



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA  
MENOPOZAL SEMPTOMLARIN DÜZEYİ VE  
DEPRESYONA EĞİLİM**

**Dr. Meryem Betül KARAKOÇ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2025**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA  
MENOPOZAL SEMPTOMLARIN DÜZEYİ VE  
DEPRESYONA EĞİLİM**

**Dr. Meryem Betül KARAKOÇ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2025**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tecrübe ve nezaketiyle bana daima örnek olan; akademik gelişimimde rehberliğini ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanlığını üstlenen değerli hocam Doç. Dr. Murat Altuntaş'a,

Birlikte çalıştığım ve tanımaktan mutluluk duyduğum Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde bulunan asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana daima destek olan, eğitim hayatım süresince her zaman yanımda bulunarak emekleri, sabırları ve fedakârlıklarıyla bugünlere ulaşmamı mümkün kılan kıymetli annem Emine Karakoç'a ve babam Zülküf Karakoç'a; her daim yanımda olan sevgili kardeşlerime, sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Meryem Betül KARAKOÇ

İstanbul, 2025

# İÇİNDEKİLER

|  |          |
|--|----------|
| TEŞEKKÜR .....   | i        |
| İÇİNDEKİLER .....                                      | ii       |
| KISALTMALAR .....                                      | iv       |
| TABLO LİSTESİ .....                                    | v        |
| ŞEKİL LİSTESİ .....                                    | vi       |
| ÖZET .....   | viii     |
| ABSTRACT .....   | x        |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>                          | <b>1</b> |
| <b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>                         | <b>3</b> |
| 2.1. MENOPOZ .....                                     | 3        |
| 2.1.1. Menopoz Tanımı .....                            | 3        |
| 2.1.2. Menopozun Sınıflandırılması .....               | 3        |
| 2.1.2.1. Başlangıç Yaşına Göre .....                   | 3        |
| 2.1.2.2. Oluş Şekline Göre .....                       | 4        |
| 2.1.3. Menopoz ile İlişkili Kavramlar .....            | 4        |
| 2.1.3.1. Klimakterik Dönem ve Evreleri .....           | 4        |
| 2.1.3.2. Premenopoz .....                              | 4        |
| 2.1.3.3. Perimenopoz .....                             | 4        |
| 2.1.3.4. Menopoz .....                                 | 5        |
| 2.1.3.5. Postmenopoz .....                             | 5        |
| 2.1.4. Menopoz Fizyolojisi .....                       | 5        |
| 2.1.5. Menopoz ile ilişkili Semptomlar .....           | 6        |
| 2.1.5.1. Somatik Şikayetler .....                      | 6        |
| 2.1.5.1.1. Vazomotor Semptomlar .....                  | 6        |
| 2.1.5.1.2. Uyku Bozuklukları .....                     | 7        |
| 2.1.5.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri ..... | 8        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.1.5.1.4. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri .....        | 9         |
| 2.1.5.2. Ürogenital Şikayetler .....                          | 9         |
| 2.1.5.3. Psikolojik Şikayetler .....                          | 10        |
| 2.1.6. Menopozda Tedavi Yaklaşımları .....                    | 11        |
| 2.1.7. Depresyon.....   | 12        |
| 2.1.8. Menopoz ve Depresyon İlişkisi.....                     | 14        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                | <b>16</b> |
| 3.1. ETİK KURUL İZİNİ.....                                    | 16        |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ.....                          | 16        |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİMİ .....                       | 16        |
| 3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI .....                   | 17        |
| 3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....                        | 17        |
| 3.4.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)..... | 17        |
| 3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) .....                   | 18        |
| 3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .....                    | 18        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                       | <b>20</b> |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                                      | <b>57</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                              | <b>82</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                     | <b>84</b> |

## KISALTMALAR

- 5-HT2A** : 5-hidroksitriptamin (serotonin) 2A
- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği
- BDE** : Beck Depresyon Envanteri
- BDEÖ** : Beck Depresyon Envanteri Ölçeği
- BDI** : Beck Depression Inventory
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FSH** : Folikül Uyarıcı Hormon
- HRT** : Hormon Replasman Tedavisi
- LH** : Luteinize Edici Hormon
- MRS** : Menopause Rating Scale
- MSDÖ** : Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
- POY** : Prematür Over Yetmezliği
- SERM** : Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri
- SSRI** : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

## TABLO LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1:</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....  | 20 |
| <b>Tablo 2:</b> Jinekolojik Özelliklerin Dağılımı .....   | 24 |
| <b>Tablo 3:</b> Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı .....  | 26 |
| <b>Tablo 4:</b> Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin İç Tutarlılıklarının İncelenmesi .....  | 26 |
| <b>Tablo 5:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı .....  | 28 |
| <b>Tablo 6:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin İç Tutarlılıklarının İncelenmesi.....  | 30 |
| <b>Tablo 7:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki .....                                  | 30 |
| <b>Tablo 8:</b> Yaş ve Menopoza Girilen Yaş ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puanları Arasındaki İlişki ..... | 31 |
| <b>Tablo 9:</b> Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması .....  | 33 |
| <b>Tablo 10:</b> Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Jinekolojik Özellikler ile Karşılaştırılması .....                                       | 42 |
| <b>Tablo 11:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması .....  | 51 |
| <b>Tablo 12:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin Jinekolojik Özellikler ile Karşılaştırılması .....  | 54 |

## ŞEKİL LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| <b>Şekil 1:</b> Medeni durum dağılımı.....  | 22 |
| <b>Şekil 2:</b> Gelir düzeyi dağılımı.....  | 22 |
| <b>Şekil 3:</b> Ek hastalık dağılımı.....   | 23 |
| <b>Şekil 4:</b> Menopoz süresine göre dağılım .....   | 25 |
| <b>Şekil 5:</b> Menopoz şikayetleri için doktora gitme durumuna göre dağılım .....  | 25 |
| <b>Şekil 6:</b> Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının dağılımı .....   | 27 |
| <b>Şekil 7:</b> Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanı ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkinin grafiği.....         | 31 |
| <b>Şekil 8:</b> Eğitim düzeylerine göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı .....  | 36 |
| <b>Şekil 9:</b> Medeni duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanlarının dağılımı .....                            | 37 |
| <b>Şekil 10:</b> Medeni duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı .....  | 37 |
| <b>Şekil 11:</b> Mesleklere göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı .....   | 38 |
| <b>Şekil 12:</b> Menopoz şikayetleri için doktora gitme duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puan dağılımı .....                             | 45 |
| <b>Şekil 13:</b> HRT alma durumuna göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puan dağılım.....   | 46 |
| <b>Şekil 14:</b> Menopozla ilgili düşüncesi “doğal, normal bir süreç” olma durumlarına göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı .  | 47 |
| <b>Şekil 15:</b> Menopozla ilgili düşüncesi “yaşlandığımı hissetme” olma durumlarına göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı..... | 48 |

**Şekil 16:** Eğitim düzeylerine göre Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanlarının dağılımı ..... 52

**Şekil 17:** Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışma durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanları dağılımı..... 53



# POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLARIN DÜZEYİ VE DEPRESYONA EĞİLİM

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların düzeyi ile depresyona eğilim arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, gözlemsel ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu çalışmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı, 45 yaş ve üzeri olup en az 12 ay süreyle menstrüel kanaması olmayan 345 kadın dahil edilmiştir. Çalışmada “Sosyodemografik Veri Formu”, “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)” ve “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” kullanılmıştır. Elde edilen veriler, NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 istatistiksel analiz programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya yaşları 45–74 arasında değişen 345 kadın katılmış, yaş ortalaması  $57,49 \pm 6,85$  olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %19,7'si okuryazar değildir; %54,5'i ilkokul mezunu, %77,7'si evli, %79,1'i ev hanımıdır. Yüzde 50,4'ü asgari ücretin altında gelir beyan etmiştir. Kronik hastalık oranı %84,3 olup, menopoz yaşı ortalama  $47,25 \pm 4,17$ 'dir. Katılımcıların %84,1'i doğal, %15,9'u cerrahi menopoz geçirmiştir. %45,8'i sağlık kuruluşuna başvurmuş, %13,6'sı HRT kullanmıştır. MSDÖ toplam puanı  $19,63 \pm 7,65$  olup alt boyut ortalamaları; somatik:  $7,71 \pm 3,10$ , psikolojik:  $7,66 \pm 3,44$ , ürogenital:  $4,26 \pm 2,63$ 'tür. Ölçeğin genel iç tutarlılığı yüksek düzeyde bulunmuş olup, Cronbach's  $\alpha=0,810$ 'dir. Eğitim ( $p<0,05$ ), medeni durum ( $p=0,022$ ), meslek ( $p=0,046$ ), kronik hastalık ( $p=0,026$ ), çocuk sayısı ( $p=0,007$ ), HRT kullanımı ( $p=0,024$ ) ve menopoz algısıyla semptom puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. BDE ortalaması  $17,88 \pm 9,44$  olup güvenilirliği yüksektir ( $\alpha=0,850$ ). Depresyon puanları; yaş ( $p=0,001$ ), düşük eğitim ( $p<0,01$ ), kronik hastalık ( $p=0,001$ ) ve uzun menopoz süresi ( $p=0,002$ ) ile artmıştır. Menopoz semptomları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Somatik ( $r=0,433$ ), psikolojik ( $r=0,479$ ) ve ürogenital ( $r=0,491$ ) alt boyutlarla depresyon arasında istatistiksel

