4.21.</b> Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	57

**Tablo 4.22.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 58



**ÖZET**

**MENOPOZ DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ VE BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Menstürasyonun bitmesiyle birlikte kadın hayatında menopoz dönemi başlamaktadır. Bu çalışma yaşları 40-60 aralığında olan 83 menopozlu kadın ile Balıkesir ilinde yürütüldü. Bireylere uygulanan anket sonuçları ile demografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, bitkisel ürün kullanım ve beslenme durumları saptandı. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 53,35±4,66 yıl, menopoz yaş ortalaması 47,73±4,95 yıl olarak bulundu. Menopoz döneminde olan kadınlarda en çok görülen yakınma %69,9 oranla sıcak basması olarak tespit edildi. Katılımcılara yakınmalarla baş etme durumları sorulduğunda, %37,3'ünün bitkisel ürün kullandığı saptanmış ve bitkisel ürün kullanan kişilerin %73'ü bitkisel ürünlerin yakınmalara fayda sağladığını ifade etmektedir. Kişilerin ortalama kalori alımları 1243,98±1046,99 kkal, protein alımları 42±13,27 g, karbonhidrat alımları 90,39±32,26 g ve yağ alımları ortalama 48,92±16,62 g olarak bulundu.

Katılımcıların bitkisel ürün kullanım sıklığı ile adaçayı tüketimi ve bitkisel ürün kullanım sıklığı ile kullanılan bitkisel ürün türleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,05). Hayıt ve karayılan otu kullanım durumları ile sinirlilik yakınmasının görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,05). Çin melekotu, keten tohumu ve sarı kantaron kullanım durumları ile çarpıntı yakınmasının görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,05). Tablet kullanım durumu ile bitkinlik ve halsizlik yakınmasının görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,05). Bitkisel ürün kullanım durumuna göre protein (%) ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu (p<0,05). Bitkisel ürün kullanım durumuna göre enerji alımı, protein (g), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%) ve posa (g) ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar elde edilemedi (p=0,05). Menopoz dönemi kadın hayatı birçok açıdan etkilenmektedir. Bu süreçten daha az etkilenmek için profesyonellerden destek alınması gerekmektedir.

**Anahtar Kelime:** *Beslenme, Bitkisel Ürün, Menopoz, Yakınma*

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATUS AND THE USE OF HERBAL PRODUCTS OF WOMEN IN THE PERIOD OF MENOPAUSE

With the end of menstruation, the menopause period begins in a woman's life. This study was conducted with 83 menopausal women aged between 40-60 years in Balikesir province. Demographic characteristics, general health information, use of herbal products and nutritional status were determined with the results of the questionnaire applied to the individuals. The mean age of the individuals participating in the study was  $53.35 \pm 4.66$  year, and the mean age at menopause was  $47.73 \pm 4.95$  year. The most common complaint in menopausal women was found to be hot flashes with a rate of 69.9%. When the participants were asked about their coping status with complaints, it was determined that 37.3% of them used herbal products and 73% of those using herbal products stated that herbal products helped their complaints. The average calorie intake of the individuals was  $1243.98 \pm 1046.99$  kcal, protein intake was  $42 \pm 13.27$  g, carbohydrate intake was  $90.39 \pm 32.26$  g, and fat intake was  $48.92 \pm 16.62$  g.

A significant correlation was found between the frequency of use of herbal products and the consumption of sage and the frequency of use of herbal products and the types of herbal products used ( $p=0.05$ ). A significant correlation was found between the use of chasteberry and black cohosh and the incidence of nervousness ( $p=0.05$ ). A significant correlation was found between the use of Chinese angelica, flaxseed and St. John's Wort and the incidence of palpitation ( $p=0.05$ ). A significant correlation was found between tablet use and the incidence of fatigue and weakness ( $p=0.05$ ). A significant difference was found between the protein (%) averages according to the use of herbal products ( $p<0.05$ ). There were no significant differences between the averages of energy intake, protein (g), carbohydrate (g), carbohydrate (%) and fiber (g) according to the use of herbal products ( $p=0.05$ ). Menopause women's life is affected in many ways. In order to be less affected by this process, it is necessary to get support from professionals.

**Keywords:** *Complaint, Herbal Product, Menopause, Nutrition*

## 1. GİRİŞ

İnsan yaşamı bir bütün olarak düşünüldüğünde menopoz, kadınların hayatında mutlaka geçirecekleri bir dönemdir. Yaşamın her döneminin (bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık) kendine özgü fiziksel ve duygusal özellikleri bulunmaktadır. Kadın yaşamında da menopoz döneminin kendine özgü birçok özelliği bulunur. Kadın hayatı için menopoz dönemi yaşlılığa geçiş olarak adlandırılır (Görsel ve Çakıroğlu, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) menopozu, overlerin aktivitelerini kalıcı olarak yitirmeleri ile birlikte menstüral döngünün kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlamaktadır. Menstüral döngünün tamamen sonlanması sonucunda oluşan menopoz kadın vücudunda fizyolojik, psikolojik ve hormonal birçok değişime sebep olmaktadır. Tüm bu değişimler ve östrojen seviyesinde azalma sonucunda kadınlar birçok semptom yaşamaktadırlar (WHO, 2002, Fitzpatrick, 1999).

Dünya geneline bakıldığında menopoz yaş ortalaması 51 olarak görülmektedir. Fakat bu yaş ortalaması ülkeler ve toplumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Türkiye’de kadınların menopoza girme yaşı genel olarak 46-48 olarak bilinmektedir (Rakıcıoğlu, 2008).

Menopoz kendi arasında 3 evreye ayrılır. Bu evreler sırasıyla premenopoz, menopoz ve post menopozdur. Premenopoz, menopozdan önce 2-7 yılı kapsamaktadır. Menopoz sonrası 6-8 yıl da post menopoz dönemi olarak bilinir. Premenopoz ve postmenopoz döneminin tümüne klimekteryum denmektedir (Rakıcıoğlu, 2008).

Menopoz döneminde üremeyle bütünleşmiş olan östrojen ve progesteron hormonunun vücut tarafından üretilmesi çok azalır. Özellikle, östrojen üretiminin azalması sonucunda kadın vücudunda bazı değişiklikler ve yakınmalar meydana gelir. Bunlar yakınmalar; sıcak basmaları, gece terlemeleri, meme hassasiyeti, vajinal kuruluk, adet düzensizliği, duygu durum değişimleri, uyku bozuklukları, cilt ve tırnaklarda incelme, osteoporoz ve kan lipit profilindeki değişim sonucu kardiyovasküler hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Agarwal and Doshi, 2013).

Menopoz döneminde yaşanan bu değişimlerle ilgili olumsuz yakınmaları azaltmak amacıyla birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Yakınmalarla baş etmede tıbbi destek olarak hormon replasman tedavisi (HRT) kullanılmaktadır. Dünyada kadınların sadece %10'unun ülkemizde ise %12.3'ünün hormon replasman tedavisini (HRT) kullandığını bildirilmiştir (Güngör, 2003). Kadınların son yıllarda, menopoz dönemi sıkıntılarıyla baş etmede farmakolojik tedaviler yerine nonfarmakolojik tedaviler kullandığı da görülmektedir. Kadınların farmakolojik olmayan destek tedavilerinden bitkisel ürünlere başvurdukları saptanmıştır (Jou et al., 2005). Bitkisel ürünlerin, kadınların yaşadığı menopoz semptomlarını azaltma potansiyeline sahip olabileceği ve menopoz dönemindeki kadınların iyilik halini arttırabileceği düşünülmektedir (Hanna et al., 2005).

Menopoz dönemindeki yakınmalar kadınların günlük yaşam rutinlerini ve hayat kalitesini rahatsız edici düzeyde etkileyebilmektedir. Bu sebeple bitkisel ürünlere ulaşımın kolay olduğu göz önüne alındığında, menopoz dönemindeki kadınların bitkisel ürünlere yönelimleri artmaktadır. Ancak bu ürünlerin güvenilirliği ve yan etkileri hakkında bilgi düzeyi oldukça düşüktür. Tüm bu durum bir bütün olarak göz önüne alındığında kadınlarda menopoz döneminde bitkisel ürünlerin kullanımının araştırılması gerekli hale gelmektedir. Bu çalışma tüm bu veriler ışığında menopoz döneminde olan kadınların beslenme durumlarının ve yakınmalarda baş etmede bitkisel ürün kullanımlarının saptanması amacıyla yürütülmüştür.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Menopoz**

#### **2.1.1. Menopozun Tanımı**

Menopoz ‘kadının adet kanamasının kesilmesi, üretkenliğinin ve doğurganlığının bitmesi ile başlayan, ovaryumların faaliyetlerinin bitmesi ve son adet kanamasını takip eden bir senenin sonunda üremenin tam olarak bitmesi’ şeklinde tanımlanmaktadır (Karakuş, 2006). ‘Menopoz’ Yunanca bir kelime olup ve anlamı adet kanamasının tamamen kesilmesi olarak bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre de ‘ovaryumun faaliyetini kaybetmesi sonucu menstural döngünün tamamen sonlanması’ olarak tanımlanır (Suparp et al., 2003).

Klimakterium (climacterium), menopoz semptomlarının ortaya çıktığı dönem olan premenopoz, menopoz semptomlarının yerleştiği menopoz ve postmenopoz döneminin hepsine kapsamakta olan yunanca bir kelimedir (Kuliyeva, 2007). Klimakterium ve menopoz birbiriyle karıştırılmamalıdır. Klimakterium, cinsel olgunluktan yaşlılığa kadar uzanan süreçtir. Menopoz ise klimakteriyum içerisinde olan bir dönemdir (Gezer ve ark., 2006).

Dünyada ve Türkiye’de yaşama süresinin sürekli olarak artması (70 yaş ve üzeri), menopoz yaşı farklı ırk ve coğrafi özelliklerden etkilenmesine rağmen günümüzde kadınların yaşam süresinin üçte biri menopoz sonrası döneme denk gelmektedir (Atasu, 2001; Goss et al., 2003).

Dünya geneline bakıldığında menopoz yaş ortalaması hakkında kesin bir bilgi vermek mümkün görülmemektedir. Menopoz dönemi gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha erken başlamaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde bu yaş 49.3-51.4 yıl arasındayken, gelişmekte olan ülkelerde 43,5- 49.4 yıl arasındadır. Örnekler incelendiğinde, Ürdün’de kadınların menopoz döneminin başlama yaşı 50-51 yıl, Mısır’daki kadınların 48 yıl, Ameri Birleşik Devletlerinde de bu rakam 51’ yıldır (Altınsoy, 1999). Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü (TÜİK) verilerine göre de menopoz yaşının 45-60 yaşları arasında değiştiği ve istatistiksel olarak ortalama

rakam 51.4 olarak belirlenmiştir. Fakat bu rakam Türkiye'deki kadınlar için 46 olarak kabul edilmektedir (STRAW, 2001)

Menopoza giriş yaşını etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Bular genel olarak genetik faktörler, alkol ve sigara kullanımı, ilk adet yaşı, geçirilen ameliyatlar, son gebelik yaşı, histerektomi geçirme ve kanser tedavileri olarak sıralanabilir. Sigara kullananların ve aktif olarak çalışan kadınların menopoza 1.5-2 yıl daha erken girdiği gözlenirken, aktif olarak cinsel hayatı devam eden, doğum sayısı fazla olan ve aktif olarak cinsel hayatı olmayan kadınların menopoza daha geç girdiği gözlenmiştir (Özcan ve Oskay, 2013).

Doğum yapmamış olmak, vejeteryan beslenmek, sigara kullanmak, diyetle yüksek yağ almak ve kafein tüketiminin fazla olması menopoza girişi hızlandırırken doğum kontrol ilacı kullanmak ve Japon ırkından olmak menopoza giriş yaşını geciktirmektedir. Diyet ve doğal yolla menopoza girmeyi inceleyen kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat diyetle bulunan toplam enerjinin yeterli, protein ve meyve miktarının kişiye uygun olması menopoz giriş yaşını geciktirmekte olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan çoklu doymamış yağ asitlerinin (ÇDYA) fazla tüketimi menopoz girme yaşını daha aşağıya düşürmektedir. Diyetteki toplam yağ, doymuş yağ, kırmızı et ve posa alımının menopoza etkisi hala tartışılmaktadır ve bunun kesin olarak kanıtlanması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sigara içmek ve yoğun düzeyde egzersiz yapmanın erken menopoz ile anlamlı ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Normal düzeyde alkol tüketimi, pasif içici olmak, balık, soya ve tüketilen çay çeşitlerinin menopoz yaşını nasıl etkilediğini tespit etmek için geniş prospektif çalışmalar ihtiyaç duyulmaktadır (Sarpe and Thankur, 2014).

Tüm çalışmalar incelendiğinde menopoz yaşını etkileyen faktörlerin çok fazla olduğu görülmektedir. Bu konu da kesin olarak bilgi verebilmek için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Genel olarak özetlendiğinde;

- İlk adet görme yaşı erkense menopoz da erken oluşmaktadır.
- Evli olmayan kadınlarda daha erken menopoz görülmektedir.
- Aktif olarak çalışma hayatı olan kadınlarda daha erken menopoz görülmektedir.
- Çok ve sık doğum yapmış kadınlarda menopoz geç oluşmaktadır.

- Sosyo-ekonomik durumu yüksek olan kadınlarda menopoz geç görülmektedir.
- Oral olarak doğum kontrol hapı kullanımı menopozu geciktirmektedir.
- Sigara içmek menopoz yaşını öne almaktadır.
- Beslenme alışkanlıkları ve diyet içeriğinin menopoz yaşında etkisi olduğu düşünülmektedir (Atasu, 2001).

Menopoz öncesi, menopoz ve sonrası dönemde bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar genel olarak menopoz yakınması olarak adlandırılmaktadır. Bu yakınmalar; sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozukluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, anksiyete, depresyon, konsantrasyon bozukluğu, benlik saygısında azalma ve unutkanlıktır (Ergüenalp, 2002). Aynı zamanda menopoz döneminde olan kadın psikolojik, sosyal ve kültürel etkenlerin altında kalmaktadır. Bu etkenler bazı kadınları olumlu olarak etkilerken bazı kadınları olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle bu konu araştırılırken kültürler ve bireyler ön planla tutulmalıdır (Anderson et al., 2004). Bazı kadınlar hayatlarının en önemli rolünü çocuk dünyaya getirmek olarak kabul ederler bu durumda menopoz dönemi onlar için bir sonu ifade eder. Bazı kadınlarda menopoz dönemini fiziksel yeteneklerinin, enerjilerinin ve çekiciliklerinin azalması ve kaybı olarak görmektedir. Menopoz dönemini kayıp olarak gören kadınlar için depresyon kaçınılmaz olmaktadır (Kaur et al., 2004).

### **2.1.2. Menopoz Döneminin Evreleri**

Menopoz, ovaryum faaliyetlerinin bitmesi ve sonrasında adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Menopozun kendi içerisinde üçe ayrılmaktadır bunlar;

- 1- Premenopoz
- 2- Menopoz
- 3- Postmenopoz (Özkan, 2006).

#### **2.1.2.1 Premenopoz**

Dünya Sağlık Örgütüne göre premenopoz; menopoz dönemi başlamadan önce 2-6 yıllık dönemi kapsayan zamana denir. Klimakteryumun ilk safhasıdır. Ortalama olarak 40 yaş civarında, overlerde olan değişimler sonucunda başlar. Bu süreçte adet döngüsünde bozulmalar, disfonksiyonel kanamalar, ovulasyonsuz döngüye bağlı olarak fertilité azalır. Yapılan çalışmalara incelendiğinde kadınlarda uterusla ilgili

cerrahi operasyonların en çok bu dönemde gerçekleştiği görülmüştür. Aynı zamanda bu dönemde menopoza yakınmalarından yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel değişimler de görülmektedir (Altınsoy, 1999; Tartumluoğlu, 2003).

### **2.1.2.2 Menopoz**

Son adet kanamasından sonra 1 yıl süre ile adet görmemek menopozun başlangıcı olarak kabul edilmektedir. İlk adet kanamasının yaşı, evlilik, aktif çalışma hayatı, genital faktörler, genetik faktörler, sigara kullanımı, fertilité, yaşanılan coğrafya, psikolojik etkenler, beslenme durumu menopoz yaşını etkileyen faktörlerdir. Menopoz, kadının üreme yeteneğinin kaybını temsil eder ve overlerdeki foliküler faaliyet kaybından kaynaklanan adet kalıcılığı olarak tanımlanır (Çelik, 2013; Golshiri et al., 2016)

### **2.1.2.3 Postmenopoz**

Postmenopozal dönem; vücudun fizyolojik ve psikolojik olarak dengesi üzerine östrojen hormonunun eksikliğinin sistematik olarak etkiler oluşturmaya başladığı zamandan yaşlılık zamanına kadar geçen süreyi barındıran ve menopoz yakınmalarının fazla olduğu dönem olarak tanımlanmaktadır. Postmenopozal dönemde overlerin fonksiyonları tamamıyla durmakta ve fertilité ortadan kalkmaktadır (Atasü, 2001, Toprakseven 2007, Sağnak, 2015).

### **2.1.3. Menopoz Çeşitleri**

Menopoz başlangıç yaşına ve oluş biçimine göre iki alt başlığa ayrılır.

#### **2.1.3.1. Başlangıç yaşına göre menopoz**

Başlangıç yaşına göre menopoz erken menopoz, normal menopoz ve geç menopoz olarak üç ayrı başlığa ayrılır (Sağnak, 2015).

#### **Erken Menopoz**

Erken menopoz, kadının adet döneminin sonlanmasının 40 yaşından daha erken gerçekleşmesine denmektedir. Tıbbi literatürde buna 'premetür menopoz' da denmektedir. Bu durum kadınlarda yaklaşık olarak %4 oranında görülmektedir (Erdem, 2006).

Kadınlarda menopoza girmenin 30 yaşından daha erken olmasına ise;

'Prematür Overyen Yetmezlik' denmektedir. Bu şekilde yumurtalıkların çok erken yaşta tükenmesi, kadınlarda psikolojik ve fizyolojik birçok problem yaşamasına sebep olur. Prematür menopozun sebepleri çok yönlü değerlendirilmektedir. Etkileri kesin olmamakla beraber şu şekildedir:

- 1- İlk adet görme yaşı
- 2- Sosyo-ekonomik durum
- 3- Sigara ve alkol tüketimi
- 4- Doğum kontrol hapı kullanma
- 5- Genetik faktörler
- 6- Beslenme durumu (Oğurlu, 2008)

#### Normal Menopoz

Doğal menopoz, ortalama olarak 45-54 yaşları arasında tıbbi bir işlem olmadan kendi kendine gerçekleşen adet sonlanmasına denir (Çelik, 2013).

#### Geç Menopoz

Geç menopoz, bir kadının 55 yaşını geçmiş olmasına rağmen hala adet kanamasının devam etmesine denir. Geç menopoz, kadınlarda meme ve rahim içi kanser riskini arttırmaktadır (Golshiri et al., 2016).

#### **2.1.3.2. Oluş biçimine göre**

Oluş biçimine göre menopoz doğal menopoz ve cerrahi menopoz olarak iki ana başlığa ayrılır (Çelik, 2013).

#### Doğal Menopoz

Doğal menopoz, kadının vücudunda olan foliküllerin zaman içerisinde azalarak tükenmesi ile ortaya çıkan ve fizyolojik olan menopoz çeşididir (Aygın ve Pektemek, 2018).

#### Cerrahi Menopoz

Cerrahi menopozu, Dünya Sağlık Örgütü 'patolojik sebeplerden dolayı overlerin alınmasıyla ortaya çıkan menopoz' olarak tanımlamaktadır (Aygın ve Pektemek, 2018).

Doğal yolla menopoza giren kadınların yakınmaları, cerrahi yolla menopoaza giren kadınların yakınmalarına göre daha çabuk ve şiddetli olarak yaşamaktadır. Bunun sebebi de doğal yolla menopozda foliküllerin tükenmesi yavaş yavaş olmakta ve vücut bu duruma zaman içerisinde alışmaktadır. Fakat cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşir ve adaptasyon süreci uzar (Taşkın, 2009; Yücesoy ve Çakıroğlu 2007).

## **2.2. Menopoz Dönemi ve Beslenme**

### **2.2.1.Genel Değerlendirme**

Menopoz dönemi, kadınlar için fizyolojik bir süreçtir ve kadın vücudunda çok fazla değişikliğe sebep olmaktadır. Menopoz öncesinde vücutta en çok östrojen hormonu üretilmektedir. Premenopoz dönemi ile birlikte yumurtalıkların işlevlerinin bozulmasıyla östrojen salgılanması azalır. Otaya çıkan bu hormon azalmaları östrojende 5-10 kat, folikül uyarıcı hormonda (FSH) 10-20 kat, testesteron seviyesinde bir miktar, andrestenedionun 1/3-1/2 kattır. Lütein yapıcı hormonda (LH) ise 3 kat artış görülür. Tüm bu hormon değişimler, kadınların vücutlarının bileşimlerinde ve vücutlarının dengesinde değişiklikler ortaya çıkartmaktadır. Menopoz döneminde kadınların vücudunda ağırlık artışı yaşanmasa da kas kütlelerinde azalma, yağ kütlelerinde artma ve toplam su seviyesinde azalma olmaktadır. Adet döngüsünün sonlanmış olması ve kas kütlelerinde azalma olması bazal metabolizma hızının yavaşlamasına ve vücudun harcadığı enerjinin azalmasına sebep olur. Bunların yanına fiziksel aktivitede azalma eklendiğinde karın bölgesinde yağ artışı oluşmaktadır. Menopoz döneminde kadınlarda obezite, insülin direnci ve diyabet riski artmaktadır. Bunun başlıca sebebi vücut bölgelerinde artan yağlanmanın çoğunun abdominal bölgede olmasıdır (Atasü, 2001).

Menopoz dönemi, kadınların hayatlarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır ve kadınların yaşam kalitelerini önemli seviyede etkilemektedir. Bu dönemde kadın vücudunda birçok sağlık problemi ortaya çıkmaktadır. Menopoz ve menopoz sonrası dönem önemli bir halk sağlığı konusudur ve yaşamın tüm kısımlarında oldukça önemli olan dengeli ve düzenli beslenmeyi vazgeçilmez hale getirmektedir (Çoban ve Özvarış, 2018; Özer ve Gözükara 2016).

## **2.2.2. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar**

Bazı kadınlar menopoz döneminde az veya hiç semptom yaşamazken bazılarının rutin hayatlarını etkileyecek şiddette semptomlar yaşayabilmektedir (Edwards ve Li, 2013). Semptomlar çok ağır olduğunda kadınların sosyal, kişisel ve iş hayatları büyük ölçüde etkilenmektedir (Monteleone et al., 2018). Yapılan araştırmalarda kadınların buldukları bölgeye ve etnik gruba göre yaşadıkları menopoz semptomlarında farklılık görülmüştür. Çoğu menopoz semptomunun doğası etnik gruplar ve coğrafi bölgelerdeki kadınlar için benzer olsada, semptom prevalansı büyük ölçüde farklıdır. Her kadının yaşadığı menopoz tecrübesi kendine özeldir. Semptomların yaygınlığı ve görülme prevalansı, kadının kişisel geçmişinden, özelliklerinden ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir (Monteleone et al., 2018).

Kadının adet döngüsünü kalıcı olarak durması ve yumurtalık yetersizliği ile menopoz semptomları ortaya çıkmakta olup, uykusuzluk, sıcak basması, duyu durum bozukluğu olarak kendini göstermektedir (Monteleone et al., 2018). Yapılan çalışmalar incelendiğinde menopoz döneminde en çok ortaya çıkan semptomların; vazomotor semptomlar, uykusuzluk/ uykuya dalmada güçlük, depresyon/olumsuz ruh hali, sinirlilik ve vajinal kuruluk/disparoni olduğu ortaya çıkmıştır. Menopoz döneminde olan kadınların bildirelerine göre kas ve eklem ağrısı gibi semptomlar da yaşanılmaktadır (Santoro et al., 2015).

### **2.2.2.1. Vazomotor semptomlar**

Menopoz döneminde kadınların vücudunda oluşan hormon değişimleri ile vazomotor semptomlar ortaya çıkmaktadır. Genel olarak bu semptomlar gece terlemesi ve sıcak basması olarak bilinmektedir. Vazomotor semptomlarının yoğunluğu ve insidansı kişiden kişiye değişmektedir (ACOG, 2014). Daha çok menopoza geçiş esnasında ve menopoz döneminde yaygın gözlenmekte olup menopoz sonrası dönemde görülme sıklığı daha azdır (Thurston, 2018). Vazomotor semptomlar menopoz dönemi öncesi iki yıl atarak devam etmekte ve menopoz döneminde ilk yıl en üst seviyeye ulaşmaktadır (Gold et al., 2006). Menopoz döneminde olan kadınların yüzde 70 inden fazlası yaşanan semptomların ruh halinde bozukluklara, kalitesiz uykuya, konsantrasyonda bozukluğa, bedensel yorgunluğa ve iş hayatında başarı azalmasına sebep olduğunu söylemektedir (Thurston, 2018). Vazomotor semptomların yaklaşık olarak 7,4 yıl devam ettiği hatta bu dönemde olan çoğu kadında daha uzun sürdüğü belirtilmektedir (Avis et al.,

2015). Bu semptomların nedeni net olarak bilinmemekle birlikte bir hipotezde östrojen miktarının azalmasıyla hipotalamusta endorfinin artması tetiklenmekte, norepinefrin ve serotonin salgısı artmaktadır (Nelson et al., 2006). Vücutta meydana gelen bu değişimler hipotalamusun termoregülasyon merkezinde bulunan ayar noktasını düşürmekte ve sıcak basmalarına sebep olmaktadır (Shanafelt et al., 2002). Kadınlarda sık görülen sıcak basması deri üzerinde terleme, kızarıklık, kalpte çarpıntı ve anksiyete ile devam eden yüz, boyun, göğüste sıcaklık olarak anlatılmaktadır (Freedman, 2001).