anlamlılık bulunmuş; en güçlü korelasyon toplam semptom puanı ile depresyon puanı arasında gözlenmiştir ( $r=0,525$ ;  $p=0,001$ ).

**Sonuç:** Çalışma bulguları, menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça depresyon düzeyinin de anlamlı biçimde yükseldiğini; iki değişken arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Depresyon, Menopoz



## LEVEL OF MENOPAUSAL SYMPTOMS AND TENDENCY TO DEPRESSION IN WOMEN IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD

### ABSTRACT

**Aim:** This study aimed to evaluate the potential relationship between level of menopausal symptoms and tendency to depression in women in the postmenopausal period

**Materials and Methods:** This study is an observational, cross-sectional design. A total of 345 women aged 45 years and older, who had not experienced menstrual bleeding for at least 12 months and were registered at the Esenler Training Family Health Center affiliated with the Family Medicine Clinic of the University of Health Sciences Istanbul Bağcılar Health Practice and Research Center, were included in the study. The “Sociodemographic Data Form,” the “Menopause Rating Scale (MRS),” and the “Beck Depression Inventory (BDI)” were used for data collection. The obtained data were analyzed using the NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 statistical software.

**Results:** A total of 345 women aged between 45 and 74 participated in the study, with a mean age of  $57.49 \pm 6.85$  years. Among the participants, 19.7% were illiterate, 54.5% had completed primary education, 77.7% were married, and 79.1% were housewives. Half of the women (50.4%) reported an income below the minimum wage. The prevalence of chronic illness was 84.3%, and the mean age at menopause was  $47.25 \pm 4.17$  years. Of the participants, 84.1% had undergone natural menopause, while 15.9% experienced surgical menopause. Additionally, 45.8% had applied to a healthcare institution, and 13.6% reported using hormone replacement therapy (HRT). The mean total score on the Menopause Rating Scale (MRS) was  $19.63 \pm 7.65$ . The subdimension means were as follows: somatic:  $7.71 \pm 3.10$ , psychological:  $7.66 \pm 3.44$ , and urogenital:  $4.26 \pm 2.63$ . The overall internal consistency of the scale was found to be high (Cronbach’s  $\alpha = 0.810$ ). Statistically significant differences in symptom scores were observed based on education level ( $p < 0.05$ ), marital status ( $p = 0.022$ ), occupation ( $p = 0.046$ ), presence of chronic disease ( $p = 0.026$ ), number of children ( $p = 0.007$ ), HRT use ( $p = 0.024$ ), and perception of menopause. The mean BDI score was  $17.88 \pm 9.44$ ,

with high internal consistency ( $\alpha = 0.850$ ). Depression scores were significantly associated with age ( $p=0.001$ ), lower education level ( $p<0.01$ ), presence of chronic disease ( $p=0.001$ ), and longer duration since menopause ( $p=0.002$ ). A positive and significant correlation was found between menopausal symptoms and depression scores. The strongest correlation was observed between the total menopausal symptom score and the BDI score ( $r=0.525$ ;  $p=0.001$ ), with significant associations also present in somatic ( $r=0.433$ ), psychological ( $r=0.479$ ), and urogenital ( $r=0.491$ ) subdimensions.

**Conclusion:** The findings of the study revealed that as the severity of menopausal symptoms increased, the level of depression also significantly rose; a positive and statistically significant relationship was identified between the two variables.

**Keywords:** Family Practice, Depression, Menopause

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Menopoz” terimi, kökenini Yunanca “men” (ay) ve “pausis” (duraklama) sözcüklerinden almakta olup, kadınlarda üreme kapasitesinin sona erdiği fizyolojik dönemi tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (1). Over fonksiyonlarının durması sonucunda gelişen bu süreç, kadının 12 ay boyunca aralıksız olarak adet görmemesiyle birlikte menstrüel döngüsünün kalıcı olarak sona ermesi şeklinde tanımlanır (2). Bu dönemde östrojen seviyelerinde azalma ve buna eşlik eden folikül uyarıcı hormon (FSH) düzeylerinde artış, menopozun temel hormonal değişimlerini oluşturmaktadır (3). Bu endokrin değişiklikler; ateş basması, gece terlemeleri gibi vazomotor semptomlar, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, kardiyovasküler sistem sorunları ve ürogenital sistemde yapısal ve işlevsel değişiklikler gibi çeşitli fiziksel yakınmalarla kendini gösterebilir (4,5). Söz konusu semptomlar kadınlar arasında sıklık, şiddet ve süresi açısından farklılık gösterebilmekte ve bu farklılık, bireysel biyolojik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik arz edebilmektedir (3).

Menopoz, yalnızca fizyolojik bir değişim süreci değil; aynı zamanda kadınların psikolojik, sosyal ve cinsel yaşamlarını etkileyen çok boyutlu bir geçiş dönemidir (6). Kadın yaşamında, son menstrüel kanamanın ardından başlayan postmenopozal dönem ise, yaşam süresinin önemli bir kısmını kapsayan ve fizyolojik açıdan farklılaşmalarla karakterize edilen bir evre olarak tanımlanmaktadır (4). Bu dönemde östrojen düzeylerinin azalması sonucunda psikolojik işleyişte çeşitli değişiklikler yaşanabilmekte; özellikle duygudurum dalgalanmaları, dikkat eksikliği ve bilişsel performansta azalma gibi belirtiler sıklıkla gözlenmektedir. Buna ek olarak, motivasyon kaybı, huzursuzluk, panik duygusu ve depresif hisler de bu süreçte yaygın olarak bildirilen semptomlardır (7).

Bazı kadınlar menopoz sürecine uyum sağlamakta zorlanmazken, bazıları için bu dönem önemli psikolojik sıkıntılara yol açabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (8). Sıklıkla karşılaşılan psikolojik durumlardan biri olan depresyon, bireyin duygusal durumunda uzun süreli bozulmalara ve işlevsellik kayıplarına neden olan bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (9).

Menopoz dönemine eşlik eden depresyonun gelişiminde yalnızca hormonal değişiklikler değil, aynı zamanda çevresel koşullar ve psikososyal etmenler de etkili olmaktadır. Bu süreçte stresli yaşam olayları, beden algısında meydana gelen olumsuz değişiklikler, kilo artışı, yetersiz sosyal destek ve kronik hastalık varlığı gibi unsurlar kadınların psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkileyebilmektedir (10,11).

Kadınların yaşam süresindeki artış, postmenopozal dönemde geçirilen zamanın da uzamasına neden olmuş ve bu süreç, bireysel düzeyde etkilerinin yanı sıra toplum sağlığını da ilgilendiren önemli bir halk sağlığı konusu haline gelmiştir (6). Bu kapsamda, menopoz dönemine dair farkındalığın artırılması, olumlu tutumların geliştirilmesi ve baş etme becerilerinin desteklenmesi, kadınların hem psikolojik iyilik hallerini korumaları hem de genel yaşam kalitelerinin sürdürülebilirliği açısından önemli katkılar sağlamaktadır (8).