#### **2.2.2.2. Psikolojik semptomlar**

Kadınların menopoz döneminde yaşadığı semptomlar arasında psikolojik semptomlarda yer almaktadır. Bu dönemde meydana gelen hormon değişimleri merkezi sinir sistemi üzerinde ruhsal ve somatik farklılıklara yol açmaktadır. Oluşan bu farklılıkların, davranışlarda ve duygu durumunda değişimlere sebep olduğu düşünülmektedir. Beynin birçok bölgesinde östrojen reseptörleri ve nöronlar arasında etkileşim oluşmaktadır ve bu etkileşim davranış değişikliğini, nörotransmit yapımı, salgısı ve metabolizmasını etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda, kadınlarda meydana gelen duygu durum değişimlerinin en yoğun olduğu dönemler doğum sonrası, menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemler olarak belirtilmektedir. Bunun sebebinin de bu dönemlerde östrojen seviyesinde oluşan hızlı oynamalar olduğu düşünülmektedir (Fakılı, 2013).

Menopoz döneminde en çok görülen psikolojik semptomlar; özgüven eksikliği, nedeni olmayan ağlamalar, depresyon, sinirlilik, huzursuzluk, hafıza sorunları, kendini beğenmeme, nedensiz korkular, anksiyete, hatırlamada zorluk, alınganlık, gerginlik, eskiden yaşanan üzücü olayları daha çok hatırlama, yaşamdan zevk alamam ve cinsel istekte azalmadır. Bu dönemle birlikte işe yaramazlık ve yaşlılık gibi kaygıların arttığı düşünülmektedir. Tüm bu biyolojik sebeplerin yanında daha önceden depresyon geçirmiş olma, yoğun stres altında olma, sosyal ve ekonomik sebepler menopoz döneminde oluşabilecek depresyonu tetikleyebileceği düşünülmektedir (Pınar ve ark., 2015).

#### **2.2.2.3. Hormonel bozukluklar**

Menopoz döneminde kadınların vücudunda hormon seviyelerinde, hormonların üretim yollarında ve hormonların rollerinde birtakım değişimler olur.

Bu dönemden en fazla etkilenen, ovaryumlar tarafından üretilmekte olan östrojen, progesteron ve endrojen hormonlarıdır (Adashi, 1994). Östrojen, kadınların vücut şekillerinin oluşmasına yardımcı olan ve üretken olarak hayatlarına devam etmelerini sağlayan bir hormondur. Bu hormon foliküller tarafından ovaryumlardan salgılanır. Östrojen hormonunun stroma, miyometriyum, endometriyal glandlar üzerine uyarıcı etkisinin olmasının yanında, kadınlık organlarının epitelinde kontrollü çoğalma etkisi bulunmaktadır (Berek, 2004). Menopoz döneminde östrojen hormonu seviyesinde ivmeli bir düşüş meydana gelmektedir. Bu düşüşle birlikte kadınlarda; osteoporoz (kemik erimesi), ateroskleroz (damar sertliği), terleme, kalp çarpıntısı, ateş basma, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, sinirlilik, ruhsal çöküntü (depresyon), halsizlik gibi durumlar meydana gelir (Lambert et al., 2010). Beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olan kadınlarda östrojen seviyesi yüksek olarak gözlenmiştir ve bu yükseklik endometriyal kanser riskini arttırmaktadır. Beden kitle indeksi 18,4 ve altında olan kadınlarda ise östrojen seviyesi oldukça düşüktür. Bu durum zayıf kadınların kemik erimesi riskini arttırmaktadır. Beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olan kadınların yüksek östrojen seviyesi, menopoz döneminde ortaya çıkacak semptomlardan korunmasına sebep olmaktadır (Fakılı, 2013).

Progesteron, kadınların gebelik dönemine hazırlanmasını sağlayan ve ovaryumlardan salgılanan bir hormondur. Menopoz döneminde başlamasıyla beraber salgılanma seviyesinde bir azalma görülür. Progesteron aynı zamanda uterusun endometriyum tabakasını döllenmiş olan yumurtaya hazırlar, süt üretimi ve salgılanmasına yardımcı olur. Menopoz dönemi ile birlikte progesteron düzeyinde düşme sekresyonunda durma vücutta ödeme sebep olmaktadır. Ayrıca kadın vücut ağırlığında artış ile kilo alma meydana gelmektedir (Duran ve ark., 2002; Kadayıfçı, 2006).

Androjenler, böbrek üstü bezinden salgılanan hormonlardır. Androjen hormonlarında menopoz öncesi dönemde aşamalı olarak düşmeler meydana gelmektedir. Testesteron hormonunun azalmasıyla birlikte overlerdeki işlevlerde de azalma meydana gelir. Menopoz döneminde testesteron hormonu miktarında yüzde yirmi, androstenedion miktarında yüzde 50 azalma olur. Düşük testesteron miktarı ve düşük östrojen miktarı bir araya geldiğinde kadın vücudunda hafif bir kıllanma oluşabilir (Sağnak, 2015).

### **2.2.3. Menopoz Döneminde Beslenme**

Menopoz dönemi; kadınların vücudunda metabolik yan etkileri taramak, risk profilini araştırmak, doğru risk algısını sağlamak, kilo yönetimi yapmak ve kişinin koruyucu sağlık planını oluşturmak için avantajlı bir dönemdir. Yaşı ilerleyen kadınlar menopoz döneminin başlarında kilo almaya yatkındırlar. Kilo artışı ile birlikte vücutta toplam yağ oranı artmaktadır. Vücut yağ dağılımı elma tipten (android), armut tipe (ginoid) doğru kaymaktadır ve kadınların kardiyovasküler hastalık risk oranı artmaktadır. Kadın vücudunda menopoz öncesi dönem ve menopoz sonrası dönemde meydana gelen değişimler androjen hormonu ve östrojen hormonu eksikliğinden meydana gelebilmektedir (Harnandez Angles et al., 2016).

Menopoz döneminde olan kadınların en büyük sağlık sorunlarından biri obezitedir. TURDEP-II (Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II) çalışmasında ilerleyen yaş ile birlikte obezite oluşumunda da sıklık görülmüştür. 55-59 yaş arasındaki kişilerde obezite oranı %34,8'dir ve bu oran en yüksek düzeydir. 40-65 yaş yani orta yaş kişilerde ise bu oran %30'larda bulunmuştur (Satman ve ark., 2013). Menopoz sonrası dönemde kadınlar için beslenme çok önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalı, alınan enerji azaltılmalı ve kişisel beslenme planları oluşturulmalıdır (Ağıl, 2010). Menopoz döneminde ve sonrasında kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve osteoporoz gibi hastalıkları önlemek için koruyucu bir beslenme sistemi oluşturulmalı; sebze, meyve, tam tahıllı ve kalsiyum içeriği yüksek ürün tüketimi arttırılıp, enerji içeriği yüksek ürünler, kafein ve yağ tüketimi kısıtlanmalıdır (Rakıcıoğlu, 2008).

#### **2.2.3.1. Enerji alımı**

Kadın vücudunda metabolizma hızı adet siklusundan etkilenmektedir. Adet siklusunun lüteal fazında progesteron artışı olması (hormon değişikliği) ve endometriyum tabakasının oluşması metabolizma hızın artmasına sebep olur (Fakılı, 2013). Menopoz sonrasında vücudun enerji harcamasında azalma, ovaryum fonksiyonlarında azalma ve adet siklusunun lüteal safhasında kayıp olması sebebi ile oluşur. Aynı zamanda kadın vücudunda bazal metabolizma hızında da (BMH) azalma görülür. Bunun en büyük sebeplerinden biri kadınların hareketlerinin azalması ve alınan enerjinin harcanmamasından kaynaklanır. Günlük fiziksel aktivite seviyesinin azalması obezite oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte

yapılan çalışmalarda göre bir yılda ortalama olarak 0,5 kilo ağırlık artışı 45-55 yaşları arasında olduğu söylenmektedir (Rakıcıoğlu, 2008).

Menopoz döneminde kadın vücudunda bir takım hormonal değişimler oluşmaktadır ve bu değişimler belirgin metabolik bozukluklara sebep olmaktadır. Östrojen hormonu düzeyinde azalma ile periferal bölgelerde yağlanma artmaktadır. Lipit metabolizması da östrojen düzeyinin düşmesi ile azalmakta ve bu bölgelerde adipoz doku artmaktadır. Sonuç olarak menopoz döneminde östrojen seviyesinde oluşan düşüş ile yağ düzeyinde ve dağılımında değişim meydana gelmektedir. Genel olarak yağ dağılımında oluşan bu değişim armut tipten (jinoid) elma tipe (android) dönmektedir. Vücut yağ dağılımının ve düzeyinin değişimi kardiyovasküler hastalıklara, insülin direncine, yüksek kolesterole ve ağırlık artışına sebep olmaktadır (Güler, 2015).

### **2.2.3.2. Besin çeşitliliği**

Yapılan araştırmalar incelendiğinde beslenme durumunun cinsiyet hormonları üzerine etkisi kesin olarak bulunamamıştır. Kadın vücudunun sağlığında besin çeşitliliğinin önemli bir parametredir. Günlük beslenmede her besin grubundan bulundurmamak, farklı besin maddelerinden tüketmek yeterli ve dengeli seviyede besin ögesinin vücuda alınmasını ve yararlı besin bileşimlerinden yararlanılmasını sağlamaktadır. Birçok kronik hastalıkta da (obezite, diyabet, kanser vb.) besin çeşitliliğinin sağlanmasının koruyucu olduğu düşünülmektedir. Besin içeriğinde yüksek oranda şeker, yağ ve tuz bulunması kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırmakta ve vücuda alınan toksik madde miktarını arttırmaktadır (TÜBER, 2015).

Besin çeşitliliğinin yanında günlük alınan vitamin mineral miktarı da vücut için yeterli olmalıdır. Dört Yapraklı Yonca Modeli dikkate alınarak günlük besin miktarları belirlenmektedir. Dört gruptan da her öğünde uygun miktarda tüketilmeli ve aynı olan besin gruplarından farklı öğünlerde farklı besinler tercih edilerek besin çeşitliliğinin sağlanmasına önem verilmelidir. Bu şekilde tüm besin ögeleri, vitamin, mineral grupları dengeli olarak vücuda alınmış olur (Bulmuş, 2016). Günlük beslenmede en az 5 porsiyon sebze ve meyve tüketimine önem verilmelidir. Toplam miktarın en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden oluşmalıdır. Baysal'ın yaptığı bir çalışmada günlük beslenmesinde 5 porsiyon ve üzerinde sebze ve meyve tüketen bireylerin kardiyovasküler hastalık riskleri günde 1 porsiyon ve altında tüketenlere

oranla %72 daha az olarak tespit edilmiştir (Baysal, 2009). Yapılan başka bir çalışmada yüksek miktarda sebze ve meyve tüketiminin kemikler üzerinde olumlu etki gösterdiği bulunmuştur. Beslenmesinde hiç sebze ve meyve grubu bulundurmayan bireyler ve beslenmesinde en az 5 porsiyon sebze meyve bulduran bireyler incelendiğinde hiç sebze ve meyve tüketmeyen bireylerde %88 oranında kalça kırığı olduğu saptanmıştır (Rakıcıoğlu, 2008). Sağlıklı beslenme modeli oluştururken karbonhidrat, protein ve yağ oranları da oldukça önemlidir. Bu oranlar yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Fakat yapılan çalışmalarda yetişkin ve sağlıklı bir bireyin günlük enerjisinin %55-60'ı karbonhidratlardan, %10-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır (Byberg et al., 2015).

### **2.2.3.3. Karbonhidrat tüketimi**

Karbonhidratların başlıca görevi vücuda enerji sağlamaktır. Karbonhidratlar aynı zamanda enerji, vitamin, mineral ve posadan zengindir. Diyetle enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır (O'Connor et al., 2016.) Kadınların menopoza öncesindeki (premenopoz), menopoza sırasındaki ve menopoza sonrasındaki (postmenopoz) dönemde günlük yeterli karbonhidrat miktarı 130 gr'dır (TÜBER, 2015).

Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça insülin direnci riskinin de arttığı bulunmuştur. Menopoz dönemi ileri yaş bir dönemde olduğu için bu dönemde kadınların kompleks, düşük glikemik indeksli karbonhidrat gruplarını tüketmeleri önerilmektedir (Chiu et al., 20011). Türkiye Beslenme Rehberinde menopoz döneminde çay şekeri, bal, reçel gibi basit karbonhidratların yerine tam tahıllar, kurubaklagiller ve patates gibi kompleks karbonhidratların tüketimi önerilmektedir (TÜBER,2015).

İngiltere'de kadınlar üzerine yapılan bir araştırmada, günlük beslenmelerinde yüksek oranda basit karbonhidrat ve yüksek oranda kompleks karbonhidrat tüketen iki grup karşılaştırılmıştır. Kompleks karbonhidratları daha fazla tüketen kadınların diğer gruptan 1,5 yıl daha geç menopoza girdiği tespit edilmiştir. Araştırmacılar, yağlı balıklar ve kurubaklagillerin içeriğinde bulunan omega3 yağ asitlerinin içeriğinde bulunan antioksidan maddeler kadın vücudunda yumurtlama süresini uzatabilmektedir. Bait karbonhidratlar insülin direncini arttırmakta, cinsiyet hormonu üretim düzeyini bozmakta ve östrojen seviyesinde değişikliğe sebep olmaktadır. Tüm

bunlardan dolayı yumurtlama sıklığı artarak yumurtaların daha hızlı yok olmasına sebep olmaktadır (Dunneam et al., 2018).

#### **2.2.3.4. Protein tüketimi**

Kemik kütlesinin 1/3'ünü ve kemik hacminin yaklaşık olarak %50'sini protein oluşturmaktadır. Protein, kemik için yapısal bir yapı olmakla birlikte, kemiklerin büyüme ve gelişmesini uyarır, bağırsakta fosfor ve kalsiyum emilimini artırır ve D vitamini sentezi sayesinde insülin benzeri büyüme hormonu I (IGF-I) seviyesini düzenler. Kemiklerin sağlıklı olması için günlük beslenmede yeterli ve dengeli olarak proteine ihtiyaç duyulur (Rizzoli et al., 2014).

Yapılan araştırmalarda yetişkin kadın ve erkeklerin günlük olarak kiloları başına 0,8-1,0 g protein almaları önerilmektedir. Toplam protein miktarının belli bir miktarı hayvansal kaynaklı belli bir miktarı bitkisel kaynaklı protein olmalıdır. Bu miktarlar sırasıyla %35-30 ve %70-75 olarak belirlenmiştir (Anonim, 2015) TÜBER'e göre menopoş öncesi, menopoş ve menopoş sonrası dönemde kadınların günlük protein alım miktarları kilogram başına 0,83 g olarak belirlenmiştir (TÜBER, 2015). Yurt dışında yapılan başka bir çalışmada 19-64 yaş aralığında olan kadınların günlük alması gereken protein miktarı 45 g olarak bulunmuştur (Public Heald England, 2016). Menopoş sonrası dönemde olup aynı zamanda egzersiz yapan kadınlar için günlük önerilen protein miktarı da kilogram başına 0,9-1,7 g olarak belirlenmiştir. Yeterli ve dengeli olarak vücuda alınan protein kilonun korunmasında ve kilo artışının önlenmesinde oldukça önemlidir (Holm et al., 2019). Et, süt, yumurta, tavuk, balık ve kurubaklagiller proteinlerin önemli kaynaklarıdır (Spiegel et al., 2013).

Kadınlar, yaşlarının ilerlemesi ve menopoş dönemine geçiş yapımlarıyla birlikte en büyük sağlık sorunlarından olan osteoporoz (kemik erimesi) ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Vücudunun protein ihtiyacının üzerinde protein tüketimi de osteoporoz için risk faktörlerindedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Fazladan alınan her 1 g protein idrarda 1 mg kalsiyum atılımına sebep olmaktadır (Ginty, 2003). Yüksek hayvansal protein tüketiminin kalsiyum kullanımı ve kemik sağlığı üzerine etkisini araştırmak için yapılan başka bir çalışmada, uzun süre yüksek protein tüketiminin (kilogram başına 0,8 g ve üzeri), insülin benzeri büyüme hormonu I (IGF-I) döngüsünü, kalsiyum emilimini, kemik mineral yoğunluğunu (KMY)

arttırdığı ve kemik kırılma riskini azalttığı bulunmuştur (Cao and Niealsan, 2010). ESCEO (Avrupa Osteoporoz ve Osteoartrit Klinik ve Ekonomik Yönleri Derneği), menopoz sonrasında olan kadınlarda osteoporoz (kemik erimesi) ve sarkopenin önüne geçmek için ana öğünlerde 20-25 g arasında kaliteli protein tüketimini önermektedir (Rizzoli ve ark., 2014). Yetişkinler üzerine yapılan bir çalışmada, proteinin tek başına, kalsiyum ile veya D vitamini ve kalsiyum ile birlikte alımı araştırılmıştır. Yeterli miktarda alım kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve lomber omurga üzerinde koruyucu etki oluşturmuştur. Bazı sonuçlar proteinin D vitamini ve kalsiyum ile alımının kalça kırıkları, lomber omurga ve kemik mineral yoğunluğu üzerindeki etkisini desteklememiştir (Shams-White et al., 2017).

### **2.2.3.5. Yağ tüketimi**

Yağ, üç temel besin maddesinden en etkili enerji sağlayıcıdır. Vücut için elzendir ve enerji vermesinin yanında yağda eriyen vitaminler için (A, D, E, K) gereklidir. Postmenopoz kadınlarda beslenmede günlük enerjinin %20-30' u yağlardan sağlanmalıdır. Bu yağların içeriği kadar yağ asitlerinin dizilimi de önemlidir. Sağlıklı bir beslenme düzeninde trans ve doymuş yağ tüketimi minimum seviyeye indirilmelidir. Beslenme ile alınan günlük enerjinin %10'luk kısmından daha azı doymuş yağ, %1'lik kısmından daha azı trans yağ asitlerinden olabilir. Kolesterol içeriği ise günlük olarak 300 mg altında olmalıdır. Bu miktarlara dikkat etmek diyabet ve kardiyovasküler hastalık oluşumunun önlenmesine yardımcı olmaktadır. Yağ asitleri arasında olan çoklu doymamış yağ asitleri (ÇDYA) menopoz ve menopoz sonrası dönemde oldukça önemlidir. Çoklu doymamış yağ aitleri içerisinde omega3 kaynakları bitkisel sıvı yağlar, kanola yağı, keten tohumu yağı, balık yağıdır. Omega6 kaynakları ise mısır, susam, ayçiçek, soya, aspir yağı et ve süt ürünleridir (Rakıcıoğlu, 2008). Omega3 yağ asitleri, kan trigliserit, EPA ve DHA düzeyini düşürücü etkiye sahiptir. Bu etki menopoz öncesi kadınların kardiyovasküler hastalıklara yakalanmasında bariyer oluşturmaktadır (Sparkes et al., 2018). Aynı zamanda bu yağ asitlerinin anti inflamatuvar ve kalp sağlığını koruyucu etkisi bulunmaktadır (Calder and Yaqoob, 2012). 19-64 yaş aralığında olan kadınların günlük beslenmesinde alması gereken çoklu doymamış yağ miktarı 14 g olarak belirlenmiştir (Public Health England, 2016).

Menopoz döneminde olan 199 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınlara omega3 kaynağı olan keten tohumu 1 yıl süre ile günde 40 g verilmiştir ve menopoz belirti ve yakınmalarında anlamlı bir azalma saptanmıştır (Dodin ve ark., 2005). Bu çalışmaya benzer yapılan başka bir çalışmada yine menopoz döneminde olan kadınların beslenmesine 90 g keten tohumu eklenmiş ve takip edilmiştir. Menopoz belirti ve yakınmalarında olumlu etkiye rastlanmamıştır (Coli ve ark., 2012). Keten tohumu yağı içerisinde alfa linolenik asit bulunmaktadır. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada menopoz öncesinde olan kadınlara keten tohumu yağı verilmiştir ve sonuçlar incelendiğinde alfa linolenik asitin kemik sağlığı, böbrek hastalıkları ve obezite üzerine olumlu etkileri bulunduğu tespit edilmiştir (Kim and Ilich, 2011). Menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada EPA ve DHA tüketiminin meme kanseri oluşumunda %25 azalma oluşturduğu bulunmuştur (Sharpira, 2012). Başka bir çalışmada menopoz sonrası dönemde olan kadınlara yüksek dozda EPA VE DHA takviyesi 3 ay boyunca verilmiştir. Bu araştırma sonucunda kemik geri emiliminin azaldığı, kemik kırılma riskinin arttığı bulunmuştur (Hutchins-Wiese et al., 2014) Koreli ve Amerikalılar menopoz sonrası dönemde olan kadınlarla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Postmenopozal koreli kadınlara haftada 353 g kabuklu deniz ürünü ve balık; Amerikalılar ise haftada 158 g kabuklu deniz ürünü ve balık tüketmektedir. Buna göre Korelilerin Amerikalılara göre kemik mineral yoğunluğu daha fazla ve osteoporozu karşı daha dirençli oldukları ortaya çıkmıştır (Choi and Park, 2016).

#### **2.2.3.6. Posa**

Diyet posası; bitkilerin hücre duvarlarını oluşturan nişasta olmayan polisakkaritler, lignin, sindirilmeyen oligosakkaritler ve dirençli nişastandan oluşur (Samur ve Mercanlıgil, 2008). Diyet posası koruyucu ve tedavi edicidir. Posa içeriği yüksek olan besinler; kurubaklagiller, sebzeler, meyveler ve tahıllardır. Suda çözünen posanın (çilek, armut, elma gibi meyveler, sebzeler, yağlı tahıllar, kurubaklagiller, arpa, yulaf vb., kan glikoz miktarını ve kolesterolü düşürücü etkisi bulunmaktadır. Yeterli ve dengeli posa tüketimi diyabet, kalp damar hastalıkları, kanser riskini azaltmaktadır. Suda çözünmeyen posanın (mısır, buğday kepeği, tam buğday ürünler, tahıllar vb.), bağırsak faaliyetleri üzerinde olumlu etkileri

bulunmaktadır (Rakıcıoğlu, 2008). Menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası dönemde günlük alınacak posa miktarı 25 g olarak belirlenmiştir (TÜBER, 2015).

Norveç'te ise kadınların günlük olarak 25-35 g posa tüketimi önerilmektedir (Nordic Council of Ministers, 2012). Yeterli ve dengeli posa alabilmek için haftada 2-3 defa kurbaklagil tüketilmeli, sebze meyve tüketimine önem verilmeli, tam tahıllı ürünler tercih edilmelidir. Tam tahıllı ürünler vitamini, B vitamini, magnezyum, demir, çinko, fosfor bakımından da oldukça zengindir (Baysal, 2009). Li ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada posa oranı yüksek beslenen premenopoz kadınların meme kanser riski, posadan fakir beslenenlere göre daha düşüktü bulunmuştur (Lii et al., 2013). Yapılan başka bir çalışmada diyetle alınan posa düzeyi ve meme kanseri arasında anlamlı ters bir ilişki bulunmuştur (Cade et al., 2007). Finlandiya da 23 menopoz sonrası kadınla yapılan bir araştırmada, 8 hafta boyunca kadınlara yüksek posa içeriği olan çavdar ekmeği tükettirilmiştir ve sonrasında total kolesterol ve LDL-kolesterol seviyelerine bakılmıştır. Araştırma öncesine göre anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur (Moazzami et al., 2012).

#### **2.2.3.7. Sıvı tüketimi**

Her dönemde olduğu gibi menopoz döneminde de sıvı tüketimi oldukça önemlidir. Menopoz döneminde olan bir kadının günlük olarak alması gereken miktar 2-2,5 L arasında olması önerilmektedir. Kronik hastalık, çevre, yapılan fiziksel aktivite gibi faktörler günlük sıvı gereksinim miktarını etkileyebilmektedir. Vücudun fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi, böbrek fonksiyonlarının devam etmesi, kabızlığın önlenmesi için yeterli sıvı tüketilmesi gerekmektedir. Sıvı tüketimi için su, süt, ayran, meyve suları örnek verilebilir (Baysal, 2009). Kemik ve diş sağlığını korumak için içme ve kullanım sularına florid eklenmesi ve içeriğin iyi ayarlanması gerekmektedir (0,7-1,2 mg/L) (Çakıroğlu ve Görgel, 2007).

#### **2.2.3.8. D vitamini, kalsiyum, magnezyum alımı**

Kadınların menopoza girmesi ile östrojen seviyesinde azalma meydana gelmektedir. Östrojen seviyesinde meydana gelen bu değişim kemik kaybında hızlı artış olmaktadır. Menopoz döneminde kemik kaybında olan artışın sebebi; bağırsaklardan kalsiyumun tam emilememesi, idrarda kalsiyum atılımının artması ve yeterli kalsiyum alınmaması olarak düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda menopoz öncesinde her 10 yılda %3-5 kemik yoğunluğunda kayıp olurken, menopoz sonrası

dönemde bu rakam yılda %1-3 olarak bulunmuştur. Tüm bu sebeplerden dolayı postmenopoz dönemde osteoporoz (kemik erimesi) çok sık rastlanmaktadır (Rakıcıoğlu, 2008).

Yapılan araştırmalara göre, yetersiz D vitamini alımı kemik kaybına sebep olduğu bulunmuştur. D vitamini eksikliği, kalsiyum emiliminin azalmasına ve sonucunda kalsiyum konsantrasyonlarını korumak için kemiklerden kalsiyum salınımına yol açmaktadır. Bu durumu ortadan kaldırmak için D vitamini alınımına dikkat etmek gerekmektedir (Laird et al., 2010).

D vitaminin en iyi kaynağı mor ötesi ışıklardan olan ultraviyole B (UVB) ışınlarıdır. Cilt, böbrek, karaciğer D vitamini sentezinde görev almaktadır. Güneşlenirken kullanılan koruyucular, ağız yoluyla yetersiz D vitamini alımı, kapalı giyim, yaşlanma, bağırsaklarda emilimin azalması, deride sentezin azalması D vitamini eksikliklerine sebep olmaktadır (Gökçe ve ark., 2011). Yaz aylarında güneşlenirken deri kanserine dikkat edilmesi gerekmektedir. Kol, bacaklar haftada 2 defa 5-30 dakika arasında güneşe tutulmalıdır. Bu sayede D vitamini alımı artmaktadır (Akpınar ve İçağasıoğlu, 2012).

İsviçre’de yapılan bir çalışmada, kadınlar 19 yıl boyunca takip edilmiştir. Uzun süre kalsiyum alımının kalça kırığı, osteoporoz ve kırık riski araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda kalsiyum alımındaki artış osteoporoz ve kırık riskinde azalmalar ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Waranjö et al., 2011). Tüber’e göre kadınlarda günlük kalsiyum gereksinimi 19-50 yaş arasında 1000 mg/gün, 50 yaş ve sonrasında 1200 mg/gün olarak belirlenmiştir (TÜBER 2015). Norveç’te yapılan araştırmalara göre 31-60 yaş arasında olan kadınların günlük olarak alması gereken D vitamini 10 mcg olarak belirlenmiştir (Nordic Council of Ministers, 2012). Japonya’da 30-69 yaş aralığında olan kadınların günlük alması gereken D vitamini miktarı ise 5,5 mcg’dır (Published by Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, JAPAN, 2015).

Plazma D vitamini konsantrasyonu ile overler arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (Jukic et al., 2015). Beslenmesinde düşük miktarda D vitamini (148IU/gün) tüketen gruba göre yüksek miktarda D vitamini (528 IU/gün) tüketen grup karşılaştırıldığında yüksek miktarda tüketen grubun erken menopoz riski %17 daha düşüktür (Purdue Smithe et al., 2017). Yeterli ve dengeli beslenmede süt ve süt ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler mutlaka bulunmalıdır. Kalsiyumun en iyi kaynakları

süt ve süt ürünleridir (süt, ayran, yoğurt, peynir vb.). Ayrıca yeşil yapraklı sebzeler, pekmez, kurubaklagillerde diğer zengin grup içerisinde (Çelikkanat, 2012).

### **2.2.3.9. Tuz ve sodyum tüketimi**

Tuz, %40 oranında sodyum ve %60 oranında kloridden oluşmaktadır. Vücutta sıvı ve elektrolit dengesini düzenleyen ve sinir kas uyarı iletimi için gerekli olan iki temel mineral sodyum ve potasyumdur (Gilbert and Heiser 2005). Aşırı miktarda tuz tüketimi osteoporoz için risk faktörüdür. Günlük alınan fazla sodyum, idrarda kalsiyum ve sodyum atımını arttırmaktadır bu da plazmada kalsiyum seviyesinin düşmesine sebep olmaktadır (Heaney, 2006).

Menopoz sonrası kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, kadınlara 5 hafta boyunca kalsiyum (518 mg-1284 mg) ve tuz (3,9 gr-11,2 g) miktarı ayarlanarak verilmiştir. Yüksek oranda tuz ve kalsiyum tüketimi sonrasında kemik kalsiyum dengesinde anlamlı olarak değişme ve idrardan kalsiyum atılımında artış olduğu bulunmuştur (Teucher et al., 2008).

Dünya Sağlık Örgütüne göre yetişkin bir bireyin günlük tuz tüketimi 0,5 g'dan az olması gerekmektedir. Literatür incelendiğinde çoğu ülkede ortalama günlük tuz tüketiminin 9-12 g arasında olması gerektiği söylenmektedir (Legetic and Campbell 2011). Vücuda alınan tuzun fazla olması idrarda sodyum atımı artmaktadır. Sodyum atımının artmasına paralel olarak kalsiyum atımı da artmaktadır. Artan sodyum ve kalsiyum atımı da kemik mineral yoğunluğunun azalmasına sebep olmaktadır. Beslenme ile yeterli miktarda kalsiyum ve tuz alımı osteoporoz üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır (Demirel ve ark., 2015).

### **2.2.3.10. Çay ve kahve tüketimi**

Dünya geneline bakıldığında çay ve kahve en çok tercih edilen ve tüketilen içecekler olduğu görülmektedir (Dai et al., 2018). Çay ve kahvenin içerisinde kafein doğal olarak bulunmaktadır. Yüksek miktarda kafein tüketimi (günlük 330 mg ve üzeri veya 4 fincan) kalsiyum emilimini ve kemik kaybını olumsuz olarak etkilemektedir (Kyeong Choi and Hyun Kim, 2016).

Çay, kahve tüketimi ve osteoporoz arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan bir çalışmada yüksek miktarda kafein (günlük 330 mg ve üzeri) alan bireylerin, düşük miktarda kafein (günlük 200 mg ve altı) alanlara göre kemik kırılma riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Çay tüketimi ile bir ilişki olduğu

düşünülmemektedir, fakat kahve tüketimi arttıkça kemik kırık riski de doğru orantılı olarak artmaktadır. İsveç'te yapılan başka bir çalışmada fazla miktarda kafein tüketiminin kemik yapısında bozulmaya sebep olduğu bulunmuştur. Osteoporoz riskini azaltmak için kahve tüketimine (günlük 3 bardak) dikkat etmek gerekmektedir. Menopoz öncesi kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da kahve tüketiminin osteoporoz üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür. Fakat çalışmadaki kişi sayısının az olması sebebiyle böyle bir sonuç alındığı düşünülmektedir (Young Kim, 2014). Çay, kahveye oranla daha az miktarda kafein içermektedir ve polifenol kaynağıdır. Yapılan araştırmalarda, siyah çay ve yeşil çayda bulunan polifenollerin kemik kaybını azalttığı bulunmuştur (Oka et al., 2012). Çin'de 40 yaş ve üzerinde olan kadınlarla bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada çay tüketen kadınların tüketmeyenlere göre kemik mineral yoğunluğu daha fazla bulunmuştur (Huang et al., 2018). Başka bir çalışmada fazla miktarda kafein alımı ve vazomotor semptomlar arasında bir bağlantı tespit edilmiştir. Düzenli olarak kahve içen menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların, kahve tüketmeyen kadınlara göre daha fazla vazomotor semptomla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir (Faubion et al., 2015).

#### **2.2.3.11. Sigara**

Sigara kullanımı, östrojen miktarını ve kullanımını azaltmaktadır ve bu yüzden erken menopoza sebep olmaktadır (Çelikkanat, 2012). Sigara folikül kaybını hızlandırarak menopoz yaşının aşağıya inmesine sebep olmaktadır (Arslan Erdoğan, 2009). Yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların sigara içmeyen kadınlara göre 2-4 yıl arasında daha erken menopoza girdiği tespit edilmiştir. Günlük içilen sigara miktarı ne kadar fazlaysa ile folikül tükenmesi de o kadar fazla ve hızlı olmaktadır (Terzioğlu ve ark., 2008). 50 yaş ve üzerinde olan erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda sigara içmenin kemik mineral yoğunluğu ve kemik kırıklarının araştırılması üzerine yapılan bir çalışmada, sigara içmeyen menopoz sonrası kadınlarda ve sigara kullanmayan erkeklerde sigara kullananlara daha yüksek kemik mineral yoğunluğu bulunmuştur (Akhlaq et al., 2015). 2016 yılında yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile menopoz semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sigara kullanmayan menopozlu kadınların menopoz semptomlarının, kullananlara göre daha az olduğu görülmüştür (Copeland et al., 2016)

### **2.2.2.12. Alkol**

Yapılan çalışmalara incelendiğinde menopoza sonrası dönemde olan kadınların yüksek miktarda alkol tüketimi (günlük 3 kadeh ve üzeri) yüksek kemik kırık riski ve düşük kemik mineral yoğunluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fakılı, 2013) Kafein ve alkol tüketiminin menopoza giriş yaşıyla ilişkisini araştıran bir çalışmada, düşük miktarda alkol tüketiminin ve günlük 14 adet ve üzerinde sigara içmenin anti östrojenik etki oluşturduğu bulunmuştur (Kinney et al., 2006).

### **2.2.4. Menopoz Döneminde Tedavi Yöntemleri**

#### **2.2.4.1 Hormon replasman tedavisi**

Kadınların menopoz dönemine girmesi, östojen seviyesinde azalma görülmektedir. Östojen seviyesinde azalma kadınların vücudunda menopoz semptomları ortaya çıkmaktadır. Bu semptomları en aza indirmek için 1990'dan yıllarından östrojen veya östrojen progesteron kombine kullanımı başlamıştır (Köksal ve ark., 2004).

Menopoz döneminde olan kadınların, kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak, osteoporoz ile başa çıkmak ve vazomotor semptomlarını en aza indirmek için bazı tedavi yöntemleri ortaya konmaktadır. Menopoz döneminde olan kadınların en çok yaşadıkları semptomlar depresyon ve sinirlilik olarak bilinmektedir. Bunların yanında vajinal kuruluk, libido kaybı ve ağırlı cinsel ilişki yaşama kadınlar için büyük sıkıntılar yaratmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı bu dönemde olan kadınların sıkıntılarını azaltmak için hormon replasman tedavisi (HRT) önerilmektedir. Dünya geneli incelendiğinde menopoz döneminde olan kadınların %10'luk kısmının hormon replasman tedavisi gördüğü düşünülmektedir (Erdem, 2006). Erken menopoza girmiş kadınların kemik dokularını korumak için de hormon replasman tedavisi uygulanmaktadır. Anoreksiya nevroza, amonere ve turner sendromunda da kemik yapısını korumak için tedavi olarak hormon replasman tedavisi uygulanmaktadır (Royal College of Nursing, 2017). Dünya literatürü incelendiğinde Hormon replasman tedavisinin olumlu kanıtları olmasına rağmen avantaj ve dezavantajları hala tartışılmaktadır (Şanlıoğlu, 2001). Menopoz sonrası dönemde semptomların azalmasında ve osteoporozun önlenmesinde olumlu etkileri olsa da meme kanserinde risk artışına sebep olmasıyla ilgili çalışmalar ortaya atılmaktadır (Turgut ve ark., 2008). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hormon replasman

tedavisinin kardiyovasküler hastalıklar üzerinde olumlu sonuçları olduğu görülmüştür. Fakat Women's Health Initiative (WHI) tarafından yapılan bir çalışmada hormon replasman tedavisinin menopoz dönemindeki kadınların üzerindeki etkileri incelendiğinde kardiyovasküler hastalık riskinde artışa sebep olduğu ve kadınlar da felç oluşum riskini arttırdığı düşünüldüğü için kullanımı durdurulmuştur. Bu sonuçlar sonrasında hormon replasman tedavisinin uygulanmasını tartışmaya açmıştır (Öge, 2004). Million Women Study (MWS), Women's Health Initiative (WHI) ve Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği vazomotor semptomlarla başa çıkmak için kullanılan hormon replasman tedavisi sonucunda ortaya çıkan tüm sonuçları inleyerek bir rapor yayınlamıştır. Rapora göre vazomotor semptomlar içinde olan sıcak basması, uyku bozuklukları ve üriner atrofi ile başa çıkma yöntemi olarak en etkili seçeneğin halen hormon replasman tedavisi olduğu düşünülmektedir (Erel, 2004).

#### **2.2.4.1 Alternatif yöntemler**

Tamamlayıcı alternatif tıp, batı tbbı ve geleneksel tıbbın dışında olan geniş bir alanda uygulamalara sahip şifa tıbbıdır. Bilim dışı olarak görülmemekte ve tamamlayıcı alternatif tıp hakkındaki araştırmalar devam etmektedir. Bu tıp yöntemi batı tıbbının yanında hastalıkların etkisini azaltmak ve iyileşmenin hızlanmasını sağlamak için uygulanmaktadır. Klasik tıbbi asla reddetmez ve klasik tıbbın zorlandığı kısımlarda uygulanmaya başlanır. Hızlı iyileşmede etkili olduğu çalışmalarca kanıtlanmıştır (NCAM, 2005).

Tamamlayıcı alternatif tıp, menopoz döneminde olan kadınların semptomlarının giderilmesinde kullanılmaktadır. Araştırmalara göre dünya genelinde %22-%83 oranında tamamlayıcı alternatif tıp kullanılmaktadır (Gün ve Demirci, 2015). Alternatif tıp uygulamalarının içerisinde bitkisel ürünler de bulunmaktadır. Menopoz dönemindeki kadınların genel olarak kullandığı şerbetçi otu (*humulus lupulus*), sahil çamı (*pinus pinaster*), soya (*glycine soja*), hayıt (*vitex agnus*), karayılan otu (*cimicifuga racemosa* l), ginseng (*panax ginseng*), sarı kantron (*hypericum perforatum*), keten tohumu (*usitatissimum*) gibi bitkilerin semptomlar üzerindeki etkilerinin ortaya konması için kanıt düzeyi yüksek çalışmalar yapılması gerekmektedir (Demirci, 2015).

## **2.3. Bitkisel Ürünler ve Menopoz**

### **2.3.1. Bitkisel Ürünün Tanımı**

Bitkisel ürün, bitkinin tamamından veya kök, gövde, yaprak kısımlarından elde edilen maddelerdir. Aynı zamanda bir veya birden fazla bitkiden elde edilmiş, aktif içerikleri bulunan ham veya işlem görmüş maddeler olarak da tanımlanabilir. Bitkisel ürünler, geçmişten (MÖ 3000) bugüne kadar birçok insanın ve kültürün kullandığı maddelerdendir. Geçmişte ve bugün hastalıkların düzelmesi ve hafiflemesi için ilaç gibi veya ilaçlarla birlikte bitkilerden faydalanılmaktadır. Nezle, soğuk algınlığı, grip, bulantı, kusma, depresyon ve menopoz yakınmalarını baş etme yöntemi olarak kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarına göre de bireylerin yaklaşık olarak %50'si hastalıklardan kurtulmak ve hastalıklara yakalanmamak için bitkisel ürünlerden yararlanmaktadır (Çiftçi ve ark., 2017). Bitkisel ürünlerin vücuda faydalarının veya ilaçlarla etkileşimleri sonucunda yan etkilerinin incelendiği çalışmalar yeterli olmamasına rağmen bireylerin bitkisel ürünlere güveni oldukça yüksektir (Kul Uçtu ve ark., 2018).

### **2.3.2. Dünya ve Türkiye de Kullanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınlarına göre; tüm dünya nüfusunun %80'i, bitkisel ürünleri tedavi amacıyla kullanmaktadır (Eisenberg et al.,1998). Yapılan araştırmalarda, bilimin hızla gelişmekte olmasına rağmen bitkisel ürün kullanımının dünya genelinde bu kadar yüksek olmasının sebebinin medyada bu ürünlerin bazı çıkarlar için büyütülerek pazarlanmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Akça, 2017).

Ülke bazında bitkisel ürün kullanım sıklığı incelenecek olursa, İskoçya'da %23, Danimarka'da %15, İngiltere'de %5, İtalya'da %4,8 ve Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) %3,9'dur. (Wegerner, 2013). Türkiye'de 28 ilden elde edilen 1053 adet anket çalışmasıyla bitkisel ürün kullanım durumu saptanmak istenmiştir. Çalışmaya 583 erkek, 470 kadın katılmıştır. Tüm katılımcılar arasında 645 kişi bitkisel ürün kullanmaktadır. Bireylerin öğrenim düzeyleri arttıkça bitkisel ürüne yönelimleri de artmaktadır. Bitkisel ürün kullanım sıklığının en yüksek olduğu aralık 31-40 yaş aralığıdır (%16.25). Bireylerin yarısından fazlası (%51,2) reçete dışı bitkisel ürün kullanmaktadır. Katılımcılar bitkisel ürünlere oldukça olumlu bakmakta ve fayda gördüklerini söylemektedir (Koçtürk ve ark., 2009).

### 2.3.3. Bitkisel Ürünler

#### 2.3.3.1. Adaçayı (*Salvia officinalis*)

Adaçayı, ballıbabagiller (*salvia* L. Cinsi Lamiaceae) familyasına ait dünya üzerinde çok fazla yerde görülebilen bir bitkidir (Büyükkaya, 2022). Bu türün tıbbi özelliklerini ilk kez Romalı'lar keşfetmiştir. Eski çağlardan beri bu tür içerisinde bilinen ve en çok kullanılan adaçayıdır. Mısırlı'lar adaçayını çocuk sahibi olmak için de kullanmıştır. Aynı zamanda çok eski çağlarda öksürük, grip, soğuk algınlığı, diş hastalıkları, ağız içi hastalıklarında da yaygın olarak kullanılmıştır (Davis, 1982). Adaçayından elde edilen adaçayı yağında monoterpenler bulunmaktadır. Monoterpenlerin terlemeyi önlediği düşünülmektedir. Menopoz sonrası dönemde ateş basma şikayeti olan kadınlara adaçayı yağı kullanımı tavsiye edilmektedir (Glandstar, 1992).

Menopoz sonrası dönemde olan kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, kadınlara 8 hafta boyunca adaçayı tableti verilmiştir. Bu tableti kullanan kadınlarda Kontrol grubuna göre ateş basması, gece terlemesi, gibi yakınmaların daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Bu çalışma sonucunda Hormon replasman tedavisine alternatif olarak yeni bir ürün keşfedilmiştir (Rat et al., 2016).

#### 2.3.3.2. Şerbetçi otu (*Humulus lupulus*)

Şerbetçi otu, cannabaceae familyasına ait olan tırmanıcı bir bitkidir. Humulon, lupulan ve lupulin türevlerini içermekte ve dişi çiçekler bitkiye acı bir tat vermektedir (Baytop, 1999). Eski çağlarda insanlar şerbetçi otunu, idrar söktürücü, ter atıcı, ateş düşürücü, iştah açıcı ve yatıştırıcı olarak kullanmışlardır. Şerbetçi otu Kızılderililer tarafından aktif bir şekilde yatıştırıcı olarak kullanıldığı düşünülmektedir (Foster and Tyler, 1999).

Randomize kontrollü bir çalışmada bireylere 6 hafta boyunca şerbetçi otu ekstrartı içeren tabletler verilmiştir. 6 haftanın sonunda menopoz semptomları olan terleme, uykusuzluk, kalp çarpıntısı, sinirlilik gibi yakınmalarda azalma olduğu kadınlar tarafından bildirilmiştir. Şerbetçi otu ekstratının menopoz semptomları üzerinde olumlu etkiler yarattığı düşünülmektedir (Heyerick et al., 2006).

#### 2.3.3.3. Hayıt (*Vitex agnus-castus*)

Hayıt, mine çiçeğigiller familyasından olan bir bitkidir. Mor renkli çiçeklere sahiptir. Hayıt otu içerisinde bulunan vitex agnus-castus yağı östrojene bağlanır ve

buna bağımlı genlerin sentezlenmesinde rol oynar. Yapılan araştırmalara göre uzun yıllardan beri özellikler kadın hastalıkların da aktif olarak kullanılmaktadır. Menopoz döneminde olan kadınlar üzerine yapılan bir araştırmada kadınlara düzenli olarak hayıt otu preparatları verilmiştir. Çalışmanın sonucunda semptomlarda olumlu bir etki görülmemiştir (Laakmann et al., 2012).

#### **2.3.3.4. Yams kökü (D. Ratundata)**

Yams kökü, ülkemizde çok bilinmeyen latince ismi dioscorea villasa olan bir bitkidir. Yamsgiller familyasına aittir. Korunma kökü, dioskor kökü, hormon kökü gibi isimlerle de bilinir. Fareler üzerinde yapılan bir araştırmada yams kökünün kemik mineral yoğunluğunu arttırdığı görülmüştür (Chiang et al., 2011).

22 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınlara 30 gün boyunca 390 g yams kökü verilmiştir. Sonuçlara göre 16 alfa- hydroxystrone ve idarada östrojen genotoksik metabolitinde anlamlı bir azalma görülmüştür. Bu sonuçlara göre yams kökünün kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı düşündürtmektedir. Kesin bir kanıya varabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Wu et al., 2005).

#### **2.3.3.5. Kava kava (Piper methysticum)**

Latince ismi piper methysticumdur. Salomon adaları, Yeni Zellanda, Kaledonya gibi ülkelerde doğal olarak yetişmektedir. Yaprak dökmeyen dik bir çalıdır. Daha çok stres azaltıcı, sakinleştici ve rahatlatıcı olarak kullanılmaktadır (WHO, 2002).

Yapılan kontrollü bir araştırmada hormon replasman tedavisi ve kava kava ekstratını aynı anda bir grup ile sadece hormon replasman tedavisini kullanan bir grup karşılaştırılmıştır. Sonucunda hormon replasman tedavisi ve kava kava ekstratını kullanan grupta sadece hormon replaman tedavisi alan gruba göre menopoz sonrası anksiyete de azalmanın daha fazla olduğu saptanmıştır (De Leo et al., 2000). Başka bir çalışma incelendiğinde verilerin anksiyete üzerine etkili olduğu görülmektedir. Fakat menopoz dönemi ve sonrasındaki yakınmalar için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Pittler and Ernst, 2003).

### **2.3.3.6. Sahil çamı (Pinus pinaster)**

Sahil çamı, çamgiller familyasına ait bir bitkidir. Fransa, Atlantik ve Yunanistan sahil kıyılarında yaygın olarak görülmektedir. Latince ismi pinus pinasterdir. Güçlü bir antioksidan kaynağıdır. İnflamasyonların azalmasında etkin rol oynar (Grimm et al., 2006).

Menopoz döneminde olan kadınlar üzerinede yapılan iki çalışma incelenmiştir. Sahil çamı ekstratı kullanılarak üretilen takviyeyi kullanan bireyler ve plasebo grubu karşılaştırılmıştır. Takviye alan kadınların plasebo grubuna göre vazomotor semptomlarında anlamlı bir azalma görülmüştür (Yang et., al 2007, Kohama et al., 2013).

Sahil çamı ekstratı kronik kalp hastalıklarında endotel fonksiyonu artırmakta ve oksidatif stresi azaltmaktadır (Enseleit et al., 2012).

### **2.3.3.7. Karayılan otu (Actaea racemosa)**

Karayılan otunun latince ismi actaea racemosadır. Kuzey Amerika'da bulunur ve oranın yerli bir bitkisidir. Karayılan otu yıllardır bitkisel ilaç olarak kullanılmaktadır. En yaygın kullanım alanı kadın sağlığı sorunları üzerinedir. Menopoz, postmenopoz semptomlarının etkisinin azaltılması üzerine birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen etki mekanizması hakkında tam kesin bilgi bulunmamaktadır (Borelli and Ernst, 2008).

1987 yılında Almanya'da yapılan bir araştırmada karayılan otunun menopoz semptomları üzerine etkileri araştırılmıştır. Menopoz döneminde olan 80 kadına 12 hafta boyunca karayılan otu verilmiştir. Sonucunda karayılan otu kullanan kadın grubunun kullanmayan gruba göre vazomotor semptomlarında anlamlı bir azalma görülmüştür (Morelli and Naqun, 2002).

Karayılan otunun bazı yan etkileri bulunmaktadır. Yüksek dozda kullanıldığında tansiyon düşüklüğü, baş dönmesi, baş ağrısına sebep olabilmektedir (McMillian and Mark, 2004).

### **2.3.3.8. Çin melek otu (Dung quai)**

Çin melek otu apiaceae familyasına ait bir bitkidir. Latince ismi dung quaidir. Sadece Çin'de yetişmektedir ve Çin'e özgüdür. Bitkinin antiseptik özelliği bulunmaktadır. 1997 yılından beri kullanımı ile ilgili önem arz eden bir çalışma bulunmamaktadır. 2000 yılından beri melek otu yaygın olarak kullanılmaktadır.

Çin’de kullanımı daha çok başka bitkiler ile kombinasyon şeklindedir. (Hamm and Dahl, 2002).

Menopoz döneminde olan 71 kadın üzerinde 24 hafta süren bir araştırmaya göre melek otunun vazomotor semptomlar üzerinde olumlu bir etki göstermediği bulunmuştur (Morelli and Naquin, 2002).

#### **2.3.3.9. Ginko biloba (Ginko bilolba L.)**

Ginko biloba, mabet ağacı olarakta bilinmektedir. Ginkgoaceae familyasına aittir. Çin’de yaşamaktadır ve en eski ağaç türlerindedir. Yaprakları terpenoid ve flavonoid içermektedir. Çin’de yıllardır yaygın olarak hafıza güçlendirme ve dolaşım bozukluklarını gidermede aktif olarak kullanılmaktadır (Borelli and Ernst, 2010).

Yapılan bir araştırmada menopoz döneminde olan kadınlara ginko biloba ağacını apraklarından elde edilen takviyeler verişmiştir ve semptomlar üzerine etkisi araştırılmıştır. Semptomlar üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Fakat mental sağlık üzerine olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir (Hartley et al., 2003, Elsabagh et al., 2005).

#### **2.3.3.10. Kızıl yonca (Trifolium pratense)**

Kızıl yonca, baklagiller familyasına ait, çiçeksiz otsu bir bitki türüdür. Avrupa, Asya, Afrika’da yaygın olarak görülmektedir. Kızıl yonca 4 çeşit (daidzein, genistein, biokanin A, formononetin) izoflovan içermektedir (Burdetta et al., 2002).

2006 ve 2012 yıllarında yapılan iki çalışma incelendiğinde; 2006 yılında yapılan çalışmaya göre menopozun vazomotor semptomlarını azaltmada anlamlı bir etkisinin olmadığı söylenirken, 2012 yılında yapılan çalışmaya göre kızıl yonca kullanan bireylerin menopoz semptomlarında ve şiddetinde anlamlı bir fark görüldüğü söylenmektedir (Booth et al., 2006, Lipovac et al., 2012).

#### **2.3.3.11. Keten tohumu (Linum usitatissimum)**

Keten tohumu, linaceae familyasına ait bir bitkidir. Keten tohumunun kelime anlamı çok kullanışlıdır. Yaygın olarak tropikal ve ılıman iklim bölgelerinde yetişmektedir. Avrupa Farmakopesi’nde tıbbi bitki listesine dahil edilmiştir (Haggerty, 1999, Grieve, 1985). Keten tohumu alfa linolenik asit ve proteinden oldukça zengin ve flavonoid, lignan, fenolik asitlerin doğal kaynağıdır. Sağlık için faydalı birçok bileşiği yapısında bulundurmaktadır. İçeriğinde bulunan yağ asitleri

sayesinde vücut sıcaklığının korunmasında, dokuların korunmasında, enerji üretiminde yer almaktadır. Kabızlık üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (İşleroğlu ve ark., 2005). Uzun yıllardır geleneksel tıpta soğuk algınlığı, öksürük, ateş, sakinleştirme ve yangıyı azaltmada kullanılmaktadır. Kızılderililer'in keten tohumu yağını, ateş, öksürük, soğuk algınlığında kullandığı söylenmektedir (Andreana and Edward, 2003, Hamel and Chiltoskey, 1975).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde 5 çalışmada menopoza döneminde meydana gelen vazomotor semptomlar üzerinde, 6 çalışmada ise seks hormonlarının düzeyince anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Sonuç olarak keten tohumu kullanmanın menopoza semptomları üzerine etkisi bulunmadığı düşünülmüş, daha fazla ve geniş çalışmalar yapılması gerektiği söylenmiştir (Dew and Williamson, 2013).