Bu bağlamda yürütülen çalışmamızın temel amacı, postmenopozal dönemde bulunan kadınlarda menopozal semptomların düzeyi ile depresyona yatkınlık arasındaki potansiyel ilişkiyi değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MENOPOZ

#### 2.1.1. Menopoz Tanımı

Menopoz, kadınların üreme döneminden, over fonksiyonlarının giderek azaldığı ve doğurganlık kapasitesinin sona erdiği fizyolojik bir geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), menopozu, ovaryan fonksiyonların kaybına bağlı olarak menstrüasyonun kalıcı biçimde sona ermesi şeklinde tanımlamaktadır (12). Tanı, kişinin medikal öyküsü ve klinik bulgularına dayalı olarak, ardışık 12 ay boyunca adet kanamasının görülmemesi durumunda konulmaktadır (13). Menopoz yaşı dünya genelinde değişiklik göstermekle birlikte, ortalama olarak 45 ila 55 yaş aralığında görülmektedir (13). Ülkeler arası farklılıklar olmakla birlikte, yüksek gelirli ülkelerde menopoz yaşı genellikle 50–51 arasında raporlanmaktadır (14). Türkiye’de ise ortalama menopoz yaşı 46 ile 48 arasında saptanmıştır (15).

#### 2.1.2. Menopozun Sınıflandırılması

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş şekli temelinde sınıflandırılmaktadır (16).

##### 2.1.2.1. Başlangıç Yaşına Göre

Menopoz, başlangıç yaşına göre farklı kategorilere ayrılmaktadır. 40 yaşından önce meydana gelen durum prematür menopoz; 40–45 yaş aralığında başlayan süreç erken menopoz; 45–55 yaş aralığı normal menopoz; 55 yaş ve sonrasında görülen ise geç menopoz olarak tanımlanmaktadır (6). Prematür menopoz, menstrüel siklusun 40 yaşından önce, istem dışı biçimde ve en az bir yıl süreyle kesilmesiyle karakterize olup, kadınlarda üreme kapasitesinin erken kaybına neden olmaktadır (17). Bu durum, prematür over yetmezliği (POY) ile karıştırılmamalıdır. POY, over fonksiyonlarının 40 yaşından önce bozulmasıyla ortaya çıkan, ancak menstrüel düzensizliklerin sürdüğü ve zaman zaman ovulasyonun devam edebildiği bir klinik tabloyu tanımlar (18). Prematür menopozda ovaryan rezervin tamamen tükenmesi söz konusu olduğundan doğal yolla gebelik mümkün olmazken, POY tanılı bireylerde nadir de olsa spontan ovulasyon ve gebelik gerçekleşebilir (18).

### **2.1.2.2. Oluş Şekline Göre**

Menopoz süreci, etiyojisine göre doğal (spontan) ve tıbbi müdahaleler sonucu ortaya çıkan indüklenmiş menopoz şeklinde sınıflandırılmaktadır (19). Doğal menopoz; herhangi bir cerrahi ya da medikal müdahale olmaksızın, over rezervlerinin fizyolojik olarak azalmasına bağlı olarak menstrüel döngülerin geri dönülmez biçimde sona erdiği ve doğurganlığın kaybedildiği doğal bir biyolojik süreçtir (6).

Buna karşılık, indüklenmiş menopoz; doğal yaşlanma sürecinden bağımsız olarak, over fonksiyonlarının dışsal bir etken sonucunda geri döndürülemez şekilde durmasıyla tanımlanır. Bu durum genellikle bilateral ooforektomi gibi cerrahi müdahalelerle ya da kemoterapi ve radyoterapi gibi gonadotoksik tedavi protokollerinin uygulanması sonucunda ortaya çıkmaktadır (19).

### **2.1.3. Menopoz ile İlişkili Kavramlar**

#### **2.1.3.1. Klimakterik Dönem ve Evreleri**

Klimakterik dönem, kadının üreme yetisinin sona erdiği, yaşlanmaya eşlik eden biyolojik süreçler doğrultusunda hormonal düzeylerde belirgin değişikliklerin izlendiği fizyolojik bir geçiş sürecidir. Bu dönem; premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz olmak üzere birbiriyle ilişkili dört ardışık evreyi kapsar. (20).

#### **2.1.3.2. Premenopoz**

Premenopoz dönemi, sıklıkla 35 ile 40 yaşları arasında başlamakta olup, bu süreçte menstrüel döngüler genellikle düzenli şekilde devam eder. Bu evrede, menopozla bağlantılı semptomlar çoğu zaman belirginlik göstermez. Bu dönem, doğurganlık potansiyelinin henüz tümüyle kaybolmadığı, ancak üreme kapasitesinin kademeli olarak azaldığı bir fizyolojik geçiş evresi olarak tanımlanmaktadır (19, 21).

#### **2.1.3.3. Perimenopoz**

Perimenopoz, kadınların menopoz öncesi geçiş sürecinde karşılaştığı fizyolojik bir evre olup genellikle 40 ila 50 yaşları arasında görülmektedir. Bu dönem, yaklaşmakta olan menopozun ilk endokrin ve klinik işaretlerinin ortaya çıkmasıyla

başlar ve son menstrüel kanamayı izleyen 12 aylık süreç boyunca devam eder. Özellikle östrojen düzeylerindeki dalgalanmalar ve FSH seviyelerindeki artış bu evreyi karakterize etmektedir. Perimenopozal dönemde, adet düzeninde bozulmalar, ovulasyon sürecinde aksamlar ve çeşitli vazomotor ya da psikolojik semptomlar sıkça gözlenmektedir (19,22).

#### **2.1.3.4. Menopoz**

Kadın yaşamının doğal evrelerinden biri olan menopoz, bir yıl boyunca adet kanamasının gerçekleşmemesi durumunda retrospektif olarak tanımlanır ve bu süreç, kadının üreme kapasitesinin sona erdiği fizyolojik bir dönemi temsil eder (19).

#### **2.1.3.5. Postmenopoz**

Postmenopoz, son adet kanamasının ardından en az on iki ay boyunca herhangi bir menstrüel kanamanın gerçekleşmemesiyle başlayan ve kadın yaşamı boyunca devam eden fizyolojik bir evre olarak tanımlanır. Bu süreç, hem hormonal hem de sistemik düzeyde önemli değişimlerin izlendiği bir dönemdir ve genellikle erken ve geç postmenopoz olmak üzere iki alt evrede incelenmektedir (19,21).

Erken postmenopoz dönemi, menstrüasyonun kalıcı olarak sona ermesinden sonraki ilk beş yılı kapsar. Bu fazda, over fonksiyonları büyük ölçüde azalır ve östrojen düzeyleri belirgin şekilde düşer. Hormon üretimindeki bu azalma, özellikle kemik mineral yoğunluğunda hızlı kayıplara neden olabilir ve osteoporoz riskini artıran temel etkenlerden biri olarak kabul edilir (19,21).

Geç postmenopoz ise beşinci yıldan itibaren başlayan ve yaşamın geri kalanını kapsayan evredir. Bu dönemde hormonal parametreler daha durağan bir seyir izlese de yaşlanmaya bağlı sistemik değişiklikler daha belirgin hale gelir ve hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların görülme sıklığı artış gösterebilir (19,21).

#### **2.1.4. Menopoz Fizyolojisi**

Menopoz, kadınların üreme kapasitesinin sona erdiği, belirgin hormonal ve fizyolojik değişimlerle karakterize edilen doğal bir geçiş dönemidir. Bu süreç, özellikle hipotalamus-hipofiz-over aksında meydana gelen endokrin düzenlemelerle şekillenir. Premenopozal dönemde overlerdeki primordial foliküller, östrojen ve

inhibin B gibi hormonların temel kaynağını oluşturur. Ancak yaşın ilerlemesine bağlı olarak folikül rezervinde görülen azalma, bu hormonların serum düzeylerinde anlamlı bir düşüşe neden olmaktadır (23). Over hormonlarındaki bu azalma, hipofiz bezinde negatif geri bildirim mekanizmasının zayıflamasına yol açar. Bu durum, serum FSH ve luteinize edici hormon (LH) düzeylerinde belirgin bir artışla sonuçlanır. FSH ve LH'deki bu yükselme, menopozun biyokimyasal tanısında temel göstergelerden biri olarak kabul edilir. Ancak over rezervinin tükenmiş olması nedeniyle, bu hormonlara yeterli bir foliküler yanıt verilememekte; ovulasyon gerçekleşmemekte ve menstruasyon kalıcı olarak sona ermektedir. Menopoz geçiş dönemine eşlik eden bu hormonal dengesizlik yalnızca üreme fonksiyonlarını etkilemekle kalmaz; sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozuklukları, hafıza problemleri ve duyu durum değişimleri gibi çok yönlü semptomlara da neden olur. Bu bağlamda, menopoz sadece üreme sistemine özgü bir değişim değil, aynı zamanda sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve iskelet sağlığı üzerinde etkili olan sistemik bir dönüşüm süreci olarak değerlendirilmelidir (3).