#### **2.3.3.12. Sarı kantaron (*Hypericum perforatum*)**

Sarı kantaron, kantarongiller familyasına ait çiçekli bir bitkidir. Dünyanın birçok yerinde yetişmektedir. Flavonoidleri (rutin, hyperoside, quercetin), fenolik asitleri (klorojenik asit) yüksek oranda yapısında bulundurmaktadır (Al- Akoum et al., 2009). Uzun yıllardır doğal antidepresan ve menopoza semptomlarının azaltılmasında kullanılmaktadır. Depresyon tedavisinde etkili olduğu düşünülmektedir (McMillian and Mark, 2004).

Menopoz öncesi kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada tedavi grubunda yaşam kalitesinde ve anlamlı bir artış ve uyku problemlerinde azalma olduğu saptanmıştır. Sıcak basma sıklığı ve şiddetinde bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Al- Akoum et al., 2009).

#### **2.3.3.13. Yeşil çay (*Camellia sinensis*)**

Yeşil çay, *camellia sinensis* bitkisinin yapraklarından elde edilen bir çay türüdür. Aynı bitkiden siyah çay da elde edilmektedir. Siyah çayda yapraklar yavaş yavaş kurutulurken beyaz çayda yapraklar toplandığı gibi kurutulur. Çayların türlerinin farklı olması yaprak işlenmesi, hasat ve yetiştirilme ile ilgilidir (Sanlier ve ark., 2018). Yeşil çayın içeriğinde bazı proteinler, karbonhidratlar, aminoasitler, enzimler, lonoleik ve alfa linolenik asit, steroller, B, C, E vitamini, uçucu bileşikler ve iz elementler bulunmaktadır. Yeşil çayın vücuda çok yönden olumlu etkisi bulunmaktadır. 4000'den fazla kimyasal madde içermektedir. İçeriğindeki

bileşenlerden dolayı antioksidan olduğu düşünülmektedir (Çelik, 2006, Gübür, 2015).

Menopoz sonrası osteoporozu olan 171 kadın 6 ay boyunca takip edilmiştir. Kadınlar 3 gruba ayrılmıştır. Birinci gruba günlük 500 mg yeşil çay polifenolleri, ikinci gruba günlük 500 mg plasebo ve egzersiz, üçüncü gruba günlük 500 mg yeşil polifenolleri ve egzersiz uygulanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre yeşil çay polifenolleri ve egzersizin osteoporoz mekanizmasında yer alan oksidatif strese azalma meydana geldiği ve kemik sağlığına katkıda bulunduğu görülmüştür (Qian et al., 2012).

#### **2.3.3.14. Beyaz çay (*Camellia sinensis* L.)**

Beyaz çay, *camellia sinensis* bitkisinin olgunlaşmamış yapraklarından elde edilen bir çay türüdür. Çok az işlem görmekte ve sağlık üzerine çok fazla faydası bulunmaktadır. İçeriğinde yüksek miktarda kateşin, fenolik madde, mineral ve aminoasitleri barındırmaktadır (Salman ve Özdemir, 2018).

Yapılan çalışmalara göre antidiyabetik, antikanser, antimikrobik, antiobezite özellikleri bulunmaktadır. Kanserin önlenmesinde, diyabette karşı korumada aktif rol oynamaktadır (Sanlier ve ark.,2018).

#### **2.3.3.15. Çörekotu (*Nigella sativa* L.)**

Çörek otu, ranunculacea familyasına ait bir bitkidir. Latince ismi *nigella sativa* L'dir. Uzun yıllardır birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. İçeriğindeki bileşenlerden dolayı antioksidan, antibakteryal, antimikrobik, antikanser, antiinflamatuvar, antidiyabetik etkileri bulunmakta ve bağışıklık sistemini güçlendirici özelliği bulunmaktadır. Yapılan araştırmalara göre üreme sistemi, bağışıklık sistemi ve sindirim sistemi üzerine anlamlı etkileri bulunmaktadır (Ulus ve ark., 2018).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma menopoz döneminde olan kadınların beslenme durumu ve yakınmalarla baş etmede bitkisel ürün kullanımlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, gözlemsel tanımlayıcı araştırma türleri arasından kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu çalışma Şubat 2021- Eylül 2021 tarih aralığında Balıkesir il sınırları içinde bulunan Diyetisyen Demet Konak Sağlıklı Yaşam Merkezi'ne başvuran menopoz döneminde olan kadınlar ile yürütüldü.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini (83 kişi) belirtilen tarih aralığında Balıkesir il sınırları içerisinde bulunan Diyetisyen Demet Konak Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran menopoz döneminde olan kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise çalışmaya katılmaya onam veren, 40-60 yaş aralığında ve menopoz döneminde olan 83 kadın oluşturmaktadır. Örneklem hesabı G Power analizi ile yapıldı. G power hesabında 2013 yılında menopoz döneminde olan kadınların beslenme durumlarının ve yakınmalarla baş etme yollarının araştırılması üzerine yapılan bir çalışma kullanıldı (Carwile et al., 2013).

#### **3.4. Araştırmanın Etik Yönü**

Bu çalışma Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.01.2021 tarihinde 16 sayılı karar ile onaylandı. Araştırmaya katılan bireylere gerekli açıklamalar anket başlangıcında yazılı olarak yapılmış ve Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu okutulup, onaylandığına dair imza alındı.

### 3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Anket formu, bireylere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümde genel sağlık bilgileri, üçüncü bölümde bitkisel ürün kullanım bilgileri, son bölümde temek beslenme alışkanlıkları sorgulanmıştır. Ayrıca 3 günlük besin tüketim kaydı (2 gün hafta içi 1 gün hafta sonu) alınmıştır.

### 3.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum) verilmiştir. Verilerin çözümlenmesinin ilk adım olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımının karşılandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkının incelenmesi için Bağımsız Örneklem T testi; varsayımının karşılanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenleri arasındaki ilişkinin test edilmesinde örneklem boyutu varsayımı beklenen değer>5) karşılandığı durumlarda Pearson Ki-Kare testi, örneklem boyutu varsayımı karşılanmadığı durumlarda ise Fisher's Exact testi uygulanmıştır. Analizler IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak yapılmıştır.

Kişilerin BKİ'leri kg/m<sup>2</sup> hesabı ile yapılmıştır. BKİ sınıflandırması şu şekildedir (WHO, 2022).

**Tablo 3.6.1** Beden Kütle İndeks Sınıflandırma

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	
≤18,50	Zayıf
18,51-24,99	Normal
25,00-29,99	Fazla kilolu
(≥30,00	Obez

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 83 menopoz döneminde olan kadın ile gerçekleştirilen araştırmanın problem durumuna göre oluşturulan alt problemlerine ilişkin elde edilen bulgular bu bölümde verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	%		
Yaş (yıl)	41-50 yaş	28	33,7		
	51-60 yaş	55	66,3		
Medeni durum	Evli	68	81,9		
	Bekar	5	6,0		
	Dul/Boşanmış	10	12,0		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	2	2,4		
	İlkokul mezunu	21	25,3		
	Ortaokul mezunu	9	10,8		
	Lise mezunu	27	32,5		
Meslek	Üniversite mezunu	24	28,9		
	Ev hanımı	43	51,8		
	Memur	8	9,6		
	İşçi	4	4,8		
	Serbest Meslek	16	19,3		
	Emekli	12	14,5		
	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>S.S.</b>
Yaş (yıl)	83	41	60	53,35	4,66

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.'de incelenmiştir. Yaş ortalamasının  $53,3 \pm 4,66$  yıl olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %81,9'unun evli, %6'sının bekâr ve %12'sinin dul/boşanmış olduğu saptanmıştır.

Kişilerin %2,4'ü okuryazar değilken %25,3'ünün ilkokul mezunu, %10,8'inin ortaokul mezunu, %32,5'inin lise mezunu ve %28,9'unun üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %51,8'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımları

	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	$\bar{X}$	<b>S.S.</b>
Boy(cm)	83	140	175	161,33	5,90
Ağırlık(kg)	83	49	94	73,14	9,88
BKİ(kg/m <sup>2</sup> )	83	21,13	38,20	28,20	4,05
				<b>n</b>	<b>%</b>
BKİ		<b>Zayıf (<math>\leq 18,50</math>)</b>		0	0,0
		<b>Normal (18,51-24,99)</b>		20	24,1
		<b>Fazla kilolu (25,00-29,99)</b>		34	41,0
		<b>Obez (<math>\geq 30,00</math>)</b>		29	34,9

Katılımcıların antropometrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2.'de gösterilmiştir. Kişilerin boy ortalamasının  $161,33 \pm 5,09$  cm olduğu, vücut ağırlığı ortalamasının  $73,14 \pm 9,88$  kg ve BKİ ortalamasının  $28,20 \pm 4,05$  kg/m olduğu hesaplanmıştır. BKİ sınıflandırmasına göre katılımcıların %24,1'inin normal (18,51-24,99), %41'inin fazla kilolu (25,00-29,99) ve %34,9'unun obez ( $\geq 30,00$ ) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları

	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	$\bar{X}$	<b>S.S.</b>
Adet görme yaşı	83	11	20	13,80	1,87
Adet görme süresi (gün)	83	1	12	6,08	1,82
Menopoz yaşı	83	31	57	47,73	4,95
				<b>n</b>	<b>%</b>
Menopoz yaşı		51 yaş ve altı		65	78,3
		51 yaş üzeri		18	21,7
Menopoza girme nedeni		Doğal		70	84,3
		Cerrahi		13	15,7
Menopoz döneminde yaşanan semptomlar					

Sıcak basması	Evet	58	69,9
	Hayır	14	16,9
	Bazen	11	13,3
Sinirlilik	Evet	38	45,8
	Hayır	28	33,7
	Bazen	17	20,5
Çarpıntı	Evet	28	33,7
	Hayır	39	47,0
	Bazen	16	19,3
Uykusuzluk	Evet	35	42,2
	Hayır	29	34,9
	Bazen	19	22,9
Bitkinlik ve halsizlik	Evet	31	37,3
	Hayır	30	36,1
	Bazen	22	26,5
Gece terlemesi	Evet	39	47,0
	Hayır	20	24,1
	Bazen	24	28,9
Yakınmalarla baş etme durumu	Hiçbir şey yapmıyorum	43	51,8
	Hormon tedavisi alıyorum	9	10,8
	Bitkisel ürün kullanıyorum	31	37,3

Katılımcıların genel sağlık özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.3.'de sunulmuştur. Kişilerin menopoz yaş ortalamasının  $47,73 \pm 4,95$  yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %84,3'ü doğal olarak menopoza girerken %15,7'sinin cerrahi yolla girdiği görülmüştür. Kişilerin menopoz döneminde yaşadıkları yakınmalar şu şekildedir: Katılımcıların %69,9'u sıcak basması yaşadığı tespit edilmiştir. Kişilerin %45,8'inde sinirlilik hali bulunduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %33,7'sinde çarpıntı görüldüğü saptanmıştır. Kişilerin %42,2'sinin uykusuzluk çektiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %37,3'ü bitkinlik ve halsizlik hissettiği belirlenmiştir. Kişilerin %47'si gece terlemesi yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcılara yakınmalarla baş etme durumları sorulduğunda %51,8'inin hiçbir şey yapmadığı, %37,3'ünün bitkisel ürün kullandığı ve %10,8'inin hormon tedavisi aldığı saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımı ve Temel Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

		n	%
Düzenli olarak bitkisel ürün kullanımı	Evet	34	41,0
	Hayır	49	59,0
Bitkisel ürünleri kullanma nedeni	Yakınmalardan Kurtulmak	20	54,1
	Zayıflamak	1	2,7
	Sağlıklı Olmak	9	24,3
	Kendini iyi hissetmek	6	16,2
	Diğer	1	2,7
Bitkisel ürünler yakınmalarınıza fayda edip etmeme durumu	Evet	27	73,0
	Hayır	10	27,0
Günlük ana öğün sayısı	1 öğün	1	1,2
	2 öğün	55	66,3
	3 öğün	27	32,5
Günlük ara öğün sayısı	0 öğün	24	28,9
	1 öğün	32	38,6
	2 öğün	19	22,9
	3 öğün	8	9,6
Öğün atlama durumu	Evet	70	84,3
	Hayır	13	15,7
Atlaniyorsa atlama nedeni	Zayıflamak için	21	30,0
	Canım istemediği için	31	44,3
	Zamanım olmadığı için	14	20,0
	Unuttuğum için	4	5,7
	Üşendiğim için	2	2,9
Atlanan öğün türü	Sabah	18	25,7
	Kuşluk	9	12,9
	Öğle	37	52,9
	İkinci	5	7,1
	Akşam	2	2,9
	Gece	1	1,4
Yemeklerinize ekstra tuz ilave etme	Evet	19	22,9

durumu	Hayır	64	77,1
Yemek yeme hızı	Yavaş	15	18,1
	Orta	21	25,3
	Normal	26	31,3
	Hızlı	21	25,3

Katılımcıların bitkisel ürün kullanımı ve temel beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları Tablo 4.4.'de yer almaktadır. Kişilerin %41'i düzenli olarak bitkisel ürün kullanırken %59'unun kullanmadığı görülmüştür. Kişilerin %73'ü bitkisel ürünlerin yakınmalara fayda sağladığını ifade ederken %27'sinin fayda sağlamadığını bildirdikleri tespit edilmiştir. Kişilerin %84,3'ü öğün atlarken %15,7'sinin öğün atlamadığı görülmüştür. Kişilerin %52,9'unun öğle, %25,7'sinin sabah, %12,9'unun kuşluk, %7,1'inin ikindi, %2,9'unun akşam ve %1,4'ünün gece öğününü atladığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

		n	%
Sigara içme durumu	Evet	33	39,8
	Hayır	50	60,2
Alkol kullanma durumu	Evet	10	12,0
	Hayır	73	88,0
Düzenli olarak fiziksel aktivite durumu	Evet	15	18,1
	Hayır	68	81,9

Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre dağılımları Tablo 4.5.'de incelenmiştir. Kişilerin %39,8'i sigara içerken %60,2'sinin içmediği, %12'si alkol kullanırken %88'inin kullanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların Sıvı Besin Tüketim Durumlarına Göre Dağılımları

		n	%
Su tüketimi	1 litre	37	45,8
	2 litre	40	48,2
	3 litre	5	6,0
Çay içme durumu	Evet	78	94,0
	Hayır	5	6,0
Kahve içme durumu	Evet	75	90,4
	Hayır	8	9,6

Katılımcıların sıvı besin tüketim durumlarına göre dağılımları Tablo 4.6.'da gösterilmiştir. Kişilerin %45,8'inin bir, %48,2'sinin iki ve %6'sının üç litre su tükettikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %94'ü çay içerken %6'sının içmediği ve %90,4'ü kahve içerken %9,6'sının içmediği saptanmıştır.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların Günlük Enerji ve Besin Tüketimlerine Göre Dağılımları

	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	S.S.
Enerji (kcal)	336,98	10346,56	1243,98	1046,99
Protein (g)	23,90	117,00	42,49	13,27
Protein (%)	11,33	29,33	18,39	3,55
Karbonhidrat (g)	17,44	195,79	90,39	32,26
Karbonhidrat (%)	20,33	53,33	37,92	7,04
Bitkisel protein (g)	3,04	31,63	16,48	6,01
Posa (g)	3,35	20,03	12,05	3,84

Katılımcıların günlük enerji ve besin tüketim miktarlarının dağılımı Tablo 4.7.'de gösterilmiştir. Kişilerin ortalama kalori alımları  $1243,98 \pm 1046,99$  kkal olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama protein alımları ortalama  $42,49 \pm 13,27$  g olarak görülmüştür. Katılımcıların karbonhidrat alımları ortalama  $90,39 \pm 32,26$  g olarak tespit edilmiştir. Kişilerin ortalama posa alımı ortalama  $12,05 \pm 3,84$  g olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketimlerine Göre Dağılımları

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>S.S.</b>
Toplam yağ (g)	17,80	111,78	47,92	16,62
Toplam yağ (%)	29,33	58,33	43,66	6,38
DYA (%)	8,53	57,18	20,79	8,37
TDYA (%)	5,88	37,87	15,89	5,74
ÇDYA (%)	1,99	18,27	7,53	2,99
Kolesterol (mg)	54,67	529,98	300,78	115,39

Katılımcıların günlük yağ ve kolesterol tüketim miktarlarının dağılımı Tablo 4.8.'de gösterilmiştir. Katılımcıların toplam yağ alımları ortalama  $47.92 \pm 16,62$  g olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların Günlük Vitamin ve Mineral Tüketimlerine Göre Dağılımları

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>S.S.</b>
A vitamini (mcg)	255,50	1927,28	912,45	380,18
E vitamini (mg)	1,98	15,37	7,41	2,72
Tiamin (mg)	0,21	1,30	0,56	0,18
Riboflavin (mg)	0,47	4,08	1,05	0,46
Niasin (mg)	6,75	33,87	14,76	4,84
B6 vitamini (mg)	0,37	1,89	0,80	0,26
B12 vitamini (mcg)	1,17	12,15	3,30	1,45
Folik asit (mcg)	87,58	388,47	209,36	61,49
C vitamini (mg)	14,56	178,41	72,59	30,74
Sodyum (mg)	642,20	4043,75	1989,37	573,31
Potasyum (mg)	663,47	4786,13	1610,85	544,14
Kalsiyum (mg)	171,48	2543,30	496,07	284,92
Magnezyum (mg)	60,84	390,03	152,47	51,35
Fosfor (mg)	346,13	2347,77	705,67	257,88
Demir (mg)	2,64	10,91	5,35	1,49
Çinko (mg)	3,56	16,20	6,37	2,00

Katılımcıların günlük vitamin ve mineral tüketim miktarlarının Tablo 4.9.'da gösterilmiştir. Katılımcıların A vitamini alımı ortalama  $912,45 \pm 380,18$  ,E vitamini alımı ortalama  $7,41 \pm 2,72$  mg, Tiamin alımı ortalama  $0,56 \pm 0,18$  mg, Riboflavin alımı ortalama  $1,05 \pm 0,46$  mg, Niasin alımı ortalama  $14,76 \pm 4,84$  mg , B6 vitamini alımı ortalama  $0,80 \pm 0,26$  mg, B12 vitamini alımı ortalama  $3,30 \pm 1,45$  mcg, Folik asit alımı ortalama  $209,36 \pm 61,49$  mcg, C vitamini alımı ortalama  $72,59 \pm 30,74$  mg, Sodyum alımı ortalama  $1989,37 \pm 573,31$  mg, Potasyum alımı ortalama  $1610,85 \pm 544,14$  mg, Kalsiyum alımı ortalama  $496,07 \pm 284,92$  mg, Magnezyum alımı ortalama  $152,47 \pm 51,35$  mg, Fosfor alımı ortalama  $705,67 \pm 257,88$  mg, Demir alımı ortalama  $5,35 \pm 1,49$  mg, Çinko alımı ortalama  $6,37 \pm 2,00$  mg olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.10.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımlarına Göre Dağılımları

Ürünler		n	%	Ürünler		n	%
Adaçayı	Evet	27	32,5	Gingo biloba	Evet	4	4,8
	Hayır	56	67,5		Hayır	79	95,2
Şerbetçi Otu	Evet	5	6,0	Kızıl yonca	Evet	1	1,2
	Hayır	78	94,0		Hayır	82	98,8
Hayıt	Evet	3	3,6	Keten tohumu	Evet	13	15,7
	Hayır	80	96,4		Hayır	70	84,3
Yams kökü	Evet	1	1,2	Sarı Kantaron	Evet	9	10,8
	Hayır	82	98,8		Hayır	74	89,2
Kava kava	Evet	1	1,2	Yeşil Çay	Evet	28	33,7
	Hayır	82	98,8		Hayır	55	66,3
Sahil çamı	Evet	0	0,0	Beyaz Çay	Evet	5	6,0
	Hayır	83	100,0		Hayır	78	94,0
Karayılan ot	Evet	6	7,2	Çörekotu	Evet	14	16,9
	Hayır	77	92,8		Hayır	69	83,1
Çin melekotu	Evet	3	3,6	Bitkisel tablet	Evet	6	7,2
	Hayır	80	96,4		Hayır	77	92,8

Katılımcıların bitkisel ürün kullanımına göre dağılımları Tablo 4.10. verilmiştir. Adaçayı kullananların oranı %32, şerbetçi otu kullananların oranı %6, hayıt kullananların oranı %3,6, yams kökü kullananların oranı 1,2, kava kava kullananların oranı 1,2, sahil çamı kullananların oranı %0, karayılan otu

kullanıcıların oranı %7,2, çin melekotu kullanıcıların oranı %3,6, ginko biloba kullanıcıların oranı %4,8, kızıl yonca kullanıcıların oranı %1,2, keten tohumu kullanıcıların oranı %15,7, sarı kantaron kullanıcıların oranı %10,8, yeşil çay kullanıcıların oranı %33,7, beyaz çay kullanıcıların oranı %6,0, çörekotu kullanıcıların oranı %16,9, bitkisel tablet kullanıcıların oranı %7,2 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumları ile Menopoz Yakınmaları Arasındaki İlişki

		Bitkisel ürün kullanım durumu		Test İstatistiği	p	
		Evet	Hayır			
Sıcak basması	Evet	n	23	35	0,610	0,737
		%	67,6	71,4		
	Hayır	n	7	7		
		%	20,6	14,3		
	Bazen	n	4	7		
		%	11,8	14,3		
Sinirlilik	Evet	n	17	21	2,706	0,258
		%	50,0	42,9		
	Hayır	n	13	15		
		%	38,2	30,6		
	Bazen	n	4	13		
		%	11,8	26,5		
Çarpıntı	Evet	n	14	14	1,936	0,380
		%	41,2	28,6		
	Hayır	n	13	26		
		%	38,2	53,1		
	Bazen	n	7	9		
		%	20,6	18,4		
Uykusuzluk	Evet	n	15	20	0,172	0,917
		%	44,1	40,8		
	Hayır	n	11	18		
		%	32,4	36,7		

	Bazen	n	8	11		
		%	23,5	22,4		
Bitkinlik ve halsizlik	Evet	n	10	21	1,784	0,410
		%	29,4	42,9		
	Hayır	n	13	17		
		%	38,2	34,7		
Gece terlemesi	Bazen	n	11	11		
		%	32,4	22,4		
	Evet	n	16	23	1,805	0,406
		%	47,1	46,9		
	Hayır	n	6	14		
		%	17,6	28,6		
	Bazen	n	12	12		
		%	35,3	24,5		

Kişilerin menopoz dönemli sırasındaki yakınmaları ile düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumları arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş ve Pearson Ki Kare analizleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumu ile sıcak basması, sinirlilik, çarpıntı, uykusuzluk, bitkinlik ve halsizlik ve gece terlemesi yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.12.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumları ile İlgili Demografik ve Menopoz ile İlgili Özellikler Arasındaki İlişki

		Bitkisel ürün kullanım durumu			Test İstatistiği	p
		Evet	Hayır			
Yaş (yıl)	41-50 yaş	n	11	17	0,049	0,824
		%	32,4	34,7		
	51-60 yaş	n	23	32		
		%	67,6	65,3		
BKİ	Normal (18,51-24,99)	n	6	14	1,518	0,468
		%	17,6	28,6		
	Fazla kilolu (25,00-29,99)	n	16	18		
		%	47,1	36,7		
	Obez ( $\geq 30,00$ )	n	12	17		
		%	35,3	34,7		
Eğitim durumu	Okuryazar	n	1	1	0,579**	1,000
		%	2,9	2,0		
	İlkokul mezunu	n	8	13		
		%	23,5	26,5		
	Ortaokul mezunu	n	4	5		
		%	11,8	10,2		
	Lise mezunu	n	11	16		
		%	32,4	32,7		
	Üniversite mezunu	n	10	14		
		%	29,4	28,6		
Menopoz yaşı	51 yaş altı	n	26	39	0,115	0,734
		%	76,5	79,6		
	51 yaş ve üzeri	n	8	10		
		%	23,5	20,4		

Menopoza girme nedeniniz	Doğal	n	30	40	0,662	0,416
		%	88,2	81,6		
	Cerrahi	n	4	9		
		%	11,8	18,4		

\*\* Fisher's Exact testi

Katılımcıların düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumları demografik ve menopoza ait özellikler arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumu ile demografik ve menopoza ait özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.13.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Sıklıkları ile Kullandıkları Ürün Türü Arasındaki İlişk

		Bitkisel ürün kullanım sıklığı				Test İstatistiği	p
		Her gün	Haftada 3-4 gün	Haftada 1-2 gün	Diğer		
Adaçayı	n	1	7	16	3	61,888****	<b>0,048*</b>
	%	50,0	70,0	100,0	42,9		
Şerbetçi Otu	n	0	2	3	0		
	%	0,0	20,0	18,8	0,0		
Hayıt	n	0	1	2	0		
	%	0,0	10,0	12,5	0,0		
Yams kökü	n	0	0	0	1		
	%	0,0	0,0	0,0	14,3		
Kava kava	n	0	1	0	0		
	%	0,0	10,0	0,0	0,0		
Sahil çamı	n	0	0	0	0		
	%	0,0	0,0	0,0	0,0		

	%	0,0	0,0	0,0	0,0
Karayılan ot	n	0	2	4	0
	%	0,0	20,0	25,0	0,0
Çin melekotu	n	0	3	0	0
	%	0,0	30,0	0,0	0,0
Gingo biloba	n	0	3	0	1
	%	0,0	30,0	0,0	14,3
Kızıl yonca	n	0	0	1	0
	%	0,0	0,0	6,3	0,0
Keten tohumu	n	1	4	8	0
	%	50,0	40,0	50,0	0,0
Sarı Kantaron	n	0	3	6	0
	%	0,0	30,0	37,5	0,0
Yeşil Çay	n	1	10	12	5
	%	50,0	100,0	75,0	71,4
Beyaz Çay	n	0	3	2	0
	%	0,0	30,0	12,5	0,0
Çörekotu	n	1	3	9	1
	%	50,0	30,0	56,3	14,3
Bitkisel tablet	n	1	2	2	1
	%	50,0	20,0	12,5	14,3

\*p<0,05

Katılımcıların bitkisel ürün kullanım sıklığı ile kullandıkları bitkisel ürünlerin türleri arasındaki ilişkilerin araştırılması için Çoklu Ki Kare testi uygulanmıştır. Analizler sonucunda bitkisel ürün kullanım sıklığı ile kullanılan bitkisel ürünlerin

türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde adaçayı, şerbetçi otu, hayıt, karayılan otu, keten tohumu, sarı kantaron ve çörekotu tüketen kişilerin çoğunlukla haftada 1-2 gün tüketildiği ve kava kava, çin melekotu ve gingo biloba tüketen kişilerin çoğunlukla haftada 3-4 gün tüketildiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanımları ile Menopoz Yakınmalarından Sıcak basması ve Sinirlilik Durumları Arasındaki İlişki

			Sıcak Basması			Test		Sinirlilik			Test	
			Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p	Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p
Adaçayı	Evet	n	21	3	3	1,147	0,598	16	9	2	4,967**	0,068
		%	36,2	21,4	27,3			42,1	32,1	11,8		
	Hayır	n	37	11	8			22	19	15		
		%	63,8	78,6	72,7			57,9	67,9	88,2		
Şerbetçi Otu	Evet	n	4	1	0	0,562	1,000	2	3	0	1,752	0,505
		%	6,9	7,1	0,0			5,3	10,7	0,0		
	Hayır	n	54	13	11			36	25	17		
		%	93,1	92,9	100,0			94,7	89,3	100,0		
Hayıt	Evet	n	2	0	1	1,600	0,420	0	3	0	4,322	<b>0,041*</b>
		%	3,4	0,0	9,1			0,0	10,7	0,0		
	Hayır	n	56	14	10			38	25	17		
		%	96,6	100,0	90,9			100,0	89,3	100,0		
Yams kökü	Evet	n	0	0	1	4,550	0,136	0	1	0	1,975	0,546
		%	0,0	0,0	9,1			0,0	3,6	0,0		
	Hayır	n	58	14	10			38	27	17		
		%	100,0	100,0	90,9			100,0	96,4	100,0		
Kava kava	Evet	n	1	0	0	1,224	1,000	0	1	0	1,975	0,546
		%	1,7	0,0	0,0			0,0	3,6	0,0		
	Hayır	n	57	14	11			38	27	17		
		%	98,3	100,0	100,0			100,0	96,4	100,0		
Sahil çamı	Hayır	n	58	14	11	-	-	38	28	17	-	-
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
Karayılan ot	Evet	n	5	0	1	1,077	0,662	1	5	0	5,576	<b>0,048*</b>
		%	8,6	0,0	9,1			2,6	17,9	0,0		
	Hayır	n	53	14	10			37	23	17		
		%	91,4	100,0	90,9			97,4	82,1	100,0		
Çin melekotu	Evet	n	3	0	0	0,542	1,000	0	1	2	4,021	0,080
		%	5,2	0,0	0,0			0,0	3,6	11,8		
	Hayır	n	55	14	11			38	27	15		
		%	94,8	100,0	100,0			100,0	96,4	88,2		
Gingo	Evet	n	3	1	0	0,705	1,000	0	2	2	4,257	0,066

biloba		%	5,2	7,1	0,0			0,0	7,1	11,8		
	Hayır	n	55	13	11			38	26	15		
		%	94,8	92,9	100,0			100,0	92,9	88,2		
Kızıl yonca	Evet	n	1	0	0	1,224	1,000	1	0	0	1,365	1,000
		%	1,7	0,0	0,0			2,6	0,0	0,0		
	Hayır	n	57	14	11			37	28	17		
	%	98,3	100,0	100,0			97,4	100,0	100,0			
Keten tohumu	Evet	n	10	2	1	0,325	0,901	4	8	1	4,808	0,098
		%	17,2	14,3	9,1			10,5	28,6	5,9		
	Hayır	n	48	12	10			34	20	16		
	%	82,8	85,7	90,9			89,5	71,4	94,1			
Sarı Kantaron	Evet	n	8	0	1	1,812	0,410	3	4	2	0,890	0,661
		%	13,8	0,0	9,1			7,9	14,3	11,8		
	Hayır	n	50	14	10			35	24	15		
	%	86,2	100,0	90,9			92,1	85,7	88,2			
Yeşil Çay	Evet	n	19	6	3	0,798	0,766	13	11	4	1,182**	0,554
		%	32,8	42,9	27,3			34,2	39,3	23,5		
	Hayır	n	39	8	8			25	17	13		
	%	67,2	57,1	72,7			65,8	60,7	76,5			
Beyaz Çay	Evet	n	5	0	0	1,081	0,482	1	2	2	2,081	0,284
		%	8,6	0,0	0,0			2,6	7,1	11,8		
	Hayır	n	53	14	11			37	26	15		
	%	91,4	100,0	100,0			97,4	92,9	88,2			
Çörekotu	Evet	n	9	2	3	1,186	0,596	5	7	2	1,845	0,449
		%	15,5	14,3	27,3			13,2	25,0	11,8		
	Hayır	n	49	12	8			33	21	15		
	%	84,5	85,7	72,7			86,8	75,0	88,2			
Bitkisel tablet	Evet	n	4	2	0	1,610	0,422	2	1	3	3,023	0,207
		%	6,9	14,3	0,0			5,3	3,6	17,6		
	Hayır	n	54	12	11			36	27	14		
	%	93,1	85,7	100,0			94,7	96,4	82,4			

\*p<0,05, \*\*Pearson Ki Kare testi

Katılımcıların bitkisel ürün kullanımları ile menopoz yakınmalarından sıcak basması ve sinirlilik durumları arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda hayıt ve karayılan otu kullanım durumları ile sinirlilik yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde hayıt tüketimi olan kişilerin tamamında sinirlilik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın

oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği görülmüştür. Kararılan tüketimi olan kişilerde çoğunlukla sinirlilik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği tespit edilmiştir.

Sıcak basması yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Sinirlilik yakınmasının görülme durumları ile adaçayı, şerbetçi otu, yams kökü, kava kava, sahil çamı, çin melekotu, gingo biloba, kızıl yonca, keten tohumu, sarı kantaron, yeşil çay, beyaz çay, çörekotu ve bitkisel tablet kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.15.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Sıklıkları ile Menopoz Yakınmalarından Çarpıntı ve Uykusuzluk Durumları Arasındaki İlişki

			Çarpıntı			Test		Uykusuzluk			Test	
			Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p	Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p
Adaçayı	Evet	n	13	9	5	4,064**	0,131	13	7	7	1,431**	0,489
		%	46,4	23,1	31,3			37,1	24,1	36,8		
	Hayır	n	15	30	11			22	22	12		
		%	53,6	76,9	68,8			62,9	75,9	63,2		
Şerbetçi Otu	Evet	n	4	1	0	3,905	0,121	3	0	2	3,131	0,232
		%	14,3	2,6	0,0			8,6	0,0	10,5		
	Hayır	n	24	38	16			32	29	17		
		%	85,7	97,4	100,0			91,4	100,0	89,5		
Hayıt	Evet	n	1	1	1	1,009	0,768	1	1	1	0,712	1,000
		%	3,6	2,6	6,3			2,9	3,4	5,3		
	Hayır	n	27	38	15			34	28	18		
		%	96,4	97,4	93,8			97,1	96,6	94,7		
Yams kökü	Evet	n	0	1	0	1,347	1,000	0	1	0	1,841	0,572
		%	0,0	2,6	0,0			0,0	3,4	0,0		
	Hayır	n	28	38	16			35	28	19		
		%	100,0	97,4	100,0			100,0	96,6	100,0		
Kava kava	Evet	n	1	0	0	2,010	0,534	1	0	0	1,465	1,000
		%	3,6	0,0	0,0			2,9	0,0	0,0		
	Hayır	n	27	39	16			34	29	19		
		%	96,4	100,0	100,0			97,1	100,0	100,0		
Sahil çamı	Hayır	n	28	39	16	-	-	35	29	19	-	-
		%	100,0	100,0	100,0			100,0	100,0	100,0		
Kararılan ot	Evet	n	3	2	1	0,927	0,587	4	1	1	1,423	0,557

		%	10,7	5,1	6,3			11,4	3,4	5,3		
	Hayır	n	25	37	15			31	28	18		
		%	89,3	94,9	93,8			88,6	96,6	94,7		
Çin melekotu	Evet	n	3	0	0	4,357	<b>0,044*</b>	3	0	0	2,874	0,238
		%	10,7	0,0	0,0			8,6	0,0	0,0		
	Hayır	n	25	39	16			32	29	19		
		%	89,3	100,0	100,0			91,4	100,0	100,0		
Gingo biloba	Evet	n	2	2	0	0,901	0,821	2	1	1	0,487	1,000
		%	7,1	5,1	0,0			5,7	3,4	5,3		
	Hayır	n	26	37	16			33	28	18		
		%	92,9	94,9	100,0			94,3	96,6	94,7		
Kızıl yonca	Evet	n	0	1	0	1,347	1,000	1	0	0	1,465	1,000
		%	0,0	2,6	0,0			2,9	0,0	0,0		
	Hayır	n	28	38	16			34	29	19		
		%	100,0	97,4	100,0			97,1	100,0	100,0		
Keten tohumu	Evet	n	8	5	0	6,401	<b>0,033*</b>	8	1	4	5,521	0,062
		%	28,6	12,8	0,0			22,9	3,4	21,1		
	Hayır	n	20	34	16			27	28	15		
		%	71,4	87,2	100,0			77,1	96,6	78,9		
Sarı Kantaron	Evet	n	7	1	1	7,843	<b>0,008*</b>	7	1	1	4,520	0,102
		%	25,0	2,6	6,3			20,0	3,4	5,3		
	Hayır	n	21	38	15			28	28	18		
		%	75,0	97,4	93,8			80,0	96,6	94,7		
Yeşil Çay	Evet	n	12	10	6	2,287**	0,319	13	8	7	0,754**	0,689
		%	42,9	25,6	37,5			37,1	27,6	36,8		
	Hayır	n	16	29	10			22	21	12		
		%	57,1	74,4	62,5			62,9	72,4	63,2		
Beyaz Çay	Evet	n	3	2	0	1,681	0,498	3	1	1	0,791	0,841
		%	10,7	5,1	0,0			8,6	3,4	5,3		
	Hayır	n	25	37	16			32	28	18		
		%	89,3	94,9	100,0			91,4	96,6	94,7		
Çörekotu	Evet	n	5	7	2	0,263	1,000	8	2	4	3,342	0,203
		%	17,9	17,9	12,5			22,9	6,9	21,1		
	Hayır	n	23	32	14			27	27	15		
		%	82,1	82,1	87,5			77,1	93,1	78,9		
Bitkisel tablet	Evet	n	2	3	1	0,221	1,000	3	1	2	1,187	0,640
		%	7,1	7,7	6,3			8,6	3,4	10,5		
	Hayır	n	26	36	15			32	28	17		
		%	92,9	92,3	93,8			91,4	96,6	89,5		

\*p<0,05, \*\*Pearson Ki Kare testi

Kişilerin bitkisel ürün kullanımları ile menopoz yakınmalarından uykusuzluk ve çarpıntı durumları arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda Çin melekotu, keten tohumu ve sarı kantaron kullanım durumları ile çarpıntı yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde Çin melek otu tüketimi olan kişilerin tamamında çarpıntı olduğu ve tüketim olmadığı durumlarda ise çarpıntı olmadığı ya da bazen olduğu saptanmıştır. Keten tohumu tüketimi olan kişilerin tamamında çarpıntı olduğu ve tüketim olmadığı durumlarda ise çarpıntı olmadığı ya da bazen olduğu belirlenmiştir. Sarı kantaron tüketimi olan kişilerin tamamında çarpıntı olduğu ve tüketim olmadığı durumlarda ise çarpıntı olmadığı ya da bazen olduğu gözlenmiştir.

Uykusuzluk yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Çarpıntı yakınmasının görülme durumları ile adaçayı, şerbetçi otu, hayıt, yams kökü, kava kava, sahil çamı, karayılan otu, gingo biloba, kızıl yonca, yeşil çay, beyaz çay, çörekotu ve bitkisel tablet kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.16.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Sıklıkları ile Menopoz Yakınmalarından Bitkinlik ve Halsizlik ve Gece Terlemesi Durumları Arasındaki İlişki

			Bitkinlik ve halsizlik			Test		Gece terlemesi			Test	
			Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p	Evet	Hayır	Bazen	İstatistiği	p
Adaçayı	Evet	n	10	9	8	0,236**	0,889	14	5	8	0,725**	0,696
		%	32,3	30,0	36,4			35,9	25,0	33,3		
	Hayır	n	21	21	14			25	15	16		
		%	67,7	70,0	63,6			64,1	75,0	66,7		
Şerbetçi Otu	Evet	n	1	3	1	1,260	0,521	4	1	0	2,390	0,310
		%	3,2	10,0	4,5			10,3	5,0	0,0		
	Hayır	n	30	27	21			35	19	24		
		%	96,8	90,0	95,5			89,7	95,0	100,0		
Hayıt	Evet	n	1	1	1	0,535	1,000	2	0	1	0,904	0,791
		%	3,2	3,3	4,5			5,1	0,0	4,2		
	Hayır	n	30	29	21			37	20	23		
		%	96,8	96,7	95,5			94,9	100,0	95,8		
Yams kökü	Evet	n	0	1	0	1,714	0,627	0	0	1	2,249	0,529

		%	0,0	3,3	0,0			0,0	0,0	4,2		
	Hayır	n	31	29	22			39	20	23		
		%	100,0	96,7	100,0			100,0	100,0	95,8		
Kava	Evet	n	0	1	0	1,714	0,627	1	0	0	1,278	1,000
kava		%	0,0	3,3	0,0			2,6	0,0	0,0		
	Hayır	n	31	29	22			38	20	24		
		%	100,0	96,7	100,0			97,4	100,0	100,0		
Sahil	Hayır	n	31	30	22	-	-	39	20	24	-	-
çamı		%	100,0	100,0	100,0			100,0	100,0	100,0		
Karayılan	Evet	n	1	4	1	2,232	0,323	5	0	1	2,925	0,225
ot		%	3,2	13,3	4,5			12,8	0,0	4,2		
	Hayır	n	30	26	21			34	20	23		
		%	96,8	86,7	95,5			87,2	100,0	95,8		
Çin	Evet	n	0	1	2	2,700	0,186	3	0	0	2,236	0,327
melekotu		%	0,0	3,3	9,1			7,7	0,0	0,0		
	Hayır	n	31	29	20			36	20	24		
		%	100,0	96,7	90,9			92,3	100,0	100,0		
Gingo	Evet	n	1	1	2	1,273	0,668	3	0	1	1,321	0,801
biloba		%	3,2	3,3	9,1			7,7	0,0	4,2		
	Hayır	n	30	29	20			36	20	23		
		%	96,8	96,7	90,9			92,3	100,0	95,8		
Kızıl	Evet	n	0	1	0	1,714	0,627	1	0	0	1,278	1,000
yonca		%	0,0	3,3	0,0			2,6	0,0	0,0		
	Hayır	n	31	29	22			38	20	24		
		%	100,0	96,7	100,0			97,4	100,0	100,0		
Keten	Evet	n	4	6	3	0,688	0,733	8	2	3	1,168	0,582
tohumu		%	12,9	20,0	13,6			20,5	10,0	12,5		
	Hayır	n	27	24	19			31	18	21		
		%	87,1	80,0	86,4			79,5	90,0	87,5		
Sarı	Evet	n	4	2	3	0,983	0,736	6	1	2	1,387	0,544
Kantaron		%	12,9	6,7	13,6			15,4	5,0	8,3		
	Hayır	n	27	28	19			33	19	22		
		%	87,1	93,3	86,4			84,6	95,0	91,7		
Yeşil Çay	Evet	n	8	10	10	2,226**	0,329	17	3	8	4,836**	0,089
		%	25,8	33,3	45,5			43,6	15,0	33,3		
	Hayır	n	23	20	12			22	17	16		
		%	74,2	66,7	54,5			56,4	85,0	66,7		
Beyaz	Evet	n	1	2	2	1,027	0,733	5	0	0	4,490	0,075
Çay		%	3,2	6,7	9,1			12,8	0,0	0,0		
	Hayır	n	30	28	20			34	20	24		

		%	96,8	93,3	90,9			87,2	100,0	100,0		
Çörekotu	Evet	n	5	5	4	0,040**	0,980	6	1	7	4,361	0,103
		%	16,1	16,7	18,2			15,4	5,0	29,2		
	Hayır	n	26	25	18			33	19	17		
		%	83,9	83,3	81,8			84,6	95,0	70,8		
Bitkisel tablet	Evet	n	0	1	5	8,559	<b>0,006*</b>	3	0	3	2,342	0,355
		%	0,0	3,3	22,7			7,7	0,0	12,5		
	Hayır	n	31	29	17			36	20	21		
		%	100,0	96,7	77,3			92,3	100,0	87,5		

\*p<0,05, \*\*Pearson Ki Kare testi

Katılımcıların bitkisel ürün kullanımları ile menopoz yakınmalarından bitkinlik ve halsizlik ve gece terlemesi durumları arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri yapılmıştır. Analizler bitkisel tablet kullanım durumu ile bitkinlik ve halsizlik yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde bitkisel tablet tüketimi olan kişilerin çoğunluğunda bitkinlik ve halsizlik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği tespit edilmiştir.

Gece terlemesi yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir (p>0,05). Bitkinlik ve halsizlik yakınmasının görülme durumları ile adaçayı, şerbetçi otu, yams kökü, hayt, sahil çamı, karayılan otu, kava kava, çin melekotu, gingo biloba, kızıl yonca, keten tohumu, sarı kantaron, yeşil çay, beyaz çay ve çörekotu kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir (p>0,05).

**Tablo 4.17.** Katılımcıların Menopoza Girme Yaşlarına Göre Günlük Enerji ve Besin Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Menopoza Girme Yaşı		Test	p
	51 yaş altı	51 yaş ve üzeri		
	(n=65)	(n=18)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	İstatistiği	
Enerji (kkal)	1253,91±1181,67	1208,11±170,03	428,5**	0,084
Protein (g)	42,29±14,09	43,19±10,09	504,0**	0,371
Protein (%)	18,85±3,46	16,76±3,49	2,260	<b>0,027*</b>
Karbonhidrat (g)	87,22±31,31	101,84±33,97	414,0**	0,059
Karbonhidrat (%)	37,93±7,08	37,87±7,11	0,033	0,973
Bitkisel protein (g)	15,67±5,61	19,4±6,64	-2,397	<b>0,019*</b>
Posa (g)	11,66±3,71	13,48±4,08	-1,808	0,074

\*p<0,05 ve \*\*Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan kişilerin menopoza girme yaşlarına göre günlük enerji ve besin tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda menopoza girme yaş gruplarına göre protein (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 51 yaş altı grubunun protein (%) ortalamasının 51 yaş ve üzeri grubunun protein (%) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Menopoza girme yaş gruplarına göre bitkisel protein (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 51 yaş ve üzeri grubunun bitkisel protein (g) ortalamasının 51 yaş altı grubunun bitkisel protein (g) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Menopoza girme yaş gruplarına göre enerji alımı, protein (g), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%) ve posa (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (p>0,05).

**Tablo 4.18.** Katılımcıların Menopoza Girme Yaşlarına Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Menopoza Girme Yaşı		Test İstatistiği	p
	51 yaş altı (n=65)	51 yaş ve üzeri (n=18)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Toplam yağ (g)	46,07±17,02	54,59±13,48	340,5**	<b>0,007*</b>
Toplam yağ (%)	43,21±6,5	45,3±5,81	-1,232	0,222
DYA (%)	19,95±8,55	23,85±7,09	346,0**	<b>0,008*</b>
TDYA (%)	15,34±5,74	17,88±5,46	397,0**	<b>0,038*</b>
ÇDYA (%)	7,21±3,18	8,68±1,8	380,0**	<b>0,023*</b>
Kolesterol (mg)	292,09±116,65	332,12±108,05	-1,308	0,195

\*p<0,05 ve \*\*Mann Whitney U testi

Kişilerin menopoza girme yaşlarına göre günlük yağ ve kolesterol tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda menopoza girme yaş gruplarına göre toplam yağ (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 51 yaş ve üzeri grubunun toplam yağ (g) ortalamasının 51 yaş altı grubunun toplam yağ (g) ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre DYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (p<0,05). 51 yaş ve üzeri grubunun DYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun DYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre TDYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 51 yaş ve üzeri grubunun TDYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun TDYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre ÇDYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 51 yaş ve üzeri grubunun ÇDYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun ÇDYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Menopoza girme yaş gruplarına göre toplam yap (g) ve kolesterol (mg) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.19.** Katılımcıların Menopoza Girme Yaşlarına Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Menopoza Girme Yaşı		Test	p
	51 yaş altı	51 yaş ve üzeri		
	(n=65)	(n=18)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	İstatistiği	
A vitamini (mcg)	888,18±341,01	1000,11±499,01	-1,107	0,272
E vitamini (mg)	7,07±2,8	8,65±2,05	362,0**	<b>0,014*</b>
Tiamin (mg)	0,54±0,18	0,62±0,19	421,0**	0,070
Riboflavin (mg)	1,04±0,48	1,11±0,36	448,5**	0,131
Niasin (mg)	14,69±5,06	15,04±4,06	519,0**	0,466
B6 vitamini (mg)	0,78±0,26	0,87±0,24	407,0**	<b>0,049*</b>
B12 vitamini (mcg)	3,28±1,53	3,34±1,18	537,5**	0,600
Folik asit (mcg)	201,01±55,81	239,52±72,7	-2,420	<b>0,018*</b>
C vitamini (mg)	70,14±28,63	81,44±36,97	-1,387	0,169
Sodyum (mg)	1971,6±579,65	2053,54±561,18	560,0**	0,782
Potasyum (mg)	1571,52±549,62	1752,85±513,51	397,0**	<b>0,038*</b>
Kalsiyum (mg)	488,73±306,84	522,6±190,17	462,0**	0,174
Magnezyum (mg)	148,72±50,7	166±52,86	447,0**	0,127
Fosfor (mg)	697,82±271,16	734,02±207,04	471,0**	0,208
Demir (mg)	5,22±1,41	5,79±1,72	476,0**	0,228
Çinko (mg)	6,28±2,02	6,73±1,92	492,5**	0,307

\* $p<0,05$  ve \*\*Mann Whitney U testi

Katılımcıların menopoza girme yaşlarına göre günlük vitamin ve mineral tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda menopoza girme yaş gruplarına göre E vitamini ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun E vitamini ortalamasının 51 yaş altı grubunun E vitamini ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre B6 vitamini ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun B6 vitamini ortalamasının 51 yaş altı grubunun B6 vitamini ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre folik asit ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun folik asit ortalamasının 51 yaş altı grubunun folik asit ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Menopoza girme yaş gruplarına göre potasyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun potasyum ortalamasının 51 yaş altı grubunun potasyum ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Menopoza girme yaş gruplarına göre A vitamini, Tiamin, Riboflavin, Niasin, B12 vitamini, C vitamini, Sodyum, Kalsiyum, Magnezyum, Fosfor, Demir ve Çinko tüketim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.20.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Enerji ve Besin Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Bitkisel Ürün Kullanım Durumu		Test	p
	Evete (n=34)	Hayır (n=49)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Enerji (kkal)	1353,48±1608,95	1168±280,22	717,0**	0,283
Protein (g)	42,9±10,88	42,2±14,81	715,5**	0,277
Protein (%)	19,74±3,79	17,46±3,08	3,002	<b>0,004*</b>
Karbonhidrat (g)	84,39±25,39	94,56±35,95	748,0**	0,431
Karbonhidrat (%)	37,38±7,01	38,29±7,11	-0,577	0,566
Bitkisel protein			-2,608	<b>0,011*</b>
(g)	14,48±5,66	17,86±5,91		
Posa (g)	11,84±4,43	12,2±3,41	-0,425	0,672

\* $p<0,05$  ve \*\*Mann Whitney U testi

Kişilerin bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük enerji ve besin tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda bitkisel ürün kullanım durumuna göre protein (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanan kişilerin protein (%) ortalamasının ürün kullanmayan kişilerin protein (%) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bitkisel ürün kullanım durumuna göre bitkisel protein (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanmayan kişilerin bitkisel protein (g) ortalamasının ürün kullanan kişilerin bitkisel protein (g) ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bitkisel ürün kullanım durumuna göre enerji alımı, protein (g), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%) ve posa (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.21.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Yağ ve Kolesterol Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Bitkisel Ürün Kullanım Durumu		Test İstatistiği	p
	Evete (n=34)	Hayır (n=49)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Toplam yağ (g)	44,31±13,21	50,43±18,33	684,0**	<b>0,468</b>
Toplam yağ (%)	42,86±6,25	44,22±6,47	-0,951	0,344
DYA (%)	18,41±5,94	22,45±9,42	594,0**	<b>0,027*</b>
TDYA (%)	14,78±4,66	16,66±6,32	687,0**	0,176
ÇDYA (%)	7,35±2,76	7,65±3,16	813,5**	0,857
Kolesterol (mg)	322,73±104,63	285,54±121	1,454	0,150

\* $p<0,05$  ve \*\*Mann Whitney U testi

Kişilerin bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük yağ ve kolesterol tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda bitkisel ürün kullanım durumuna göre toplam yağ (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanmayan kişilerin toplam yağ (g) ortalamasının ürün kullanan kişilerin toplam yağ (g) ortalamasından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bitkisel ürün kullanım durumuna göre DYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanmayan kişilerin DYA (%) ortalamasının ürün kullanan kişilerin DYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bitkisel ürün kullanım durumuna göre toplam yap (%) TDYA (%), ÇDYA (%) ve kolesterol (mg) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.22.** Katılımcıların Bitkisel Ürün Kullanım Durumuna Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Bitkisel Ürün Kullanım Durumu		Test İstatistiği	p
	Evet (n=34)	Hayır (n=49)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
A vitamini (mcg)	817,61±302,56	978,26±416,17	-1,924	0,058
E vitamini (mg)	6,9±2,52	7,77±2,83	-1,432	0,156
Tiamin (mg)	0,53±0,19	0,57±0,18	749,0**	0,437
Riboflavin (mg)	1,05±0,34	1,05±0,52	784,0**	0,650
Niasin (mg)	14,67±4,45	14,83±5,14	793,0**	0,711
B6 vitamini (mg)	0,79±0,24	0,81±0,27	799,0**	0,753
B12 vitamini (mcg)	3,24±0,98	3,34±1,72	743,0**	0,405
Folik asit (mcg)	200,03±63,86	215,83±59,6	733,5**	0,357
C vitamini (mg)	70,7±28,78	73,91±32,26	816,0**	0,875
Sodyum (mg)	1790,42±455,81	2127,42±609,23	558,0**	<b>0,011*</b>
Potasyum (mg)	1558,94±499,91	1646,86±575,13	796,0**	0,732
Kalsiyum (mg)	467,01±189,02	516,23±336,31	779,0**	0,617
Magnezyum (mg)	149,1±52,37	154,8±51,04	803,0**	0,781
Fosfor (mg)	705,76±209,19	705,61±288,99	762,0**	0,511
Demir (mg)	5,28±1,53	5,39±1,48	804,5**	0,792
Çinko (mg)	6,25±1,65	6,46±2,22	815,0**	0,868

\* $p<0,05$  ve \*\*Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan kişilerin bitkisel őrün kullanım durumuna gşe gnlük vitamin ve mineral tüketim ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri gerçekteştirilmiştir. Analizler sonucunda bitkisel őrün kullanım durumuna gşe Sodyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel őrün kullanmayan kişilerin Sodyum ortalamasının őrün kullanan kişilerin Sodyum ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bitkisel őrün kullanım durumuna gşe A vitamini, E vitamini, Tiamin, Riboflavin, Niasin, B6 vitamini, B12 vitamini, Folik asit, C vitamini, Potasyum, Kalsiyum, Magnezyum, Fosfor, Demir ve çinko tüketim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

İnsan ömrü her geçen yıl birçok etkene bağlı olarak uzamaktadır. Gelişmiş ülkelerde olası yaşam süresinin 80 yaşa kadar uzadığı bilinmektedir. Menopoza girme yaş aralığı da düşünüldüğünde kadınların ömürlerinin önemli ölçüdeki kısmını postmenopoz da geçirdikleri kaçınılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır (Hotun, 1998; Huffman and Myers,1999).

Postmenopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amacıyla bu döneme özgü yakınmaların ortadan kaldırılması veya hafifletilmesi oldukça önemli arz etmektedir.

Bu araştırma menopoz ve post menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumu, beslenme rutinde bitkisel ürün kullanım sıklıklarının değerlendirilmesi ve postmenopoz dönemi yakınmalarının bitkisel ürün kullanımından ne şekilde etkilendiğinin saptanmasını amaçlamaktadır.

Bu çalışmaya katılımcı kadınların yaş aralığı 40 ile 60 yaş arasında değişmektedir. Katılımcıların genel yaş ortalaması  $53,35 \pm 4,66$  olup katılımcıların %33,7'si 41-50 yaş, %66,3'ü 51-60 yaş aralığındadır.

Çalışmaya katılan kadınların %81,9'unun evli, %6'sının bekâr ve %12'sinin dul/boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Çelikkanat (2012), 131 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınların %95,8'i evli, %4,2'sinin bekar olduğu görülmüştür. Konya ilinde yapılan başka bir çalışmada ise kadınların %90'ı evli, %10'unun bekar olduğu saptanmıştır (Şahinöz, 2008). Bu araştırmanın sonuçları ve literatürde olan araştırmaların sonuçları arasında benzerlik bulunmaktadır. Benzer sonuçlar elde edilmesinin sebebi menopoz döneminde olan kadınların belli bir yaş üzerinde olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmadaki bireylerin eğitim durumu sorgulandığında bireylerin %2,4'ü okur-yazar değilken %25,3'ünün ilkokul mezunu, %10,8'inin ortaokul mezunu, %32,5'inin lise mezunu ve %28,9'unun üniversite mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.). 2008 yılında yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %9,3'ünün ilkokul mezunu olmadığı, %51,8' inin ilkokul mezunu olduğu, %19' unun ortaokul

ve lise mezunu olduğu, %21.2'sinin yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu belirtilmiştir (Çoban ve ark., 2008). Özgür (2007), çalışmasında da %16.3'ünün okur-yazar olduğu, %27.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %40.6'nı ortaokul mezunu olduğu, %15.7'inin lise ve üniversite mezunu olduğu söylenmektedir.

Bu çalışmadaki katılımcıların %51,8'inin ev hanımı, %9,6'sının memur, %4,8'inin işçi, %19,3'ünün serbest meslek erbabı ve %14,5'inin emekli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.) Bayram ve ark. (2002), yürüttüğü başka bir çalışmada kadınların %95'8 inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise kadınların çalışma oranı % 40 olarak tespit edilmiştir (Can, 1999).

Menopoz yaşına girme ortalaması dünyada 51 yaş olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde 51, Japonya'da 50, ülkemizde ise 47 olduğu çalışmalardan bilinmektedir. (Bayraktar ve Uçanok 2002).

Bu çalışmada ise katılımcıların menopoza girme yaş ortalamasının  $47,77 \pm 4,95$  olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.) Karaçam ve Şeker (2007), menopoza girme yaş ortalamasını  $48,62 \pm 5,01$  olarak bulmuştur. Bu çalışmadaki menopoza girme yaş ortalaması ülkemiz verileri ile uyumluluk göstermektedir. Bunun sebebinin yapılan çalışmaların Türkiye'de gerçekleştirilmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte postmenopoz dönemindeki katılımcıların %66,3'ünün 51-60 yaş aralığında olduğu göz önünde alındığında çalışmanın dünyadaki menopoz yaş ortalaması ile de uyumluluk gösterdiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %84,3 ü doğal olarak, %15,7 'i ise cerrahi yolla menopoza girdiği görülmüştür (Tablo 4.3.). Fakılı (2013), çalışmasına katılan kadınlarda bu oran %77 doğal olarak %11 ilaç yolu ile %11 cerrahi yolla olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ilaç kullanım yolu ile menopoza giren katılımcı bulunmamaktadır. Diğer sonuçlar birbiri ile uyumluluk göstermektedir. Literatürle benzerlik olmasının sebebi zorunlu olmadığı sürece doğal yolla menopoza girmenin daha sağlıklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Yapılan çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yakınmalarının sıcak basması %69,9 sinirlilik %45,8 çarpıntı %33,7, uykusuzluk %42,2, bitkinlik ve halsizlik %37,3 gece terlemesi %47 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Saka ve ark. (2005), çalışmasında menopoz dönemindeki kadınlarda sıklıkla karşılaşılan yakınmalarının sıcak basması %65.18, sinirlilik %63.39, çarpıntı %55.3, uykusuzluk ve yorgunluk %50 olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda olduğu

gibi sıcak basması menopoz yakınmalarında en sık karşılaşılan durum olarak bulunmuştur.

Sıcak basması yakınmasının Hong Kong’lu kadınlarda %10-22, Japon kadınlarda %17, Taylandlı kadınlarda %23, Kuzey Amerikalı kadınlarda %45 ve Hollandalı kadınlarda %80 oranlarında görüldüğü çalışmalarda yer almaktadır. Türkiye’de ise Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), tarafından yapılan çalışmada sıcak basması oranı %75.8. Saka ve ark. (2005), %65.18 olarak bulunmuştur. Çalışmamız benzer çalışmalar ile uygunluk göstermektedir. Menopoz döneminin en karakteristik sonucu olan östrojen hormonunun ani düşüşünü vücudun tolere edemeyerek fiziksel olarak hissedilen sıcak basması semptomu ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Postmenopoz dönemdin de kadınlar yakınmalarını ortadan kaldırmak veya hafifletmek amacıyla çeşitli yöntem arayışlarını girerler.

Kadınlar bu dönemde hormon replasman tedavisini (HRT), alternatif tedavi yöntemlerini ya da hem alternatif tedavi yöntemlerini hem de HRT’yi tercih edebilirler. Bazı kadınlar ise yakınmaları ile ilgili hiçbir tedavi yoluna başvurmazlar. Menopoz dönemi yakınmalarda HRT dışında alternatif tedaviler de zaman ilerledikçe gelişmekte ve tercih edilir hale gelmektedir. (Kang et al 2002).

Yapmış olduğumuz çalışmada menopoz dönemi yakınmaları ile ilgili olarak katılımcıların %10,8’nin HRT tedavisi kullandığı %37,3’nün ise alternatif tedavi yöntemi olarak olarak “bitkisel ürün” kullandığı %51,8’nin ise hiçbir tedavi yöntemine başvurmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Kang ve ark. (2002), yaptıkları çalışmalarda kadınların alternatif ürünleri daha güvenli bulmaları sebebi ile 45- 60 yaş aralığındaki kadınların %80’inin alternatif tedavileri tercih ettiklerini tespit etmişlerdir. Bu çalışmamızda ise katılımcıların yarısından biraz fazlası yakınmaları ile ilgilim herhangi bir tedavi yöntemi kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu durumun kişilerin sosyoekonomik ve kültürel durumundan kaynaklanabileceği gibi kişi kişilerin bu yakınmalarını yaşlılık ile bağdaştırıyor olmasından da kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişilerin %73’ü bitkisel ürünlerin yakınmalara fayda sağladığını ifade ederken %27’sinin fayda sağlamadığını bildirdikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.4.). DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun %70-80’inin temel sağlık hizmetleri alanında

bitkisel ürünleri tercih ettikleri görülmektedir. Bununla birlikte kadınların erkeklere oranlara daha fazla bitkisel ürün tercih ettiği bilinmektedir (Stjrenberg et, al. 2006).

Bu çalışmada katılımcıların günlük öğün sayısına bakıldığında %1,2'sinin bir, %66,3'ünün iki, %32,5'inin üç ana öğün ve %38,6'sının bir, %22,9'unun iki, %9,6'sının üç ara öğün tüketirken %28,9'unun hiç ara öğün tüketmediği saptanmıştır. Kişilerin %84,3'ü öğün atlarken %15,7'sinin öğün atlamadığı görülmüştür. Öğün atlayan katılımcıların %30'unun zayıflamak için, %44,3'ünün canı istemediği için, %20'sinin zamanı olmadığı için, %5,7'sinin unuttuğu için ve %2,9'unun üşendiği için öğün atladıklarını açıkladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %22,9'u yemeklere ekstra tuz ilave ederken %77,1'inin ilave etmediği saptanmıştır. Kişilere yemek yeme hızları sorulduğunda %18,1'inin yavaş, %25,3'ünün orta, %31,3'ünün normal ve %25,3'ünün hızlı olarak değerlendirdikleri görülmüştür (4.4.).

Yapılan başka bir çalışma incelendiğinde kadınların %44' ünün düzenli öğün tüketmedikleri ve sıklıkla öğle öğünü atladıkları tespit edilmiştir. Bireylerin öğün atlama nedenleri sorgulandığında %8,9' u zayıflamak için, %28,6'sı canı istemediği için, %21,4'ü zamanı yetmediği için ara öğün atladığını söylemiştir. Katılımcıların %13'ü yemekleri tuzsuz, %43'ü az tuzlu, %40'ı normal tuzlu, %4 ü çok tuzlu tüketmektedir ve %21'i yemeklere ekstra tuz ilave etmektedir. Kadınların yemek yeme hızları sorulduğunda %19'unun yavaş, %37'sinin orta, %44'ünün hızlı yediği tespit edilmiştir (Çoban ve ark., 2008). Amerika' da yapılan başka bir çalışmada da kadınların en sık öğle öğünü atlandığı görülmüştür (McCrory, 2014). Çalışmamızın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Öğle öğününün sıklıklaatlanma sebebinin çalışmaya katılan bireylerin büyük bir kısmının ev hanımı olduğu için geç kahvaltı tercihinden kaynaklanıyor olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların ortalama su tüketim miktarı günlük 2 litre olarak bulunmuştur (Tablo 4.6.). Üçtepe (2019), yaptığı araştırmaya bakıldığında menopoz döneminde olan kadınların günlük ortalama su tüketimleri 1591 ml olarak tespit edilmiştir. TÜBER (2015), vücudun sıvı dengesinin korunabilmesi için günlük su ihtiyacının 1500-2000 ml olduğunu söylemektedir. EFSA (Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi), göre günlük yeterli su alımı kadınlar için 2 litre olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları TÜBER ve EFSA' nın önerdiği düzeyleri karşılamaktadır.

Bireylerin su tüketimine karşı hassiyeti sonuçların benzer olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların %94'ü çay içtiği %90,4'ü kahve içtiği saptanmıştır (Tablo 4.6.). Çelikkanat (2012), çalışmasında kadınların, %87'si çay içerken, %66'sı kahve içmektedir. Çalışma sonuçları arasındaki benzerlik olmasının sebebi kültürel olarak benzerlikten kaynaklanabilir.

Bu çalışmadaki bireylerin %39,8'i sigara kullandığı, %12'sinin de alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.6.). Menopoz döneminde olan kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışma da bireylerin %16,8'inin sigara kullandığı, %8,1'inin alkol kullandığı görülmüştür (Doğanay, 2012). İki çalışma karşılaştırıldığında sigara kullanımı arasında fark olmasının sebebi yıllara bağlı olarak yaşam şartlarının ve stresin artmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmadaki kişilerin ortalama kalori alımları  $1243,98 \pm 1046,99$  kkal, protein alımları  $42 \pm 13,27$  g (%18,39 $\pm$ 3,55), karbonhidrat alımları  $90,39 \pm 32,26$  g (%37,92 $\pm$ 7,04), toplam yağ alımları  $48,92 \pm 16,62$  g (%43,66 $\pm$ 6,38)'dir. Posa alımı  $12,05 \pm 3,84$  g olarak bulunmuştur (Tablo 4.7., Tablo 4.8.).

Yapılan başka bir çalışmada bireylerin günlük kalori alımları ortalama  $1935,42 \pm 514,85$  kkal olarak tespit edilmiştir (Fakılı, 2013). Tuna (2019), çalışmasına göre de besin tüketim kayıtları sonucunda karbonhidrat tüketim ortalaması  $70 \pm 4,77$  g, protein tüketim ortalaması  $90 \pm 2,51$  g, yağ tüketim ortalaması  $35 \pm 4,34$  g olarak tespit edilmiştir. TÜBER (2015), günlük enerjinin %45-50'si karbonhidratlarda, %10-20'si proteinlerden, %20-35'i yağlardan gelmesi gerektiğini söylemektedir. Posa alımının düzeyi 25 g'dır. Fakılı (2013), çalışması ile karşılaştırma yapıldığından karbonhidrat ve yağ oranında benzerlik görülürken, protein oranında benzerlik görülmemiştir. TÜBER (2015), göre bakıldığında protein alımında ile benzerlik bulunurken karbonhidrat alımında yetersizlik, yağ alımının fazlalık ve posa alımında yetersizlik görülmektedir. Bunun sebebinin bireylerin beslenme bilgilerinin yetersiz olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Yürüttüğümüz çalışmada kadınların A vitamini alımı ortalama  $912,45 \pm 380,18$  mcg, E vitamini alımı ortalama  $7,41 \pm 2,72$  mg, C vitamini alımı ortalama  $75,59 \pm 30,74$  mg olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.9.).

Fakılı (2013), çalışmasında A vitamin alım ortalaması  $1327,8 \pm 1183,54$  mcg, E vitamini alım ortalaması  $15,4 \pm 14,15$  mg ve C vitamini ortalaması  $132,3 \pm 128,89$

mg olarak gösterilmiştir. Çalışmamız ve Fakılı'nın çalışması arasında farklar bulunmaktadır. Bu farkların sebebinin yeterli sebze ve meyve tüketiminin olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Yapılan çalışmada katılımcıların tiamin alımı ortalama  $0,56\pm 0,18$  mg, riboflavin alımı  $1,05\pm 0,46$  mg Niasin alımı  $14,76\pm 4,84$  mg, B6 vitamini alımı  $0,80\pm 0,26$  mg, B12 vitamini alımı  $3,30\pm 1,45$  mcg, folik asit alımı  $209,36\pm 61,49$  mcg olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.9.).

Yapılan başka bir çalışma incelendiğinde tiamin  $1,1\pm 1,02$  mg, riboflavin  $1,6\pm 1,55$  mg, niasin  $14,2\pm 13,44$  mg, B6 vitamini  $1,2\pm 1,77$  mg, B12 vitamini  $4,0\pm 3,27$  mcg, folik asit  $159\pm 157,45$  mcg olarak bulunmuştur (Fakılı, 2013). İslamoğlu ve ark. (2019), yaptığı çalışmada günlük beslenme ile tiamin alımının  $0,7\pm 0,5$  mg, riboflavin alımının  $1\pm 0,45$  mg, B6 vitamini alımı  $1,1\pm 0,76$  mg olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmaların sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları arasında ile benzerlik bulunmaktadır.

Yapılan çalışmadaki kişilerin Sodyum alımı ortalama  $1989,37\pm 573,31$  mg olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.9.). Fakılı (2013), yaptığı çalışmada sodyum tüketim ortalaması  $2052,9\pm 1956,4$  mg olarak saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü günlük 2000- 2400 mg sodyum tüketiminin üzerine çıkılmaması gerektiğini söylemektedir. Çalışma verilerimiz Fakılı' nın verileri ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin sebebi bireylerin tuz tüketimi hakkında bilgilerinin yeterli olduğundan kaynaklı olabilir.

Çalışmadaki bireylerin potasyum alımı ortalama  $1610,85\pm 544,14$  mg, kalsiyum alımı  $496,07\pm 284,92$  mg, magnezyum alımı  $152,47\pm 51,35$  mg, fosfor alımı  $705,67\pm 257,88$  mg, demir alımı  $5,35\pm 1,49$  mg, çinko alımı  $6,37\pm 2,00$  mg olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.9.).

Literatürde olan bir çalışma incelendiğinde potasyum, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko alım ortalamaları sırasıyla  $2821,8\pm 2685,09$  mg,  $828,4\pm 789,68$  mg,  $341,8\pm 324,50$  mg,  $1277\pm 1234,72$  mg,  $12\pm 11,35$  mg,  $11,5\pm 11,14$  mg'dır (Fakılı, 2013). İslamoğlu ve ark. (2019), yaptığı çalışmada günlük beslenme ile alınan kalsiyum miktarı  $2104,8\pm 2018,89$  mg olarak bulunmuştur. TÜBER (2015), göre de önerilen günlük kalsiyum alımı 25-50 yaş kasınlar için 950 mg'dır. Bizim çalışmamızda günlük alınan kalsiyum oranı önerilenin altında bulunmuştur. Yetersiz alımın sebebi bilinçsiz beslenmeden kaynaklı olabilir.

MacLennan ve ark. (1996), yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek kadınların menopoz dönemi yakınlarından kurtulmak amacı ile alternatif tedavi yöntemlerini daha yüksek oranda kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %36,1 okur-yazar ve %32,5 lise %28,9 üniversite seviyesinde eğitim aldığı tespit edilmiştir, bu durum kişilerin yakınmaları yaşlılık ile bağdaştırıp bir tedavi tercih etmediklerini düşündürmektedir.

Kişilerin %41'i düzenli olarak bitkisel ürün kullanırken %59'unun kullanmadığı görülmüştür (Tablo 4.13.). Bitkisel ürünleri kullanan katılımcıların %54,1'i yakınmalardan kurtulma, %2,7'si zayıflama, %24,3'ü sağlıklı olma, %16,2'sinin kendini iyi hissetme ve %2,7'si diğer sebepler nedeniyle kullandıkları belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %50'si yakınmalardan kurtulmak, %3,3'ü zayıflamak, %25'i sağlıklı olmak %27,8 si diğer sebeplerden kullandığını belirtmiştir (Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu, 2003). Sağlıklı olmak ve iyi hissetmek menopoz semptomları ile bağdaştırılabileceğinden çalışmada bitkisel ürün kullanan kadınların neredeyse tamamı ürünleri menopozal yakınmalardan kurtulmak için kullanmaktadır.

Çalışmadaki kadınların menopoz dönemindeki kadınların yakınmalardan kurtulmak amacı adaçayı, şerbetçi otu, hayıt, yams kökü, kava kava, karayılan otu, çin melek otu, gingo biloba, kızıl yonca, keten tohumu, sarı kantaron, yeşil çay, beyaz çay, çörekotu, bitkisel tablet kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.10.)

Bu çalışmaya katılan katılımcıların %32,5'nin adaçayı 16,9'u çörek otu %33,7'si yeşil çay kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), çalışmasında da kadınların %44,4 nün sıcak basması gece terlemesi yakınmalar için yeşil çay ve çörek otu kullandıkları, çarpıntı yakınması içinse %25,8 oranında adaçayı kullandıklarını tespit etmiştir.

Dog ve ark. (2001), çalışmasında karayılan bitkisinin sıcak basması semptomları için faydalı olduğunu saptamıştır. Östrojen benzeri olan santral sinir sistemi aktivasyonunu önleyen luteinize edici hormonu (LH) baskıladığı bilinmektedir (McMillian ve Mark 2004). Çalışmamızda kadınların %7,2'sinin karayılan otu kullandığı tespit edilmiştir. Bunun sebebi katılımcıların kara yılan otunun sıcak basması yakınmasına olumlu etkisi olduğunu düşünmesinden kaynaklı olabileceği olabilir.

Yine bu çalışmaya katılan katılımcıların %10.8 'i sarı kantaron %3.6'sının çin melek otu kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.10.) McMillian ve ark. (2004), yapmış olduğu çalışmada da kantaron kullanımının yakınmaların insidans ve şiddetinde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %1,2'sinin kızıl yonca kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.10). Tice ve ark. (2003), çalışmasında kızıl yonca kullanımının sıcak basması yakınmalarını azalttığı tespit edilmiştir.

Bitkilerin hangi semptomla yönelik kullanıldığı hususunda farklılıklar olması menopoza yakınmalarının aslında bir bütün içinde bağlantılı durumları ifade etmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

BKİ sınıflandırmasına göre katılımcıların %24,1'inin normal (18,51-24,99), %41'inin fazla kilolu (25,00-29,99) ve %34,9'unun obez ( $\geq 30,00$ ) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Gold ve ark. (2006), çalışmasında BKİ 27 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olması menopoza semptomlarının artmasına sebep olmaktadır.

Bu çalışmada düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumu ile menopoza yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.11.) Hotunşahin (1998), çalışmasında ise bitkisel ürünlerin post menopoza semptomlarına olumlu etki ettiği saptanmıştır. Bu durum her iki çalışmaya konu edilen bitkisel ürünlerin çeşitlerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada düzenli olarak bitkisel ürün kullanım durumu ile demografik ve menopoza ait özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.12.). Çalışmaya katılan bireylerin sayısının ve katılımcılara sunulan bitkisel ürün çeşitliliğinin az olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada bitkisel ürün kullanım sıklığı ile adaçayı tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.13.). Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), benzer çalışmasında da adaçayı kullanımının yaygın olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durumun adaçayının daha çok bilinen bir ürün olmasından ve çoğu bölgede yetişiyor olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada bitkisel ürün kullanım sıklığı ile kullanılan bitkisel ürünlerin türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (4.13.). Büyükkaya'nın çalışmasına göre de bitkisel ürün kullanım sıklığı ile ürünlerin

arsında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sık kullanılan ürünlerin kolay ulaşılabilir ve bilinen ürünler olduğu sonucuna ulaşılabilir

Bitkisel ürün kullanım sıklığı ile şerbetçi otu, hayıt, yams kökü, kava kava, sahil çamı, karayılan ot, çin melekotu, gingo biloba, kızıl yonca, keten tohumu, sarı kantaron, yeşil çay, beyaz çay, çörekotu ve bitkisel tablet tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Şen ve ark. (2008), yapmış olduğu çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yakınmalar için sayılan ürünleri kullanmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte Lowdermilk (2000), çalışmasında şerbetçi otunun uykusuzluk semptomuna karşı etkili olduğunu belirtmektedir. Başka bir çalışmada ise şerbetçi otu ve hayıtın kadınların östrojenik aktivitelerini düzenleyerek semptomlar üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Bu konuda destekleyici kanıtlara ve yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada da sinirlilik yakınmasında kullanılan hayıt ve karayılan otu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14.). Dog ve ark. (2001), benzer çalışmasında karayılan otunun semptomlara olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Karayılan otunun santral sinir sistemi ile ilgili hormonlar üzerinde olumlu etkisinin olması bu sonuca ulaşmayı sağlamış olabilir.

Sıcak basması yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.). Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), çalışmasında da bu konuya ilişkin anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık Şen ve ark. (2008), çalışmasında bazı bitkisel ürünlerin yakınmalarda olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Bu durumun bitkisel ürün çeşitliliğinin çok fazla olması ve her çalışmada ancak belirli bir kısmının değerlendirilmeye tabi tutulmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çin melekotu, keten tohumu ve sarı kantaron kullanım durumları ile çarpıntı yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (4.15.). McMillian ve ark. (2004), yapmış olduğu çalışmada da kantaron kullanımının yakınmaların insidans ve şiddetinde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Bu benzerliğin sebebinin menopoz döneminde olan kadınlara önerilen bitkisel ürünlerin benzerliğinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Uykusuzluk yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir

( $p>0,05$ ) (4.15.). Lowdermilk (2000), çalışmasında şerbetçi otunun uykusuzluk semptomuua karşı etkili olduğunu belirmişse de Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), benzer çalışmasında uykusuzluk semptomu için kadınların daha çok rahatlama hareketlerini ya da yatmadan belirli bir süre önce besin alımını kesmeyi tercih ettiklerini tespit etmiştir. Bu durum kadınların uykusuzluk semptomunu menopoza ile bağdaştırmamasından ve bu konudaki bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Gece terlemesi yakınmasının görülme durumları ile herhangi bir bitkisel ürün kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (4.16.) Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu (2003), benzer çalışmasında gece terlemesi için kadınların adaçayı çörekotu, yeşil çay vb. ürünler kullandığı tespit edilmiştir. Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında bu çalışmadan farklı birçok bitkisel ürün yer almakta olup aradaki farklılık bu sebeple ortaya çıkmış olabilir.

Sinirlilik, bitkinlik, çarpıntı yakınmasının görülme durumları ile adaçayı, şerbetçi otu, yams kökü, kava kava, sahil çamı, çin melekotu, gingo biloba, kızıl yonca, keten tohumu, sarı kantaron, yeşil çay, beyaz çay, çörekotu ve bitkisel tablet kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (4.16.). Brezinski (1997), çalışmasında ise menopoza yakınmaları olan 145 kadına 12 hafta süresince soya ürünleri ve keten tohumu tüketirilmesi menopoza semptomlarında bir azalma sağladığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda soya ürünlerinin yer almaması farklı sonuçlara ulaşılmasına sebebiyet vermiş olabilir.