## **2.1.5. Menopoz ile ilişkili Semptomlar**

### **2.1.5.1. Somatik Şikayetler**

#### **2.1.5.1.1. Vazomotor Semptomlar**

Menopoz, kadınlarda doğurganlık döneminin sona erdiğini gösteren doğal bir fizyolojik evre olup, bu dönemde başta östrojen ve progesteron olmak üzere belirli hormonlarda ciddi düzeyde düşüş gözlenmektedir. Bu hormonal değişiklikler; fiziksel, psikolojik ve vazomotor semptomların gelişimine zemin hazırlar. Özellikle sıcak basmaları ve gece terlemeleri şeklinde tanımlanan vazomotor semptomlar, menopoz sürecinde kadınların yaşam kalitesini en fazla etkileyen belirtiler arasında yer almaktadır. Bu semptomlara ek olarak baş dönmesi, taşikardi, uyku bozuklukları ve parestezi gibi otonom sinir sistemi kaynaklı belirtiler de gözlenebilmektedir (1,7,24). Sıcak basmasının patofizyolojisi kesin olarak ortaya konulamamış olmakla birlikte, östrojen seviyelerindeki azalmayla hipotalamik termoregülasyon merkezinde daralmış bir termal nötr bölge oluştuğu düşünülmektedir. Bu süreçte, yalnızca serum östrojen düzeylerinin düşük olması değil, aynı zamanda hormon seviyelerinde yaşanan

dalgalanmalar ve artan FSH düzeylerinin de etkili olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca östrojen eksikliğiyle ilişkili olarak serotonin düzeylerindeki azalma, hipotalamustaki 5-HT2A (5-hidroksitriptamin [serotonin] 2A) reseptörlerinin aşırı duyarlılığına yol açabilir; bu durum da sıcak basmalarının tetiklenmesinde önemli bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (3).

Klinik olarak sıcak basması; göğüs bölgesinde başlayan, baş ve boyuna yayılan yoğun bir sıcaklık hissiyle karakterizedir ve genellikle terleme ile birlikte görülür. Ataklar kısa sürelidir (yaklaşık 3–5 dakika), ancak bazı bireylerde günde 20'den fazla tekrar edebilir. Gece yaşanan ataklar uyku kalitesini bozarak günlük yaşamı olumsuz etkileyebilir. Kadınların yaklaşık %85'i bu belirtileri menopoza sürecinde yaşamakta olup, semptomlar sıklıkla menopozal geçişin son evresinde yoğunlaşmakta ve bu evreyi takiben azalma eğilimi göstermektedir (3). Vazomotor semptomların süresi ve şiddeti kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Orta ve ileri düzeyde semptomların süresi ortalama 7–10 yıl arasında seyrederken, hafif düzeyde olanlar bu sürenin ötesine uzayabilir. Ek olarak, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin —örneğin sigara, alkol, aşırı kafein alımı, baharatlı gıdalar ve psikolojik stres— semptomların şiddetini artırabileceği bildirilmektedir (7). Sonuç olarak, menopoza döneminde hormonal değişikliklerle nörovegetatif sistem arasında karmaşık bir etkileşim bulunmaktadır. Bu nedenle, vazomotor semptomların yönetiminde bireyselleştirilmiş, kanıta dayalı stratejilerin uygulanması, bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesini sürdürmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

#### **2.1.5.1.2. Uyku Bozuklukları**

Kadın yaşam döngüsünün doğal bir parçası olan menopoza, fizyolojik ve psikolojik düzeyde çeşitli değişimlerin yaşandığı bir geçiş dönemidir. Bu süreçte en sık bildirilen yakınmalardan biri uyku bozukluklarıdır. Uykuya dalmada güçlük, gece boyunca sık uyanma ve sabah saatlerinde erken uyanma gibi sorunlar, özellikle postmenopozal dönemde belirgin şekilde artış göstermektedir. Literatürdeki bulgular, bu evrede uykusuzluk prevalansının anlamlı düzeyde yükseldiğini ortaya koymakta olup, menopozun yalnızca hormonal bir değişim değil; çok boyutlu fizyolojik etkilerle yaşam kalitesini etkileyen kompleks bir süreç olduğunu da göstermektedir (25,26).

Uyku, bireyin homeostatik dengesinin korunmasında temel bir biyolojik ihtiyaç olarak tanımlanır. Postmenopozal dönemde östrojen düzeylerindeki azalma, serotonin metabolizmasını olumsuz etkileyerek uyku kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir. Ayrıca sıcak basmaları, gece terlemeleri gibi vazomotor belirtiler ve sirkadiyen ritimdeki düzensizlikler, uyku sürekliliğini engelleyerek dinlendirici uyku deneyimini sekteye uğratabilmektedir. Kadınların yaşam süresindeki artışla birlikte, postmenopozal evrede geçirilen süre de uzamıştır. Bu durum, menopozla ilişkili uyku bozukluklarını daha öncelikli bir sağlık sorunu hâline getirmiştir. Menopoz dönemindeki uykusuzluk, yalnızca geçici bir yakınma olarak değerlendirilmemeli; aynı zamanda kardiyometabolik hastalıklar, psikolojik bozukluklar ve hipnotik ilaç kullanımına bağlı risklerde artışla ilişkili ciddi bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmalıdır (27).

#### **2.1.5.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri**

Postmenopozal dönemde östrojen hormonundaki belirgin azalma, kadınlarda kardiyovasküler hastalık riskinin artmasında önemli bir rol oynamaktadır. Menopoz öncesinde östrojenin sağladığı vasküler koruma sayesinde kadınlar, kalp-damar hastalıklarına karşı daha düşük risk altındadır. Bu hormonun endotel fonksiyonlarını desteklemesi, inflamatuvar süreçleri baskılaması ve tromboz oluşumunu önlemesi, ateroskleroz gelişimini yavaşlatan başlıca mekanizmalar arasında yer almaktadır. Ayrıca östrojenin lipid metabolizması üzerindeki düzenleyici etkileri ile insülin duyarlılığını artırıcı özellikleri, metabolik dengeyi koruyarak kardiyovasküler sistemin bütünlüğüne katkı sunmaktadır (28-30). Menopoz sonrası dönemde östrojenin azalmasıyla birlikte lipid profili olumsuz yönde değişmekte; total kolesterol, trigliserit ve LDL düzeyleri artarken, HDL seviyelerinde düşüş gözlenmektedir. Bu durum, aterosklerotik süreci hızlandırarak kardiyovasküler morbiditeyi artırmaktadır. Ayrıca yaşa bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalması, kilo artışı, insülin direnci ve tip 2 diyabetin daha sık görülmesi de bu dönemdeki kalp-damar hastalıkları riskini artıran ek faktörlerdir. Dolayısıyla postmenopozal süreç, kadınlar açısından kardiyovasküler sağlık bakımından daha savunmasız bir dönem olarak değerlendirilmekte olup, bu evrede uygulanacak koruyucu sağlık stratejileri büyük önem taşımaktadır (29,30).

#### **2.1.5.1.4. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri**

Osteoporoz, kemik mineral yoğunluğunun azalması ve kemik dokusunun mikroyapısal bütünlüğündeki bozulma ile karakterize edilen sistemik bir iskelet hastalığıdır. Özellikle menopoz sonrası dönemde kadınlar açısından önemli bir sağlık problemi oluşturmaktadır. Bu süreçte östrojen düzeylerinde meydana gelen azalma, kemik yıkımının artmasına ve buna bağlı olarak kemik kütlelerinin hızla kaybedilmesine neden olmaktadır. Perimenopozal geçişle birlikte kemik yapımı ve yıkımı arasındaki dengenin bozulması, osteoporozun gelişiminde temel fizyopatolojik mekanizmalardan biridir. Araştırmalar, 50 yaş üzerindeki kadınların yaklaşık yarısının osteoporotik kırıklarla karşılaştığını; bu kırıkların en sık kalça, radius ve vertebra gibi bölgelerde görüldüğünü göstermektedir. Bu tür kırıklar, bireylerin fiziksel bağımsızlığını sınırlayarak mobilite kısıtlılıkları, günlük yaşamda işlev kaybı ve yaşam kalitesinde belirgin düşüşe neden olabilmektedir. Menopozun erken yaşta başlaması, kemik kaybının artmasında önemli bir risk faktörü olarak tanımlanırken; genetik yatkınlık, özellikle ailede osteoporoz öyküsünün bulunması, hastalık gelişiminde belirleyici bir unsur olarak kabul edilmektedir. Osteoporoz ve daha hafif formu olan osteopeni yalnızca iskelet sistemini değil, genel sağlık durumunu da etkileyen çok boyutlu sonuçlar doğurabilir. Kronik ağrı, hareket kabiliyetinde azalma, düşme korkusu, depresif belirtiler, sağlık hizmeti ihtiyacında artış ve mortalite oranlarında yükselme bu sonuçlar arasında yer almaktadır. Ayrıca, menopoz ve perimenopoz dönemlerinde eklem ağrısı şikâyetlerinin arttığı; bu durumun özellikle obezite ya da depresyon öyküsü olan kadınlarda daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir. Tüm bu veriler, menopoz döneminde kadın sağlığının yalnızca hormonal değil, sistemik etkiler yönüyle de bütüncül biçimde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (19).

#### **2.1.5.2. Ürogenital Şikayetler**

Menopoz dönemine eşlik eden östrojen düzeylerindeki belirgin azalma, kadınlarda genital ve üriner sistemlerde hem yapısal hem de işlevsel düzeyde çeşitli değişimlere yol açmaktadır. Bu süreçte gözlemlenen atrofik değişiklikler; kolajen üretiminin azalması, stromal dokuda hyalinizasyon kaybı, vajinal epitelyumun incilmesi ve bağ dokusunun yoğunlaşması gibi histolojik bulgularla karakterizedir. Söz konusu değişiklikler özellikle postmenopozal yıllarda belirginlik kazanmakta;

vajinal kuruluk, genital vaskülaritede azalma ve kas elastikiyetinde kayıpla sonuçlanmaktadır. Vajinal kanalın daralması ve kısalması da bu dönemde yaygın olarak rapor edilmektedir. Aynı zamanda glikojen düzeylerindeki azalma, vajinal mikrobiyota kompozisyonunu bozarak laktobasillerin azalmasına ve pH seviyesinin yükselmesine neden olmakta; bu durum enfeksiyon riskini artıran önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (27,31). Bu biyolojik dönüşümler yalnızca histolojik düzeyle sınırlı kalmayıp klinik olarak da çeşitli semptomlarla kendini göstermektedir. Postmenopozal kadınlarda sık karşılaşılan bulgular arasında vulvar tahriş, disüri, pollaküri, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar ve üriner inkontinans yer almaktadır. Ayrıca konstipasyon, pelvik taban disfonksiyonu, dispareni, azalmış libido ve genital hassasiyet kaybı gibi semptomlar da genitoüriner sendrom kapsamında değerlendirilmektedir.

Bu kapsamlı semptom kümesi, postmenopozal dönemde kadınların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (27).

### **2.1.5.3. Psikolojik Şikayetler**

Menopoz, kadınlarda yalnızca doğurganlık fonksiyonlarının sona erdiği fizyolojik bir dönem olmanın ötesinde; hormonal, metabolik ve psikososyal düzeydeki değişimlerin iç içe geçtiği kompleks bir geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu döneme özgü östrojen dalgalanmaları, sıcak basmaları, uyku bozuklukları ve kilo artışı gibi klasik semptomlara ek olarak, kadınların ruhsal dirençlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Menopoz sürecine eşlik eden yaşam olayları, artan stres düzeyi, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom gibi kronik rahatsızlıklar ile sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, bu dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle perimenopozal evrede hormonal düzensizliklerle çevresel stresörlerin birleşimi, depresyon semptomlarının daha sık görülmesine neden olabilmektedir. Nörobiyolojik düzeyde değerlendirildiğinde, östrojenin merkezi sinir sistemi üzerinde belirgin nöroprotektif etkileri olduğu gösterilmiştir. Adrenal bezler ve overler tarafından üretilen bu steroid yapılı hormon; hipotalamus, hipokampus, amigdala ve frontal korteks gibi duygudurum, hafıza ve bilişsel işlevlerle ilişkili beyin bölgelerinde çeşitli yollarla etki göstermektedir. Östrojenin sinaptik plastisiteyi desteklediği, glikoz

metabolizmasını arttırdığı ve serotonin, dopamin ile norepinefrin düzeylerini modüle ettiği bilinmektedir. Bu nedenle, perimenopoz döneminde yaşanan östrojen eksikliği, daha önce herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan bireylerde dahi psikolojik ve bilişsel işlevlerde bozulmalara neden olabilmekte; postmenopozal dönemde ise bu belirtiler daha kalıcı hale gelebilmekte ve majör depresyon riskini artırabilmektedir. Bu doğrultuda, menopoz sürecinde ortaya çıkan psikolojik belirtilerin erken fark edilmesi ve uygun biçimde yönetilmesi, kadınların genel sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin sürdürülebilirliği açısından kritik önem taşımaktadır (11,19).

### **2.1.6. Menopozda Tedavi Yaklaşımları**

Menopoz, kadın yaşam döngüsünün doğal bir evresini oluşturmakla birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyal düzeylerde çeşitli etkiler yaratan kompleks bir geçiş sürecini temsil etmektedir. Bu süreçte endojen östrojen ve progesteron seviyelerinde meydana gelen düşüğe bağlı olarak, vazomotor semptomlar (sıcak basması, gece terlemeleri), genitoüriner şikayetler (vajinal kuruluk, dispareni, disüri, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar) ve psikolojik etkiler (uyku bozuklukları, anksiyete, duygudurum değişiklikleri) sıkça rapor edilmektedir. Östrojenin kemik ve kardiyovasküler sistem üzerindeki koruyucu etkisinin azalmasıyla birlikte, menopoz sonrası dönemde osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlıkta belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu semptomların yönetimi ve kadınların yaşam kalitesinin sürdürülebilir kılınması adına, HRT önemli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. HRT, azalan hormon düzeylerini farmakolojik olarak yerine koyarak hormonal homeostazı yeniden sağlamayı amaçlar. Östrojen tedavisinin, özellikle vazomotor ve genitoüriner semptomların hafifletilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte uterusun korunduğu olgularda, yalnız östrojen kullanımı endometriyal hiperplazi ve olası malign dönüşümler açısından risk oluşturabileceğinden, tedaviye sistemik progesteron eklenmesi klinik olarak önerilmektedir. Progesteron, östrojenin endometriyum üzerindeki proliferatif etkisini dengeleyerek olası onkolojik komplikasyonların önlenmesine katkı sağlar. Ayrıca östrojenin kemik mineral yoğunluğunu artırıcı etkisi sayesinde, HRT'nin osteoporozun önlenmesinde de koruyucu rol oynadığı bilinmektedir. Ancak HRT uygulamaları bireysel düzeyde

değerlendirilerek planlanmalı; bu bağlamda kişinin tıbbi öyküsü, genetik yatkınlıkları ve mevcut risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır (32-35).

Son yıllarda, HRT'ye alternatif veya destekleyici nitelikte doğal ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik ilgi artış göstermektedir. Bu yaklaşımlar arasında fitoöstrojen içeren bitkisel ürünler (soya izoflavonları, kırmızı yonca, keten tohumu), vitamin ve mineral destekleri, meditasyon, yoga, aromaterapi, bilişsel davranışçı terapi gibi zihin-beden temelli yöntemler yer almaktadır. Ayrıca geleneksel Çin tıbbına ait uygulamalar, akupunktur ve refleksoloji gibi alternatif teknikler de menopozal semptomların yönetiminde değerlendirilmektedir. Hormon dışı farmakolojik tedaviler arasında selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), gabapentin ve alfa-metildopa gibi ajanlar vazomotor semptomların hafifletilmesinde etkilidir. Kemik sağlığının korunmasında ise yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra kalsiyum (günlük 1200 mg) ve D vitamini (800–1200 IU) desteği önerilmekte; gerektiğinde bifosfonatlar, selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM), kalsitonin ve paratiroid hormon analogları gibi ajanlara başvurulmaktadır. Bütüncül ve bireye özel tedavi planlarının oluşturulması, menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve uzun vadeli sağlık risklerinin azaltılması açısından temel öneme sahiptir (36,37).