Sinirlilik, bitkinlik, çarpıntı yakınmasının görülme durumları ile adaçayı, kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (4.16.). Rad (2016), yapmış olduğu çalışmada post menopozal dönemde ada çayı tabletleri tüketen kadınların gece terlemesi, ateş basması ve diğer menopoza şikayetlerinin önemli derecede azaldığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda kullanılan adaçayı bitki formunda olup tablet formu ile içeriğinin aynı olup olmadığı bilinmemektedir. Bu durum sebebi ile farklı sonuca ulaşılmış olabilir.

Bu çalışmada menopoza girme yaş gruplarına göre E vitamini ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (4.19.). 51 yaş ve üzeri grubunun E vitamini ortalamasının 51 yaş altı grubunun E vitamini ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar E vitamini takviyesi almamaktadır. Murkies ve ark. (1995), çalışmasında E vitamini

takviyesinin menopoz döneminin genel yakınmaları üzerine olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun vücudun savunma sisteminin doğal bir sonucu olup olmadığı konusunda araştırma yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada da bitkisel ürün kullanım durumuna göre protein (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (4.20). Bitkisel ürün kullanan kişilerin protein (%) ortalamasının ürün kullanmayan kişilerin protein (%) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük sodyum alım ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (4.22.). Bitkisel ürün kullanmayan bireylerin sodyum alım ortalamasının ( $1989,37\pm 573,31$ ) ürün kullanan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu fark bireyler arasında beslenme bilgi düzey farkından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Literatür ile karşılaştırmaya yapabilmek için bu konuda destekleyici kanıtlara ve yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇLAR

Bu çalışma Aralık 2020- Eylül 2021 tarih aralığında Balıkesir il sınırları içinde bulunan Diyetisyen Demet Konak Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran menopoz döneminde olan 83 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Menopoz döneminde olan kadınların beslenme durumu ve yakınmalarla baş etmede bitkisel ürün kullanımlarını saptamak amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- BKİ ortalaması  $28,20 \pm 4,05 \text{ kg/m}^2$ 'dir. BKİ sınıflandırmasına göre katılımcıların %24,1'inin normal (18,51-24,99), %41'inin fazla kilolu (25,00-29,99) ve %34,9'unun obez ( $\geq 30,00$ )'dir.

- Katılımcıların menopoz yaş ortalaması  $47,73 \pm 4,95$  yıldır.

- Katılımcıların %69,9'u sıcak basması yaşamaktadır. Katılımcıların %45,8'inde sinirlilik hali bulunmaktadır. Katılımcıların %33,7'sinde çarpıntı görülmektedir. Katılımcıların %42,2'si uykusuzluk çekmektedir. Katılımcıların %37,3'ü bitkinlik ve halsizlik hissetmektedir. Katılımcıların %47'si gece terlemesi yaşamaktadır.

- Katılımcılara yakınmalarla baş etme durumları sorulduğunda %51,8'inin hiçbir şey yapmadığı, %37,3'ünün bitkisel ürün kullandığı ve %10,8'inin hormon tedavisi aldığı belirlenmiştir.

- Katılımcıların %41'i düzenli olarak bitkisel ürün kullanırken %59'unun kullanmamaktadır.

- Bitkisel ürünleri kullanan katılımcıların %54,1'i yakınmalardan kurtulma, %2,7'si zayıflama, %24,3'ü sağlıklı olma, %16,2'sinin kendini iyi hissetme ve %2,7'si diğer sebepler nedeniyle kullanmaktadır.

- Katılımcıların %73'ü bitkisel ürünlerin yakınmalara fayda sağladığını ifade ederken %27'sinin fayda sağlamadığını söylemektedir.

- Kişilerin %84,3'ü öğün atlarken %15,7'sinin öğün atlamamaktadır. Öğün atlayan katılımcıların %30'unun zayıflamak için, %44,3'ünün canı istemediği için, %20'sinin zamanı olmadığı için, %5,7'sinin unuttuğu için ve %2,9'unun üşendiği için öğün atlamaktadır.

- Katılımcıların günlük enerji alım ortalamaları  $1243,98 \pm 1046,99$  kkal'dir Katılımcıların protein alımları ortalama  $42,49 \pm 13,27$  g'dır. Katılımcıların karbonhidrat alımları ortalama  $90,39 \pm 32,26$  g'dır. Katılımcıların posa alım ortalamaları  $12,05 \pm 3,84$  g'dır.

- Katılımcıların toplam yağ alımlarının ortalamaları  $47,92 \pm 16,62$  g'dır.  $7,53 \pm 2,99$ 'dur.

- Katılımcıların A vitamini alımı ortalama  $912,45 \pm 380,18$  ,E vitamini alımı ortalama  $7,41 \pm 2,72$  mg, Tiamin alımı ortalama  $0,56 \pm 0,18$  mg, Riboflavin alımı ortalama  $1,05 \pm 0,46$  mg, Niasin alımı ortalama  $14,76 \pm 4,84$  mg , B6 vitamini alımı ortalama  $0,80 \pm 0,26$  mg, B12 vitamini alımı ortalama  $3,30 \pm 1,45$  mcg, Folik asit alımı ortalama  $209,36 \pm 61,49$  mcg, C vitamini alımı ortalama  $72,59 \pm 30,74$  mg, Sodyum alımı ortalama  $1989,37 \pm 573,31$  mg, Potasyum alımı ortalama  $1610,85 \pm 544,14$  mg, Kalsiyum alımı ortalama  $496,07 \pm 284,92$  mg, Magnezyum alımı ortalama  $152,47 \pm 51,35$  mg, Fosfor alımı ortalama  $705,67 \pm 257,88$  mg, Demir alımı ortalama  $5,35 \pm 1,49$  mg, Çinko alımı ortalama  $6,37 \pm 2,00$  mg olarak tespit edilmiştir.

- Adaçayı kullananların oranı %32, şerbetçi otu kullananların oranı %6, hayıt kullananların oranı %3,6, yams kökü kullananların oranı 1,2, kava kava kullananların oranı 1,2, sahil çamı kullananların oranı %0, karayılan otu kullananların oranı %7,2, çin melekotu kullananların oranı %3,6, ginko biloba kullananların oranı %4,8, kızıl yonca kullananların oranı %1,2, keten tohumu kullananların oranı %15,7, sarı kantaron kullananların oranı %10,8, yeşil çay kullananların oranı %33,7, beyaz çay kullananların oranı %6,0, çörekotu kullananların oranı %16,9, bitkisel tablet kullananların oranı %7,2 olarak tespit edilmiştir.

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım sıklıkları ile kullandıkları ürün türü arasındaki ilişki incelendiğin, bitkisel ürün kullanım sıklığı ile kullanılan bitkisel ürünlerin türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde adaçayı, şerbetçi otu, hayıt, karayılan otu, keten tohumu, sarı kantaron ve çörekotu tüketen kişilerin çoğunlukla haftada 1-2 gün tüketildiği ve kava kava, çin melekotu ve ginko biloba tüketen kişilerin çoğunlukla haftada 3-4 gün tüketildiği belirlenmiştir.

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanımları ile menopoza yakınmalarından sıcak basması ve sinirlilik durumları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, hayıt ve karayılan otu kullanım durumları ile sinirlilik yakınmasının görülme durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde hayıt tüketimi olan kişilerin tamamında sinirlilik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği görülmüştür. Kararılan tüketimi olan kişilerde çoğunlukla sinirlilik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği tespit edilmiştir.

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım sıklıkları ile menopoza yakınmalarından çarpıntı ve uykusuzluk durumları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Çin melekotu, keten tohumu ve sarı kantaron kullanım durumları ile çarpıntı yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde Çin melek otu tüketimi olan kişilerin tamamında çarpıntı olduğu ve tüketim olmadığı durumlarda ise çarpıntı olmadığı ya da bazen olduğu saptanmıştır.

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım sıklıkları ile menopoza yakınmalarından bitkinlik ve halsizlik ve gece terlemesi durumları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, bitkisel tablet kullanım durumu ile bitkinlik ve halsizlik yakınmasının görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde bitkisel tablet tüketimi olan kişilerin çoğunluğunda bitkinlik ve halsizlik olmadığı ve tüketim olmadığı durumda ise birbirlerine yakın oranlarda evet ile hayır ve bazen cevaplarını verdiği tespit edilmiştir.

- Katılımcıların menopoza girme yaşlarına göre günlük enerji ve besin tüketim ortalamaları incelendiğinde, menopoza girme yaş gruplarına göre protein (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş altı grubunun protein (%) ortalamasının 51 yaş ve üzeri grubunun protein (%) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Menopoza girme yaş gruplarına göre bitkisel protein (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun bitkisel protein (g) ortalamasının 51 yaş altı grubunun bitkisel protein (g) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların menopoza girme yaşlarına göre günlük yağ ve kolesterol tüketim ortalamaları incelendiğinde, menopoza girme yaş gruplarına göre toplam yağ (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51

yaş ve üzeri grubunun toplam yağ (g) ortalamasının 51 yaş altı grubunun toplam yağ (g) ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre DYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun DYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun DYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre TDYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun TDYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun TDYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre ÇDYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun ÇDYA (%) ortalamasının 51 yaş altı grubunun ÇDYA (%) ortalamasından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

- Katılımcıların menopoza girme yaşlarına göre günlük vitamin ve mineral tüketim ortalamaları incelendiğinde, menopoza girme yaş gruplarına göre E vitamini ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun E vitamini ortalamasının 51 yaş altı grubunun E vitamini ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre B6 vitamini ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun B6 vitamini ortalamasının 51 yaş altı grubunun B6 vitamini ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme yaş gruplarına göre folik asit ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun folik asit ortalamasının 51 yaş altı grubunun folik asit ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Menopoza girme yaş gruplarına göre potasyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 51 yaş ve üzeri grubunun potasyum ortalamasının 51 yaş altı grubunun potasyum ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük enerji ve besin tüketim ortalamaları incelendiğinde, bitkisel ürün kullanım durumuna göre protein (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanan kişilerin protein (%) ortalamasının ürün kullanmayan kişilerin protein (%) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bitkisel ürün kullanım

durumuna göre bitkisel protein (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük yağ ve kolesterol tüketim ortalamaları incelendiğinde, bitkisel ürün kullanım durumuna göre toplam yağ (g) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bitkisel ürün kullanmayan kişilerin toplam yağ (g) ortalamasının ürün kullanan kişilerin toplam yağ (g) ortalamasından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

- Bitkisel ürün kullanım durumuna göre DYA (%) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Katılımcıların bitkisel ürün kullanım durumuna göre günlük vitamin ve mineral tüketim ortalamaları incelendiğinde, bitkisel ürün kullanım durumuna göre sodyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

## 7. ÖNERİLER

Birçok sebebe bağılı olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ülkemizde ve tüm dünyada sıklıkla kullanılmaktadır. Tamamlayıcı veya alternatif tedavi yöntemlerinden olan bitkisel ürün kullanımı da bireylerin başvurduğu bir yöntemdir. Menopoz dönemindeki kadınların hayat kalitesini düşüren yakınmaların azaltılması veya ortadan kaldırılması için tedavi arayışı yıllardır süre gelmektedir. Bitkisel ürünler dolayısıyla beslenme düzeni de bu çalışmaların bir parçasıdır.

Bu noktada bitkisel ürün çeşitliliğinin çok fazla olması, ürünlerin kolay ulaşılabilir olması, insanların kolayca her ürüne güvenmesi gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Bitkisel ürünler yapısı itibariyle toksik ürünler olup risk taşımaktadır. Bu sebeple menopoz dönemindeki kadınlara bu konuda bilgilendirme yapılması gereklidir. Bu yöntemlerin uzman önerisi ve gözetimi altında kullanılması önem arz etmektedir.

Menopoz dönemindeki kadınlara alternatif tedavi yöntemleri ve uygun beslenmenin önemi anlatılmalı ve kadınlar bu konuda bilgi almak üzere sağlık kuruluşlarına ve beslenme uzmanlarına yönlendirilmelidir. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarında hizmet verenler ve beslenme uzmanları bu konularda özel olarak bilgilendirilmeli ve daha duyarlı olmaları önerilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Adashi, E.Y.** (1994). The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgenproducing gland. 1: FertilSteril. 62(1), 20- 7.
- Adreana, L.O., Edward, J.K.** (2003). Phytoestrogens: a review of the present state of research. *Phytotherapy Research*, (17), 845-869.
- Agarwal A., Doshi S.** (2013). The role of oxidative stress in menopause. *Journal of Mid-life Health*, 4 (3),140-146.
- Ağıl, A.** (2010). Postmenopozal kadınlarda kısa dönem farklı egzersiz yaklaşımlarının menopozal semptomlar, psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara.
- Akça E.** (2017). Düzenli olarak spor salonuna giden kadınların zayıflama amacıyla bitkisel ürün kullanım yaklaşımlarının saptanması. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Akhlaq, U., Ayaz, S. B., Ahmad, K., Akhtar, N.** (2015). Assesment of association of smoking wiht bone mineral density (BMD). *Rawal Medical Journal*, 40(3), 255- 258.
- Akpınar, P., İçağasıoğlu, A.** (2012). D vitamininin yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 18 (13), 8- 23.
- Al-Akoum, M., Maunsell, E., Verreault, R., Provencher, L., Otis, H., Dodin, S.** (2009). Effects of Hypericum perforatum (St. John's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial. *Menopause*, (16),14.
- Altınsoy, N.** (1999). Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkinliği. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins** (2014). Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists: Use of botanicals for management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, 97, 1-11.
- Anderson D., Yoshizawa T., Gollschewski S., Atogami F., Courtney M.** (2004). Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric*.7 (2),165-74.
- Aslan Erdoğan, Ç.** (2009). Cerrahi menopozun metabolik parametreler (insülin direnci, lipid profili ve karaciğer enzimleri) üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi

(basılmamış). Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

- Atasü T., Sezar Ş.** (1996). Klimakterium ve menopoz, Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Üiversal Bilimsel Yayınları, 635-41.
- Atasü, T.** (2001). Menopoz–Tedavisi ve Kanser. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Atasü, T., Gezer, A.** (2001). Menopoz tanım ve terminolojisi. Ed: Atasü, T., Özekici, Ü., Hekim, N. Menopoz Tedavisi ve Kanser. 1. Baskı, 13-27, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J., Everson-Rose, S., Gold, E. B., Thurston, R. C.** (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*, 175(4), 531– 9.
- Aygin, D., Pektemek, M.** (2018). Cerrahi menopoza giren genç kadınlarda cinsellik nasıl etkileniyor?. *Androloji Bülteni*, (20), 21–24.
- Bayra, M., Saygun, M., Çakmak, A., Sevinç, C.** (2002). Kırıkkale il merkezinde yaşayan kadınların menopoz konusundaki bilgileri, yaklaşımları nedir? Bu Konuda Eğitimin Yararları Nasıldır?. *Türk Fertilité Dergisi*, 10(2), 23-27.
- Bayraktar, R., Uçanok, Z.** (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2(5), 5-12.
- Baysal, A.** 2009. Beslenme. Hatiboğlu Basım ve Yayım. San. Tic. LTD. ŞTİ, Ankara.
- Baytop, T.** (1999). Türkiye’de Bitkilerle Tedavi Geçmişte ve Bugün. İlaveli İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Berek, J.** (2004). Berek- Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Bitkisel Ürünler ve Sağlık: Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım.** (2012). Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara.
- Booth, N.L., Pierson, C.E., Banuvar, S., Geller, S.E., Shulman, L.P., Farnsworth, N.R.** (2006). Clinical studies of red clover (*Trifolium pratense*) dietary supplements in menopause: a literature review. *Menopause*, (13),251-64.
- Borrelli, F., Ernst, E.** (2008). Black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) for menopausal symptoms: a systematic review of its efficacy. *Pharmacol Res.* (58), 8–14.
- Borrelli, F., Ernst, E.** (2010). Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*, (66), 333–43.
- Brezinski, A.** (1997). Short-term effects of phytoestrogen-rich diet on postmenopausal women. *Menopause*, (4), p. 89-94.

- Bulmuş, G. T.** (2016). Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda beslenme durumu ile frax kırık risk analizi ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Burdette, J.E., Liu, J., Lantvit, D., Lim, E., Booth, N., Bhat, K.P.** (2002). Trifolium pratense (red clover) exhibits estrogenic effects in vivo in ovariectomized Sprague-Dawley rats. *J Nutrition*, (132), 27-30.
- Büyükkaya, F.** (2002) Sideritis trojana (Tüylü Çay, Sarıkız Çayı, Adaçayı, Dağ Çayı) bitkisinin kimyasal analizi ve bileşenlerinin yapılarının aydınlatılması. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Çanakkale.
- Byberg, L., Bellavia, A., Orisini, N., Wolk, A., Michaelsson, K.** (2015). Fruit and vegetable intake and risk of hip fracture: a cohort study of Swedish men and women. *J Bone Miner Res*, 30(30), 976- 84.
- Cade, J.E., Burley, V.J., Greenwood, D.C.** (2007). Dietary fibre and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study. *Int J Epidemiol*, 36, 431–438.
- Carwile, J.L., Willett, W.C., Michels, K.B.** (2013). Consumption of low-fat dairy products may delay natural menopause. *J Nutr*. 143(10),1642-1650.
- Calder, P., Yaqoob, P.** (2012). Marine omega-3 fatty acids and coronary heart disease. *Current Opinion in Cardiology*, 27(4), 412-419.
- Can, Ö.** (1999). Histerektomi ameliyatı sonrasında kadın ve eserine uygulanan eğitimin etkinliği. Uzmanlık Tezi (basılmamış). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Cao, J.J., Nielsen, F. H.** (2010). Acid diet (high-meat protein) effects on calcium metabolism and bone health. *Clinical Nutrition and Metabolic Care*, (13), 698–702.
- Chiang, S.S., Chang, S.P., Pan, T.M.** (2011). Osteoprotective effect of monascus-fermented dioscorea in ovariectomized rat model of postmenopausal osteoporosis. *J Agric Food Chem*, (59), 9150–7.
- Chiu, C.J., Liu, S., Willett, W.C., Wolever, T.M., Brand-Miller, J.C., Barclay, A.W., Taylor, A.** (2011). Informing food choices and health outcomes by use of the dietary glycemic index. *Nutrition Review*, 69(4), 231-242.
- Choi, E., Park, Y.** (2016). The association between the consumption of fish/shellfish and the risk of osteoporosis in men and postmenopausal women aged 50 years or older. *Nutrients*, 8(3), 113.
- Coldham, N., Sauer, M.J.** (2001). Identification, quantitation and biological activity of phytoestrogens in a dietary supplement for breast enhancement. *Food Chem Toxicol*, (39), 1211–1224.
- Colli, M., Bracht, A., Soares, A., de Oliveira, A., Bôer, C., de Souza, C., Peralta, R.** (2012). Evaluation of the efficacy of flaxseed meal and flaxseed extract in reducing menopausal symptoms. *Journal of Medicinal Food*, 15(9), 840- 845.

- Copeland, A. L., Peltier, M. R., Geiselman, P. J.** (2016). Severity of menopausal symptoms and nicotine dependence amongst postmenopausal women smokers. *Journal of Smoking Cessation*, 12 (3), 123- 130.
- Çelik, A., Pasinlioğlu, T.** (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Çelik, F.** (2006) Çay (*Camellia sinensis*); içeriği, sağlık üzerindeki koruyucu etkisi ve önerilen tüketimi. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*, (26), 642-648.
- Çelikkanat, Ş.** (2012). 40 yaş üstü kadınların menopoza ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Çifçi, S., Samur, F.G.** (2017) Bebek ve çocuklarda bitkisel desteklerin kullanımı ve sağlık üzerine etkileri. *HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 30-45.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz Ü.** (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu. Manisa.
- Çoban, T., Özvarış, Ş.B.** (2018). 18 Ekim Dünya Menopoz Günü, HÜTF Halk Sağlığı AD toplum için bilgilendirme serisi.
- Dai, Z., Jin, A., Soh, A., Ang, L., Yuan, J., Koh, W.** (2018). Coffee and tea drinking in relation to risk of hip fracture in the Singapore Chinese Health Study. *Bone*, 112, 51-57.
- Davis, P.H.**, (1982). Flora of Turkey and East Aegean Islands, Volume Seven, *Edinburg University Press*, 399-438.
- De Leo, V., La Marca, A., Lanzetta, D., Palazzi, S., Torricelli, M., Facchini, C.** (2000). Assessment of the association of Kava-Kava extract and hormone replacement therapy in the treatment of postmenopause anxiety. *Minerva Ginecol*, 529, 263-7.
- Demirel, G., Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F.** (2015). Tuz tüketimi, kemik sağlığı ve osteoporoz. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 67- 76.
- Dew, TP., Williamson, G.** (2013). Controlled flax interventions for the improvement of menopausal symptoms and postmenopausal bone health: a systematic review. *Menopause*, (20), 1207-15.
- Dodin, S., Lemay, A., Jacques, H., Légaré, F., Forest, J., Mâsse, B.** (2005). The effects of flaxseed dietary supplement on lipid profile, bone mineral density, and symptoms in menopausal women; a randomized, double-blind, wheat germ placebo-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(3), 1390-1397.

- Dog, T.L., Riley, D., Carter, T.** (2001). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2(3).
- Doğanay, S., Sözmen, K., Kalaça, S., Ünal, B.** (2012). Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 93- 115.
- Dunneram, Y., Charles, G., Burley, V. J., Janet, E. C.** (2018). Dietary intake and age at natural menopause: results from the UK Women’s Cohort Study. *J. Epidemiol Community Health*, 72, 733- 740.
- Duran, B., Özdemirci, İ., Ak, D., İmir, G.** (2002). Hormon replasman tedavisinin kadınların serum lipid ve koagülasyon faktörlerine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (1), 27 – 32.
- EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA).** (2010). scientific opinion on dietary reference values for water/European Food Safety Authority. *EFSA J*, 8, 48.
- Eisenberg, DM., Davis, RB., Ettner, SL., Appel, S., Wilkey, S., Van, Rompay M.** (1998) Trends in alternative medicine use in the United States. 280(18), 1569-75.
- Elsabagh, S., Hartley, DE., File, SE.** (2005). Limited cognitive benefits in stage+2 postmenopausal women after 6 weeks of treatment with Ginkgo biloba. *J Psychopharmacol*, (19), 173–81.
- Enseleit, F., Sudano, I., Périat, D., Winnik, S., Wolfrum, M., Flammer, AJ.** (2012). Effects of Pycnogenol on endothelial function in patients with stable coronary artery disease: a double-blind, randomized, placebo controlled, cross-over study. *Eur Heart*, (33), 1589–97.
- Ercan, P., El, S.** (2014). Obeziteyi önleyen gıda bileşenleri. *Akademik Gıda*, 12(1), 69-77.
- Erdem, Ö.** (2006). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), Ankara.
- Erel, C.T.** (2004). Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir?, *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, (6), 53-57.
- Ertüngealp, E.** (2002). Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları. *Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği, İstanbul*.
- Fakılı, F. E.** (2013). Menopoza Girmiş Kadınların Beslenme Durumları ile Fiziksel Aktivite ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Fakılı, F.E.** (2013). Menopoza girmiş kadınların beslenme durumları ile fiziksel aktivite ve beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), Ankara.

- Faubion, S. S., Sood, R., Thielen, J. M., Shuster, L. T.** (2015). Caffeine and menopausal symptoms: what is the association? *The Journal of North American Menopause Society*, 22 (2), 155- 158.
- Fitzpatrick, L.A.** (1999). Selective estrogen reseptor modulators and phytoestrogens : new therapies for the postmenopausal women. *Mayo Clin Proc*, (74), 601-607.
- Foster, S., Tyler, V.E.** (1999). Tyler’s Honest Herbal: A Sensible Guide to the Use of Herbs and Related Remedies, 4th edn. *Haworth Herbal, New York*.
- Freedman, R. R.** (2001). Physiology of hot flashes. *American Journal of Human Biology*, 13, 453–64.
- Gezer, A., Şentürk, LM., Ertüngealp, E.** (2006). Klimakteriyum. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitabevleri. Öncü Basımevi, Ankara.
- Gilbert, P.A., Heiser, G.** (2005). Salt and health: The CASH and BPA perspective. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 30 (1), 62-69.
- Ginty, F.** (2003). Dietary protein and bone health. *Proceedings of tehe Nutrition Society*, 62, 867- 876.
- Glandstar, R.** (1992). Herbs for menopause-botanical formu-lations can moderate hot flashes and othe discomforts of the change of life. *Nat. Health*, (22), 46-50.
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., A Greendale, G., Powell, L., Sternfeld, B., Matthews, K.** (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women’s health across the nation. *Am J Public Health*, 96(7), 1226-35.
- Gold, E.B., Sternfeld, B., Kelsey, J.L.** (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptonis in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 152, 463-473.
- Golshiri, P., Akbari, M., Abdollahzadeh, M.** (2016). Age at natural menopause and related factors in Isfahan, Iran. *Journal of Menopausal Medicine*, 22(2), 87-93.
- Goss, P.E., Ingle, J.N., Martino, S., Robert, N.J., Muss, H.B., Piccart, M.J.** (2003). A Randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 6,1793-1802.
- Gökçe Kutsal, Y., Özgüçlü, E., Karakan, S.** (2011). Postmenopozal osteoporotik kadınlarda giyim tercihlerinin d vitamini ve kemik mineral dansiteleri üzerine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 17 (3), 0- 0.
- Görgel, E., Çakıroğlu, F.** (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

- Grieve, M.**, (1985). A Modern Herbal: The medicinal, culinary, cosmetic and economic properties, cultivation and folklore of herbs, grasses, fungi, shrubs and trees with all their modern scientific uses. *Jonathan Cape: London*.
- Grimm, T., Chovanová, Z., Muchová, J., Sumegová, K., Liptáková, A., Duracková, Z., Högger, P.** (2006). Inhibition of NF-kB activation and MMP-9 secretion by plasma of human volunteers after ingestion of maritime pine bark extract (Pycnogenol). *J Inflamm*, (3),1
- Gübür, S.** (2015) Basit karbonhidrat içeriği yüksek diyetle beslenen sıçanlarda yeşil çayın antioksidan etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi (basılmamış), Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güler, M.** (2015). Premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların beslenmeye bağlı kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gün, Ç., Demirci, N.** (2015). Menopozda bitkisel tedavi kullanımı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. *Archives Medical Review Journal*, 24 (4), 520-530
- Güngör, L.** (2003) Elazığ Yenimahalle eğitim ve araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (basılmamış), Elazığ.
- Haggerty, W.J.**, (1999). Flax: ancient herb and modern medicine. *Herbalgram*, (45), 51-57.
- Hamel, P.B. Chiltoskey, M.U.** (1975). Cherokee plants and their uses—A 400 year history. *N.C. Herald Publishing, Sylva, NC*.
- Hamm, BR., Dahl, NV.** (2002). Herbs, Menopause and Dialysis, Seminars in Dialysis, 15(1), 53-59.
- Hanna, K., Day, A., O'Neill, S., Patterson, C., Lyons-Wall, P.** (2005). Does scientific evidence support the use of non-prescription supplements for treatment of acute menopausal symptoms such as hot flushes?. *Nutr Diet*, (62), 138-51.
- Hartley, D.E, Heinze, L., Elsabagh, S., File, SE.** (2003). Effects on cognition and mood in postmenopausal women of 1-week treatment with Ginkgo biloba. *Pharmacol Biochem Behav*, (75), 711-20.
- Heaney, R. P.** (2006). Role of dietary sodium in osteoporosis. *Journal of the American College of Nutrition*, 25(3), 271-276.
- Hernandez Angeles, C., Castelo Branco, C.** (2016). Cardiovascular risk in climacteric women: focus on diet. *Climacteric*, 19(3), 215-221.
- Heyerick, A., Vervarcke, S., Depypere, H., Bracke, M., De Keukeleire, D. A.** (2006). First prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study on the use of a standardized hop extract to alleviate menopausal discomforts. *Maturitas* (54), 164-75.

- Holm, L., Esmarck, B., Suetta, C., Matsumoto, K., Doi, T., Mizuno, M., Miller, B., Kjaer, M.** (2005). Postexercise nutrient intake enhances leg protein balance in early postmenopausal women. *Journals of Gerontology: Series A*, 60(9), 1212-1218.
- Hotun, N.** (1998). Bir klometremetre taşı: Menopoz. Çevik Matbaacılık, İstanbul.
- Huang, H., Han, G.Y., Jing, L.P., Chen, Z.Y., Chen, Y.M., Xiao, S.M.** (2018). Tea consumption is associated with increased bone strength in middle-aged and elderly Chinese women. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(2), 216-221.
- Hutchins Wiese, H., Picho, K., Watkins, B., Li, Y., Tannenbaum, S., Claffey, K., Kenny, A.** (2014). High-dose eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid supplementation reduces bone resorption in postmenopausal breast cancer survivors on aromatase inhibitors: a pilot study. *Nutrition and Cancer*, 66(1), 68-76.
- İslamoğlu, A., Garipağaoğlu, M., İlkaç, H., Güneş, F.** (2019). Postmenopozal yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 2(1), 20-26.
- İşleröğlü, H., Yıldırım, Z., Yıldırım M.** (2005) Fonksiyonel bir gıda olarak keten tohumu, *Gıda Mühendisliği Bölümü Ziraat Fakültesi Dergisi*, 22(2), 23-30.
- Jou, H.J., Ling, P.Y., Wu, S.C.** (2005), Comparison of 70mg and 35mg isoflavone soya supplement for menopause symptoms. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90(2), 159-160.
- Jukic, A.M., Steiner, A.Z., Baird, D.D.** (2015). Association between serum 25 hydroxyvitamin D and ovarian reserve in premenopausal women. *Menopause*, 22, 312-6.
- Kadayıfçı, O.T.** (2006). Klimakterum: premenopoz-menopoz-postmenopoz- senium (İkinci Bahar), Adana Nobel kitabevi, İstanbul.
- Kang, H.J., Ansbacher, R., Hammoud, M.M.** (2002). Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*, 79(3), 195-207.
- Karaçam, Z., Şeker, S.** (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women, *Maturitas*, Volume 58, Issue 1, 20,75-82.
- Karakuş, E.** (2006). Menopoz döneminde kadınların yaşadığı sorunlar ve bunlara dayalı eğitim gereksinimleri. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kaur, S., Walia, I., Singh, A.** (2004). How menopause affects the lives of women in suburban chandigarh, *Climacteric*, 7(2), 175-80.
- Kim, Y., Ilich, J. Z.** (2011). Implications of dietary  $\alpha$ -linolenic acid in bone health. *Nutrition*, 27(11-12), 1101-7.

- Kinney, A., Kline, J., Levin, B.** (2006). Alcohol, caffeine and smoking in relation to age at menopause. *Maturitas*, 54 (1), 27- 38.
- Ko, S.H., Kim, H.S.** (2020). Menopause-associated lipid metabolic disorders and foods beneficial for postmenopausal women. *Nutrients*. 12(1), 202.
- Koçtürk, O.M., Kalafatçılar, Ö.A., Özbilgin, N., Atabay, H.** (2009) Türkiye'de bitkisel ilaçlara bakış. *Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi* (46), 209-214.
- Kohama, T., Negami, M.** (2013). Effect of low-dose French maritime pine bark extract on climacteric syndrome in 170 perimenopausal women. *J Reprod Med*, (58), 39–46.
- Köksal, N., Güven, A., Çelik, Ö., Kıran, G., Kıran, H., Ekerbiçer, H.** (2004). Menopoz sonrası hormon replasman tedavisinin solunum fonksiyonları üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 52(3), 237-242
- Kuliyeva, S.** (2007). Postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hormon tedavisive antimuskarinik ilaçların üriner inkontinans üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi (basılmamış). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana.
- Kyeong Choi, M., Hyun Kim, M.** (2016). The association between coffee consumption and bone status in young adult males according to calcium level intake. *Clin. Nutr. Res.*, 5 (3), 180- 189.
- Laakmann, E., Grajecki, D., Doege, K., zu Eulenburg, C., Buhling, KJ.** (2012). Efficacy of Cimicifuga racemosa, Hypericum perforatum and Agnus castus in the treatment of climacteric complaints: a systematic review. *Gynecol Endocrinol*, (28), 703–9.
- Laird, E., Ward, M., McSorley, E., Strain, J.J., Wallace, J.** (2010). Vitamin D and Bone Health; Potential mechanisms. *Nutrients*, 2 (7), 693- 724.
- Lambert, S. M., Vilain, E. J., Kolon, T. F.** (2010). A practical approach to ambiguous genitalia in the newborn period. *Urology Clinics of North America*, 37, 195-205.
- Legetic, B., Campbell, N.** (2011). Reducing salt intake in the Americas: Pan American Health Organization Actions. *Journal of Health Communication*, 16(2), 37-48.
- Li, Q., Holford, T., Zhang, Y., Boyle, P., Mayne, S., Dai, M., Zheng, T.** (2013). Dietary fiber intake and risk of breast cancer by menopausal and estrogen receptor status. *European Journal of Nutrition*, 52(1), 217-223.
- Lipovac, M., Chedraui, P., Gruenhut, C., Gocan, A., Kurz, C., Neuber, B.** (2012). The effect of red clover isoflavone supplementation over vasomotor and menopausal symptoms in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol*, (28), 203-7.

- MacLennan, A.H., Wilson, D.H., Taylor, A.W.** (1996). Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet*, 347(2), 560-573.
- McCrorry, M.** (2014). Meal skipping and variables related to energy balance in adults: A brief review, with emphasis on the breakfast meal. *Physiology and Behavior*, 134, 51-54.
- McMillan, T. L., Mark, S.** (2004). Complementary and alternative medicine and physical activity for menopausal symptoms. *Journal of The American Medical Women's Association*, (59), 270-277.
- Moazzami, A., Bondia-Pons, I., Hanhineva, K., Juntunen, K., Antl, N., Poutanen, K., Mykkänen, H.** (2012). Metabolomics reveals the metabolic shifts following an intervention with rye bread in postmenopausal women- a randomized control trial. *Nutrition Journal*, (11), 88.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A.R.** (2018). Simoncini T. Symptoms of menopause global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, (14), 99.
- Morelli, V., Naquin, C.** (2002), Alternative therapies for traditional disease states: menopause. *Am Fam Physician*, 66(1), 29-34.
- Murkies, A. L.** (1995). Dietary flour supplementation decreases postmenopausal hot flashes: Effects of soy and wheat. *Maturitas*, 21, 189-195
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCAM)**, (2005). Menopause.
- Nelson, H. D., Vesco, K. K., Haney, E., Fu, R., Nedrow, A., Miller, J., Nicolaidis, C., Humphrey, L.** (2006). Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *Jama*, 295(17), 2057-71.
- Nordic Council of Ministers N.** (2014). Nordic Nutrition Recommendations 2012.
- O'Connor, D., Blake, J., Bell, R., Bowen, A., Callum, J., Fenton, S., Gray-Donald, K., Rossiter, M., Adamo, K., Brett, K., Khatri, N., Robinson, N., Tumback, L.** (2016). Canadian consensus on female nutrition: adolescence, reproduction, menopause and beyond. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(6), 508-554.
- Oğurlu, N.** (2008). Kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemlerinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi (basılmamış). Aydın
- Oka, Y., Iwai, S., Amano, H., Irie, Y., Yatomi, K., Ryu, K., Yamada, S., Inagaki, K., Oguchi, K.** (2012). Tea polyphenols inhibit rat osteoclast formation and differentiation. *J Pharmacol Sci*, 118(1), 55-64.
- Öge, A.** (2004). Yaşlanmayla oluşan endokrin değişiklikler tedavi yaklaşımları. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 117-121.

- Özcan, H., Oskay, Ü.** (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.
- Özer, Ü., Gözükara, F.** (2016). Şanlıurfa’da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Özgür, N.** (2007). Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. Marmara Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). İstanbul.
- Özkan, A.** (2006). Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
- Pasinlioğlu, T., Tortumluoğlu, G.** (2003). Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3).
- Pınar, Ş., Yıldırım, G., Aksoy, Ö., Cesur, B.** (2015). Kadına özgü bir sorun: menopozda ruh sağlığı. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 787-798.
- Pittler, M.H., Ernst, E.** (2003). Kava extract for treating anxiety. Cochrane Database Systematic Review.
- Public Health England.** (2016). Government Dietary Recommendations.
- Purdue Smithe, A., Whitcomb, B., Szegda, K., Boutot, M., Manson, J., Hankinson, S., Rosner, B., Troy, L., Michels, K., Bertone Johnson, E.** (2017). Vitamin D and calcium intake and risk of early menopause. *American Journal of Clinical Nutrition*, 105(6), 1493-1501.
- Qian, G., Xue, K., Tang, L., Wang, F., Song, X., Chyu, MC.** (2012). Mitigation of oxidative damage by green tea polyphenols and Tai Chi exercise in postmenopausal women with osteopenia. *PLoS One*, (7), 48-090.
- Rad, S.K.** (2016). The effect of salvia officinalis tablet on hot flushes, night sweating, and estradiol hormone in postmenopausal women. *International Journal of Medical Research- Health Science*, 5(8), 257-263.
- Rad, S.K.** (2016). The effect of salvia officinalis tablet on hot flushes, night sweating, and estradiol hormone in postmenopausal women. *International Journal of Medical Research & Health Science*, 5(8), 257-263.
- Rakıcıoğlu, N.** (2008). Menopozda Beslenme. Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Rizzoli, R., Bischoff Ferrari, B., Dawson Hughes, B., Weaver, C.** (2014). Nutrition and bone health in women after the menopause. *Womens Health*, 10(6), 599-608.

- Royal College of Nursing. Menopause.** (2017) RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. *Royal College of Nursing.* 0–28.
- Sağnak, B.** (2015). Malatya’da özel bir kliniğe başvuran menopoza girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palanci, Y., Toksöz, P.** (2005). Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları, *Dicle Tıp Dergisi, Cilt:32, Sayı:2, (77-83).*
- Salman, S., Özdemir, F.** (2018). Beyaz Çay: Üretimi, bileşimi ve sağlık Üzerine etkileri. *Akdeniz Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi Dergisi, 16(2), 218-223.*
- Samur, G., Mercanlıgil, S.** (2008). Diyet Posası ve Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sanlier N., Atik İ., Atik A.** (2018) Review, A minireview of effects of white tea consumption on diseases. *Trends in Food Science & Technology, 82-88.*
- Santoro, N., Komi, J.** (2009). Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *The Journal of Sexual Medicine, 6(8), 2133-2142.*
- Sarpe, S., Thakur, R.** (2014). Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *Journal of Mid- life Health, 5(1), 3-5.*
- Satman, İ., Ömer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçdağ, N., Karşıdağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yılmaz, T., Çalır, B., Tuomilehto, J.** (2013). *Eur. J. Epidemiol, 28,169-180.*
- Shams White, M. M., Chung, M., Du, M., Fu, Z., Insogna, K. L., Karlsen, M.C., LeBoff, M.S., Shapses, Joachim S. A., Sackey, J., Wallace, T. C., Weavwe, C. M.** (2017). Dietary protein and bone health: a systematic review and meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *American Journal of Clinical Nutrition, 105 (6), 1528- 1543.*
- Shanafelt, T. D., Barton, D. L., Adjei, A. A., Loprinzi, C. L.** (2002). Pathophysiology and treatment of hot flashes. *Mayo Clinic Proceedings, (77), 1207–18.*
- Shapira, N.** (2017). The potential contribution of dietary factors to breast cancer prevention. *European Journal of Cancer Prevention, 26(5), 385-395.*
- Sparkes, C., Gibson, R., Sinclair, A., Else, P., Meyer, B.** (2018). Effect of low dose docosahexaenoic acid-rich fish oil on plasma lipids and lipoproteins in pre- menopausal women: a dose–response randomized placebo-controlled trial. *Nutrients, 10(10), 1460.*
- Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW).** (2001). Menopause

- Suparp, J., Mungom, V., Sangchai, R., Saitivipawee, P.** (2003). Quality of life middle-aged female staff officers in the Royal Thai Navy Base. Bangkok. *J Med Assoc Thai.* 86(11), 1015-23
- Şahinöz, M.** (2008). Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi (basılmamış). Konya.
- Şanlıoğlu, S.** (2001). Kastamonu merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45-60 yaş grubu kadınların menopoz ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması, Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şen, E., Sevil, Ü.** (2008). Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi.* 16 (62), 136-142.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu** (2015). Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı.** (2012). Menopozda beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara.
- Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Karatay, G.** (2008). Sigara ve infertilite. Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Teucher, B., Dainty, J. R., Spinks, C. A., Majsak- Newman, G., Berry, D. J., Hoogewerff J. A., Foxall, R. J., Jakobsen, J.** (2008). Sodium and bone health: impact of moderately high and low salt intakes on calcium metabolism in postmenopausal women. *Journal of Bone Mineral Research,* 23(9), 1477-1485.
- Thurston, R. C.** (2018). Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric,* 21(2), 96–100.
- Tice, J.A., Ettinger, S., Ensrud, K.,** (2003). Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isotlavone Clover Extract (ICE) Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 290, 207-214.
- Toprakseven, R. E.** (2007). Postmenopozal dönemdeki kronik periodontitisli kadınlarda bisfosfonat kullanımının periodontal dokular üzerine etkisi. Marmara Üniversite. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi (basılmamış), İstanbul
- Tortumluoğlu, G.** (2003). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi (basılmamış), Erzurum
- Tuna, F.** (2019). Postmenopozal kadınlarda obezite oranları ve kemik mineral yoğunluğu düzeyleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(1), 3-7.

- Turgut, B., Türkçüoğlu, P., Demir, T., Kan, E., Kumru, S.** (2008). Menopoz sonrası dönemde farklı hormon Replasman tedavilerinin gözyaşı fonksiyonlarına etkileri. *Fırat Tıp Dergisi*, 13 (2), 127-130.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** (2015). Türkiye beslenme rehberi (TÜBER).
- Ulus, C., Kaya, P.S., Taşçı, B.** (2018) Çörek otu tohumunun kimyasal bileşmi ve insan sağlığındaki yeri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 25-29.
- Üçtepe, H.** (2019). Premenopoz, menopoz, postmenopozal dönemdeki kadınların antropometrik ölçümlerinin, vücut bileşimlerinin, beslenme durumlarının ve beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), İzmir.
- Van der Spiegel, M., Noordam, M., van der Fels Klerx, H.** (2013). Safety of novel protein sources (insects, microalgae, seaweed, duckweed, and rapeseed) and legislative aspects for their application in food and feed production. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 12(6), 662- 678.
- Verzele, M.** (1986). Centenary review: 100 years of hop chemistry and its relevance to brewing. *J Inst Brew*, 1986. (92), 32–48.
- Warensjö, E., Byberg, L., Melhus, H., Gedeberg, R., Mallmin, H., Wolk, A., Michaelsson, K.** (2011). Dietary calcium intake and risk of fracture and osteoporosis: prospective longitudinal cohort study. *BMJ*, 342.
- Wegener, T.** (2013) Herbal medicinal products in the paediatric population— status quo and perspectives. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 163(3-4), 46-5
- WHO.** (2002). Monographs on Selected Medicinal Plants, *PART 2, Data collection 31-5.*
- Wu, W.H., Liu, L.Y, Chung, C.J, Jou, H.J, Wang, T.A.** (2005). Estrogenic effect of yam ingestion in healthy postmenopausal women. *J Am Coll Nutrition*, (24),235–43.
- Yang, H.M, Liao, M.F, Zhu, S.Y, Liao, M.N, Rohdewald, P. A.** (2007). Randomized, double-blind, placebo- controlled trial on the effect of Pycnogenol on the climacteric syndrome in peri-menopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, (86), 978-85.
- Young Kim, S.** (2014). Coffee consumption and risk of osteoporosis. *Korean Journal of Family Medicine*, 35(1),1.
- Yücesoy, İ., Çakıroğlu, Y.** (2007). Menopoz ve Postmenopoz (içinde) Çiçek, M.N., Mungan, M.T. (ed). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Öncü basımevi. Güneş Tıp Kitabevler, Ankara.



## **EKLER**

**Ek 1:** Anket Formu

**Ek 2:** Etik Kurul Raporu



## **EK 1: Anket Formu**

### **MENAPOZ DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ VE BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu anket bilimsel bir tez için hazırlanmıştır. Araştırma, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Diyetisyen Esmanur SAVAŞ tarafından yürütülecektir. Çalışmaya katılımda tamamen gönüllülük esastır. Ankette sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederim.

#### **A) TANIMLAYICI BİLGİLER**

1- Yaş:

2- Boy:

3- Kilo:

4- BKİ (araştırmacı tarafından hesaplanacak):

5- Medeni Durum:

a) Evli    b) Bekar    c) Dul/ Boşanmış

6- Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil    b) Okur-yazar    c) İlkokul mezunu    d) Ortaokul mezunu  
e) Lise mezunu    f) Üniversite mezunu ve üzeri

7- Meslek:

a) Ev hanımı    b) Memur    c) İşçi    d) Serbest meslek    e) Emekli    f) Diğer:.....

#### **B) GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ**

8- Adet görme yaşı:

9- Adet görme süreniz:

10- Menapoz yaşı:

11- Annenizin menapoz yaşı ? Biliyorsanız menapoz yaşını yazınız.

a) Biliyorum(.....)    b) Bilmiyorum

**12-** Menapoza girme nedeniniz:

**a)** Doğal **b)** İlaçlar **c)** Cerrahi **d)** Diğer:.....

**13-** Menapoz döneminde aşağıdaki yakınmalardan hangisi veya hangilerini yaşıyorsunuz?

Sıcak basması **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Sinirlilik **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Çarpıntı **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Uykusuzluk **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Bitkinlik, halsizlik **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Gece terlemesi **a)** Evet **b)** Hayır **c)** Bazen

Diğer:.....

**14-** Yakınmalarla baş etme durumunuz nedir?

**a)** Hiçbir şey yapmıyorum **b)** Hormon tedavisi alıyorum **c)** Bitkisel ürün kullanıyorum

**15-** Çocuğunuz var mı? Varsa sayısını belirtiniz. (cevabınız evet ise 16,17 ve 18. soruyu cevaplayınız, cevabınız hayır ise 19. sorudan devam ediniz.)

**a)** Evet **b)** Hayır

**16-** İlk gebelik yaşınız:

**17-** Toplam gebelik sayınız:

**18-** Yaşayan çocuk sayınız:

**19-** Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? Var ise hastalığınızı yazınız.

**a)** Evet(.....) **b)** Hayır

### **C) BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIM BİLGİLERİ**

**20-** Düzenli olarak bitkisel ürün kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız kullandıklarınızı işaretleyiniz.

**a)** Evet **b)** Hayır

Adaçayı **a)** Evet **b)** Hayır

- Şerbetçi Otu **a)** Evet **b)** Hayır  
Hayıt **a)** Evet **b)** Hayır  
Yams kökü **a)** Evet **b)** Hayır  
Kava kava **a)** Evet **b)** Hayır  
Sahil çamı **a)** Evet **b)** Hayır  
Karayılan otu **a)** Evet **b)** Hayır  
Çin melekotu **a)** Evet **b)** Hayır  
Gingo biloba **a)** Evet **b)** Hayır  
Kızıl yonca **a)** Evet **b)** Hayır  
Keten tohumu **a)** Evet **b)** Hayır  
Sarı Kantron **a)** Evet **b)** Hayır  
Yeşil Çay **a)** Evet **b)** Hayır  
Beyaz Çay **a)** Evet **b)** Hayır  
Çörekotu **a)** Evet **b)** Hayır  
Bitkisel ürünlerden yapılan tabletler **a)** Evet **b)** Hayır

Diğer:.....

**21-**Bitkisel ürün kullanma sıklığınız nedir?

- a)** Her gün **b)** Haftada 3-4 gün **c)** Haftada 1-2 kere **d)** Diğer:.....

**22-** Bitkisel ürün kullanıyorsanız nereden duydunuz?

- a)** Doktor **b)** Diyetisyen **c)** Televizyon **d)** İnternet **e)** Aile- Arkadaş( çevre)

- f)** Gazete- Dergi-Kitap **e)** Diğer:.....

**23-** Bitkisel ürünleri nereden temin ediyorsunuz?

- a)** Eczane **b)** Aktar **c)** İnternet **d)** Arkadaş **e)** Market **d)** Diğer:.....

**24-** Bitkisel ürünleri kullanıyorsanız kullanım nedeniniz nedir?

- a)** Yakınmalardan kurtulmak **b)** Zayıflamak **c)** Sağlıklı olmak **d)** Kendimi iyi hissetmek **e)** Diğer:.....

**25-** Bitkisel ürünler yakınmalarınıza fayda ediyor mu?

- a) Evet                      b) Hayır

**D) TEMEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI**

**26-** Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana Öğün:.....                      Ara Öğün:.....

**27-** Öğün atlar mısınız?

- a) Evet                      b) Hayır

**28-** Atlıyorsanız atlama nedeniniz nedir?

- a) Zayıflamak için   b) Canım istemediği için   c) Zamanım olmadığı için   d) Unuttuğum için   e) Üşendiğim için   d) Diğer:.....

**29-** Cevabınız evet ise sıklıkla hangi öğün veya öğünleri atlıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Sabah                      b) Kuşluk                      c) Öğle                      d) ikindi                      e) Akşam                      f) Gece

**30-** Yemeklerinizi nasıl tüketirsiniz?

- a) Tuzsuz                      b) Az tuzlu                      c) Normal tuzlu                      d) Çok tuzlu

**31-** Yemeklerinize ekstra tuz ilave eder misiniz?

- a) Evet                      b) Hayır

**32-** Yemek yeme hızınız nasıldır?

- a) Yavaş                      b) Orta                      c) Normal hızda                      d) Hızlı

**33-** Çay içer misisiniz? İçiyorsanız günde kaç bardak içersiniz yazınız.

- a) Evet(.....)                      b) Hayır

**34-** Kahve içer misiniz? İçiyorsanız günde kaç bardak içersiniz yazınız.

- a) Evet(.....)                      b) Hayır

**35-** Günde ne kadar su tüketiyorsunuz?.....bardak/litre

**36-** Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız kaç yıldır ve günde kaç adet kullanıyorsunuz yazınız.

- a) Evet(.....yıl.....adet)                      b) Hayır

**37-** Alkol kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız kaç yıldır ve ne sıklıkla kullanıyorsunuz yazınız.

**a)** Evet(.....yıl.....defa)                      **b)** Hayır

**38-** Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

**a)** Evet    **b)** Hayır



## EK 2: Etik Kurulu Raporu



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

**Tarih: 28.01.2021**

**Sayı: 16**

**Konu: Etik Kurulu İzni**

**Sayın Esmenur Savaş**

Yapmış olduğunuz başvuru Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Prof.Dr. Filiz Açkurt'un danışmanlığında planladığınız **"Menapoz Döeminde Olan Kadınların Beslenme Durumlarının ve Bitkisel Ürün Kullanımlarının Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışmanız kurulumuzun 28.01.2021 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer  
Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL  
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878  
e-mail: [etikkurul@halic.edu.tr](mailto:etikkurul@halic.edu.tr) [www.halic.edu.tr](http://www.halic.edu.tr)



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Yayın Tarihi : 10.12.2015  
Revizyon Tarihi : 16.09.2020  
Revizyon No : 02  
Sayfa No : 1/1

<b>Tarih: 28.01.2021</b>	<b>Karar No:</b>				
<b>Toplantı Sayısı:</b>	Esmanur Savaş'ın Prof.Dr. Filiz Açıktur'un danışmanlığında planladığı <b>"Menapoz Döneminde Olan Kadınların Beslenme Durumlarının ve Bitkisel Ürün Kullanımlarının Değerlendirilmesi"</b> başlıklı tez çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
<b>Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)</b>	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU</b>	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş</b>	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı</b>	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk</b>	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran</b>	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Seda Saka</b>	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş</b>	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
<b>Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu</b>	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
ETKU:10					

## **ÖZGEÇMİŞ**

**Adı- Soyadı:** Esmanur SAVAŞ GÜNEŞ

### **ÖĞRENİM DURUMU:**

**Lisans:** 2019, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik

**Yüksek Lisans:** 2023, Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans

### **MESLEKİ DENEYİM:**

Diyetisyen Esmanur Savaş Online Diyet ve Beslenme Danışmanlığı Temmuz 2019- Halen

Mystic Pilates Stüdio Ocak 2021- Ağustos 2022

Medusa Pilates Salonu Nisan 2020- Eylül 2020