### **2.1.7. Depresyon**

Depresyon, etimolojik kökeni itibarıyla Latince “*depressus*” kelimesine dayanmakta olup, “bastırılmış, aşağıya çekilmiş” anlamlarını taşımaktadır. Klinik terminolojide ise bu kavram, çökkünlük hali, isteksizlik, duygu durumunda belirgin düşüş ve işlevsellikte bozulma gibi durumları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (38). Depresyon, bireyin yaşam kalitesini çeşitli yönlerden etkileyebilen, duygu durumun sürekli ve belirgin biçimde bozulduğu yaygın bir psikiyatrik hastalıktır. Günümüzde tüm dünyada en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar arasında yer almakta ve ciddi düzeyde bireysel ve toplumsal sonuçlara yol açabilmektedir (9,39). Bu psikopatolojinin başlıca belirtileri arasında; günlerce sürebilen umutsuzluk hissi, ilgi ve zevk kaybı, enerji düşüklüğü, değersizlik düşünceleri ve sosyal işlevsellikte azalma yer alır. Bu semptomlar, sıradan duygusal dalgalanmalardan farklı olarak uzun süreli seyir gösterir ve bireyin gündelik yaşamını doğrudan etkiler (9).

Uluslararası düzeyde psikiyatrik tanı sistemleri içinde en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan ve periyodik olarak güncellenen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* adlı el kitabıdır (39). DSM sisteminde depresyon ilk kez DSM-I’de tanımlanmış olup, güncel baskı olan DSM-5’te ise “Depresif Bozukluklar” üst başlığı altında kapsamlı şekilde ele alınmıştır (9). DSM-5’te depresif bozukluklar, belirtilerin süresi, şiddeti ve işlevselliğe etkisi temel alınarak yıkıcı duygudurum düzensizliği, majör depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk (distimi), premenstrüel disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresyon, tıbbi duruma bağlı depresyon ve sınıflandırılmayan depresif bozukluklar şeklinde ayrılmıştır. Toplumda “depresyon” olarak anılan tablo genellikle majör depresif bozuklukla örtüşmektedir (9). Majör depresif bozukluk tanısı konulabilmesi için bireyde en az iki hafta süreyle depresif ruh hali ya da anhedoni varlığı şarttır. Bu temel belirtilere ek olarak, iştah ve uyku değişiklikleri, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, suçluluk veya değersizlik hissi, dikkat dağınıklığı, karar verme güçlüğü ve intihar düşüncelerinden en az dördünün eşlik etmesi gerekmektedir (40).

Depresyonun gelişiminde çok faktörlü bir etiyoloji söz konusudur. Biyolojik düzeyde serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemlerdeki bozulmaların yanı sıra; genetik yatkınlık, stresli yaşam olayları, kronik hastalıklar ve sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörler hastalığın oluşumuna katkı sağlamaktadır (41,42).

Epidemiyolojik veriler depresyonun dünya genelinde önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir. Hastalık genellikle genç erişkinlik döneminde başlasa da, yaşamın her evresinde görülebilir. Özellikle ileri yaş grubunda, yalnızlık, fiziksel hastalıklar ve sosyal kayıplar depresyon riskini artırmakta; bu durumun tanı ve tedavisini daha karmaşık hale getirmektedir (43).

Depresyonun görülme sıklığı, toplumsal ve kültürel dinamiklerden etkilenmektedir. Düşük gelirli ülkelerde hem prevalansın yüksek hem de tedaviye erişimin sınırlı olduğu bildirilmektedir. Ayrıca toplumsal cinsiyet rolleri, damgalama ve kültürel normlar, yardım arama davranışlarını da etkilemektedir (44,45). Türkiye Ruh Sağlığı Profili verilerine göre, depresif bozukluk yaygınlığı kadınlarda %5,4,

erkeklerde ise %2,3 olarak belirlenmiştir. Bu durum, kadınların depresyon geçirme riskinin erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (9).

Sonuç olarak, depresyon yüksek sıklıkta görülen, bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal işlevselliğini etkileyerek yaşam kalitesinde düşüğe neden olan, çok boyutlu bir psikiyatrik tablodur. Küresel düzeyde önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmekte ve etkili müdahaleler gerektirmektedir.

### **2.1.8. Menopoz ve Depresyon İlişkisi**

Menopoz, yalnızca üreme kapasitesinin sona erdiği biyolojik bir dönem değil; aynı zamanda hormonal, psikolojik ve toplumsal dönüşümlerin iç içe geçtiği çok boyutlu bir geçiş sürecidir (46). Bu süreç, kadın yaşamında fizyolojik yaşlanmaya eşlik ederken, sosyal rollerin yeniden tanımlandığı bir evre olarak da dikkate değerdir (10). Menopozun bireysel farklılıklar doğrultusunda değişken seyrettiği; bazı kadınlarda belirgin semptomlarla, bazılarında ise daha hafif bulgularla ilerlediği bildirilmiştir (47). Bu dönemde en sık bildirilen belirtiler arasında sıcak basmaları, terleme, uykuya geçişte zorluk, yorgunluk, kas-iskelet sistemi ağrıları, hafıza zayıflığı ve dikkat dağınıklığı yer almaktadır. Ayrıca vajinal kuruluk, sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve pelvik yapı zayıflığı gibi genitoüriner sorunlar da yaygındır. Postmenopozal evreye geçişle birlikte ise osteoporoz, sarkopeni, denge bozuklukları ve düşme riskinde artış gibi iskelet sistemine ilişkin olumsuzluklar dikkat çekmektedir (48). Tüm bu semptomlar, hem kısa vadeli fonksiyonel kapasiteyi hem de uzun vadeli yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (47,49).

Menopoz döneminde gözlemlenen psikolojik semptomların temelinde, östrojen düzeylerindeki azalma ile ilişkili nöroendokrin değişikliklerin yer aldığı düşünülmektedir (46). Östrojen, serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi temel nörotransmitterlerin dengelenmesinde; sinaptik plastisite, nöronal enerji metabolizması ve glikoz kullanımında önemli rol oynar. Bu hormonun azalması, merkezi sinir sisteminde nöroprotektif mekanizmaların zayıflamasına neden olarak, bireyin nöropsikiyatrik hassasiyetinin artmasına yol açabilir. Aynı zamanda adrenal ve over kaynaklı steroid hormonlardaki düşüş, nörotoksik uyarıcılara karşı savunmayı zayıflatarak beyin fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilir (50). Depresyon gelişiminde

yalnızca biyolojik mekanizmalar değil; çevresel ve psikososyal etmenler de etkili olmaktadır. Menopoz döneminde yaşanan yaşam tarzı değişiklikleri, stresli olaylar, beden imajında bozulmalar, kilo artışı, sosyal desteğin yetersizliği ve kronik hastalıklar ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (10,11). Estetik kaygılar, uyku sorunları ve kimlik algısında meydana gelen kırılmalar da psikolojik dengeyi zedeleyebilir (46,51).

Kadınların menopoz sürecini nasıl algıladıkları, bu dönemde gösterdikleri psikolojik tepkileri de doğrudan etkilemektedir. Menopozu kadınlık ve doğurganlık yetisinin sona erdiği bir kayıp süreci olarak değerlendiren bireylerde anksiyete, suçluluk ve değersizlik duyguları daha yaygın görülmektedir (49). Bu bağlamda, geleneksel kültürel normlarda kadınlık kimliğinin doğurganlıkla özdeşleştirilmesi, menopozun bireyde kimlik çatışmalarına yol açarak psikososyal uyumu zorlaştırabileceğini göstermektedir (10). Depresyon prevalansının perimenopozal ve postmenopozal fazlarda anlamlı düzeyde yükseldiği çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır. Bu artışın yalnızca hormonal dalgalanmalardan değil; aynı zamanda genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (52). Dolayısıyla, menopoz dönemindeki kadınlara yönelik ruhsal destek hizmetlerinin artırılması ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bu sürecin sağlıklı şekilde yönetilebilmesi açısından büyük önem arz etmektedir (49).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ETİK KURUL İZİNİ**

Bu çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.04.2024 tarihli ve E-10840098-202.3.02-2628 numaralı kararı doğrultusunda etik onay alınarak yürütülmüştür (Ek-1).

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ**

Bu çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların düzeyi ile depresyona eğilim arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, tek merkezli olarak yürütülmüş, kesitsel ve gözlemsel nitelik taşıyan bir anket uygulaması şeklinde tasarlanmıştır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

Araştırma, 2024 yılı içerisinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı postmenopozal dönemdeki bireyler ile yürütülmüştür. Çalışma kapsamında, ilgili merkeze kayıtlı 45 yaş ve üzeri kadınların sayısı 2459 olarak belirlenmiştir. Evrenden basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı dikkate alınarak asgari örneklem büyüklüğü 333 olarak hesaplanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uygunluk gösteren ve çalışmaya katılımı kabul eden toplam 345 kadın birey araştırmada yer almıştır.

Araştırmaya, Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 45 yaş ve üzerinde olan, en az 12 aydır menstrüel kanaması bulunmayan, anket formundaki soruları yanıtlamayı kabul eden ve kooperasyon ile oryantasyonu tam olan bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, 45 yaşın altında olanlar ve nörolojik ya da bilişsel açıdan anket sorularını yanıtlamayacak durumda olan bireyler dahil edilmemiştir.

### **3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI**

Katılımcılara, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında Helsinki Bildirgesi ilkeleri doğrultusunda bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır (Ek-2). Araştırmaya ilişkin veriler, gönüllü katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeler aracılığıyla form ve anket uygulamaları yoluyla elde edilmiştir.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik veri formu; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sahibi olup olmadığı, menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, doktora başvurma durumu, HRT kullanımı, menopoza ilişkin düşünceler ve menopoz hakkındaki bilgilerin edinilme kaynaklarına yönelik bilgileri içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-3).

#### **3.4.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)**

Orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ, menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla 1992 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından Almanca dilinde geliştirilmiş, 1996 yılında ise İngilizceye uyarlanmıştır (53,54). Ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2005 yılında Özlem Can Gürkan tarafından gerçekleştirilmiştir (55).

Toplam 11 maddeden oluşan bu ölçek, menopozal semptomları değerlendiren üç alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu alt boyutlar; somatik şikayetler (1., 2., 3. ve 11. maddeler), psikolojik şikayetler (4., 5., 6. ve 7. maddeler) ve ürogenital şikayetler (8., 9. ve 10. maddeler) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Beşli Likert tipi yapıya sahip olan ölçekte, her bir semptom “Hiç yok” (0 puan) ile “Çok şiddetli” (4 puan) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan aralığı 0 ile 44 arasında değişmektedir. Elde edilen toplam puanın artışı, hem semptomların şiddetinin arttığını hem de yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak saptanmıştır. Alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ise somatik şikayetler için 0,65, psikolojik şikayetler için 0,79 ve ürogenital şikayetler için 0,72 olarak belirlenmiştir (55) (Ek-4).

### 3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE, bireylerde depresif belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla Aaron T. Beck ve çalışma arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (56). Türkiye’de ise envanterin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Nesrin Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. BDE toplam 21 maddeden oluşmakta, her bir madde dört seçenekli (0–3 puan arası) bir Likert tipi ölçekle değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha şiddetli depresif belirtilere işaret etmektedir. Ölçekte kırılma noktası 17 puan olarak belirlenmiş; bu değer üzerinde puan alan bireylerin klinik depresyon açısından değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (57) (Ek-5).

## 3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizlerinde NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; nicel değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler; nitel değişkenler için ise frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro-Wilk testi ve Box Plot grafikleri aracılığıyla incelenmiştir.

Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t-testi, grup içi değerlendirmelerde ise Paired Samples t-testi kullanılmıştır. Üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarda One-Way ANOVA testi uygulanmış ve anlamlı farklılık bulunan grupların belirlenmesinde Bonferroni testi tercih edilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda Repeated Measures yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon Signed Rank testi; üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Farklılık gösteren grupların belirlenmesinde Dunn testi kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırmalar ise Friedman testi ile analiz edilmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, dağılım özelliklerine bağlı olarak Pearson veya Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İleri düzey değerlendirmeler için lineer regresyon modellemeleri yapılmıştır.

Niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi, Yates Continuity Correction, Fisher's Exact testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde %95 güven aralığı esas alınmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.



## 4. BULGULAR

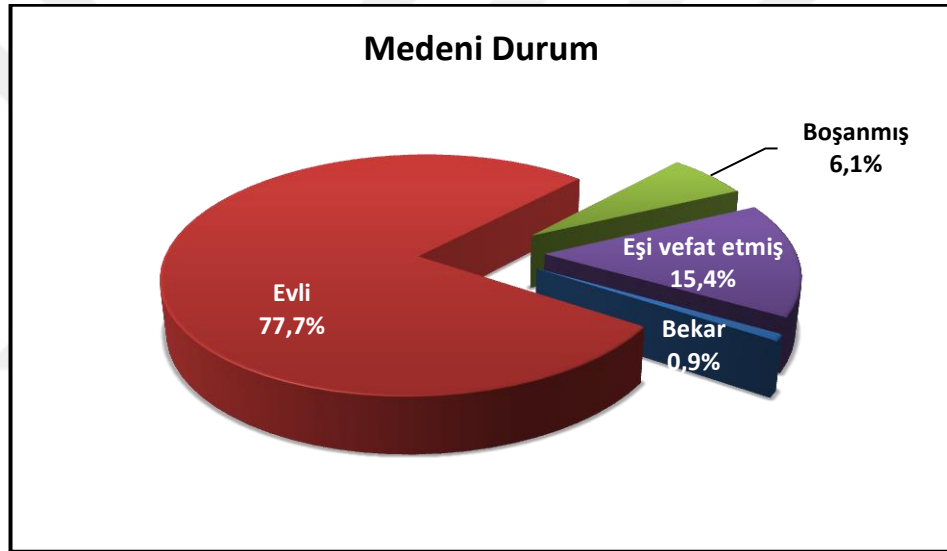
Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde tamamı kadın olmak üzere toplam 345 olguyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan olguların yaşları 45 ile 74 arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $57,49 \pm 6,85$ 'tir.

**Tablo 1:** Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

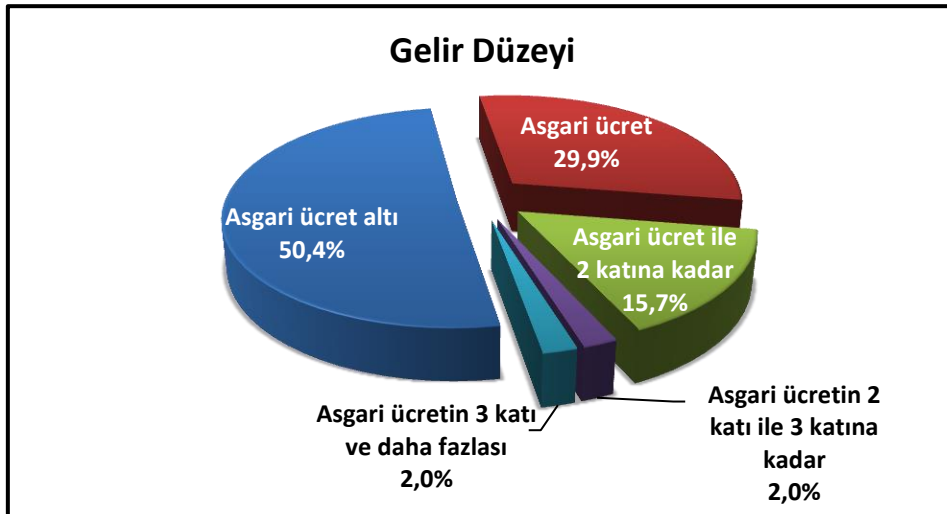
|                      |   | n (%)      |
|----------------------|---|------------|
| <b>Yaş</b>           | <i>Ort±Ss</i>                                   | 57,49±6,85 |
|                      | <i>Medyan (Min-Maks)</i>                        | 57 (45-74) |
| <b>Eğitim düzeyi</b> | <b>Okur yazar değil</b>                         | 68 (19,7)  |
|                      | <b>İlkokul</b>                                  | 188 (54,5) |
|                      | <b>Ortaokul</b>                                 | 33 (9,6)   |
|                      | <b>Lise</b>                                     | 38 (11,0)  |
|                      | <b>Lisans ve üzeri</b>                          | 18 (5,2)   |
| <b>Medeni durum</b>  | <b>Bekar</b>                                    | 3 (0,9)    |
|                      | <b>Evli</b>                                     | 268 (77,7) |
|                      | <b>Boşanmış</b>                                 | 21 (6,1)   |
|                      | <b>Eşi vefat etmiş</b>                          | 53 (15,4)  |
| <b>Meslek</b>        | <b>Memur</b>                                    | 3 (0,9)    |
|                      | <b>Serbest meslek</b>                           | 2 (0,6)    |
|                      | <b>Ev hanımı</b>                                | 273 (79,1) |
|                      | <b>Emekli</b>                                   | 39 (11,3)  |
|                      | <b>İşçi</b>                                     | 27 (7,8)   |
|                      | <b>Diğer</b>                                    | 1 (0,3)    |
| <b>Gelir düzeyi</b>  | <b>Asgari ücret altı</b>                        | 174 (50,4) |
|                      | <b>Asgari ücret</b>                             | 103 (29,9) |
|                      | <b>Asgari ücret ile 2 katına kadar</b>          | 54 (15,7)  |
|                      | <b>Asgari ücretin 2 katı ile 3 katına kadar</b> | 7 (2,0)    |
|                      | <b>Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası</b>    | 7 (2,0)    |

|  |   | n (%)      |
|--|---|------------|
| <b>Bilinen kronik hastalığınız var mı?</b> | <b>Evet</b>                             | 291 (84,3) |
|  | <b>Hayır</b>                            | 54 (15,7)  |
|  | <b>Diyabetes Mellitus</b>               | 141 (48,5) |
|  | <b>Hipertansiyon</b>                    | 172 (59,1) |
|  | <b>Tiroid hastalıkları</b>              | 72 (24,7)  |
|  | <b>Kronik hava yolu hastalıkları</b>    | 46 (15,8)  |
|  | <b>Kronik kalp hastalıkları</b>         | 34 (11,7)  |
|  | <b>Kronik böbrek hastalıkları</b>       | 12 (4,1)   |
|  | <b>Kronik karaciğer hastalıkları</b>    | 0 (0,0)    |
|  | <b>Kas-iskelet sistemi hastalıkları</b> | 29 (10,0)  |
|  | <b>Psikiyatrik Hastalıklar</b>          | 10 (3,4)   |
|  | <b>Kanser</b>                           | 9 (3,1)    |
|  | <b>Dislipidemi</b>                      | 47 (16,2)  |
|  | <b>Diğer</b>                            | 15 (5,2)   |
| <b>Kronik hastalık sayısı (n=291)</b>      | <b>1 kronik hastalık</b>                | 110 (37,8) |
|  | <b>2-3 kronik hastalık</b>              | 150 (51,5) |
|  | <b>4-6 kronik hastalık</b>              | 31 (10,7)  |
| <b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>               | <b>Eşi ve çocuklarıyla</b>              | 165 (47,8) |
|  | <b>Eşiyle</b>                           | 98 (28,4)  |
|  | <b>Çocuklarıyla</b>                     | 61 (17,7)  |
|  | <b>Yalnız yaşıyor</b>                   | 18 (5,2)   |
|  | <b>Akrabasıyla</b>                      | 3 (0,9)    |
| <b>Çocuğunuz var mı?</b>                   | <b>Var</b>                              | 334 (96,8) |
|  | <b>Yok</b>                              | 11 (3,2)   |
|  | <b>1 çocuk</b>                          | 18 (5,4)   |
|  | <b>2 çocuk</b>                          | 112 (33,5) |
|  | <b>≥3 çocuk</b>                         | 204 (61,1) |

Olguların %19,7'si (n=68) okur-yazar değil, %54,5'i (n=188) ilkokul, %9,6'sı (n=33) ortaokul, %11'i (n=38) lise, %5,2'u (n=18) lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Medeni durumları incelendiğinde; %0,9'u (n=3) bekar, %77,7'si (n=268) evli, %6,1'i (n=21) boşanmış, %15,4'ü (n=53) eşini kaybetmiştir. Olguların %0,9'u (n=3) memur, %0,6'sı (n=2) serbest meslek, %79,1'i (n=273) ev hanımı, %11,3'ü (n=39) emekli, %7,8'i (n=27) işçi ve %0,3'ü (n=1) diğer mesleklerde çalışmaktadır. Gelir durumları incelendiğinde; %50,4'ü (n=174) asgari ücretin altında, %29,9'u (n=103) asgari ücret düzeyinde, %15,7'si (n=54) asgari ücretin 2 katına kadar, %2,0'si (n=7) asgari ücretin 2-3 katı arasında, %2'si (n=7) ise asgari ücretin 3 katı ve üzerinde gelire sahiptir.



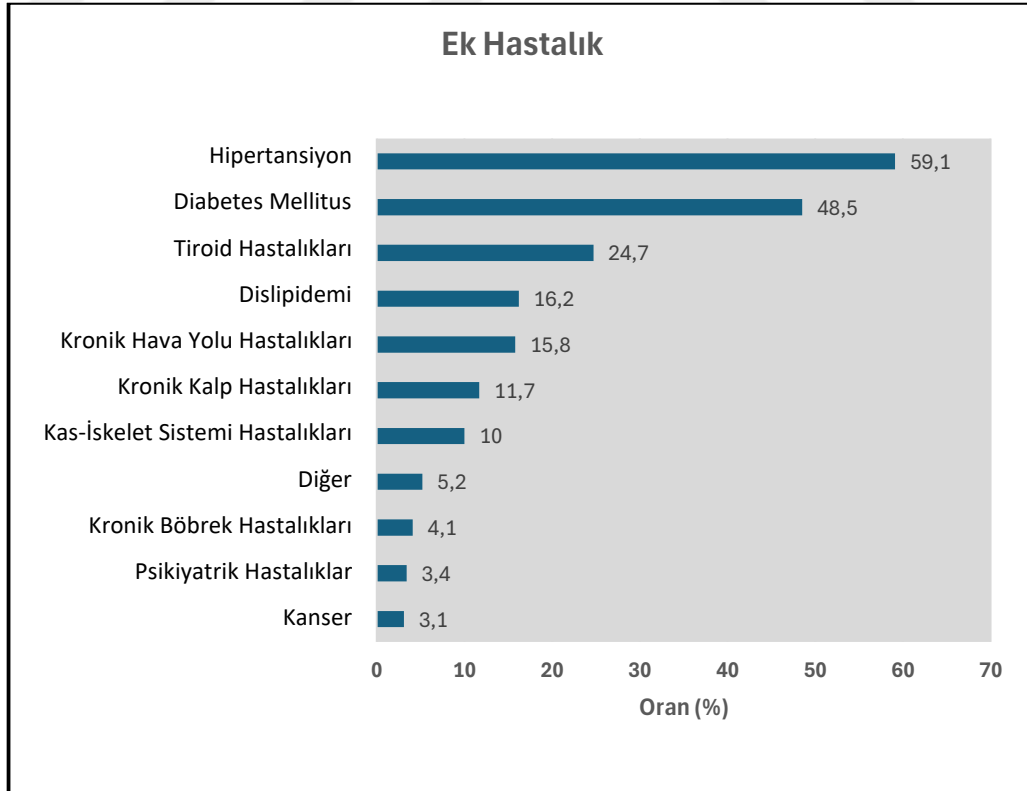
Şekil 1: Medeni durum dağılımı



Şekil 2: Gelir düzeyi dağılımı

Olguların %84,3'ünde (n=291) kronik hastalık bulunurken, %15,7'sinde (n=54) kronik hastalık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan olguların %48,5'inde (n=141) diyabetes mellitus, %59,1'inde (n=172) hipertansiyon, %24,7'sinde (n=72) tiroid hastalıkları, %15,8'inde (n=46) kronik hava yolu hastalıkları, %11,7'sinde (n=34) kronik kalp hastalıkları, %4,1'inde (n=12) kronik böbrek hastalıkları, %10'unda (n=29) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %3,4'ünde (n=10) psikiyatrik hastalıklar, %3,1'inde (n=9) kanser, %16,2'sinde (n=47) dislipidemi, %5,2'sinde (n=15) diğer kronik hastalıklar bulunmaktadır. Olguların %37,8'i (n=110) 1 kronik hastalığa, %51,5'i (n=150) 2-3 kronik hastalığa, %10,7'si (n=31) 4-6 kronik hastalığa sahiptir.

Olguların %47,8'i (n=165) eşi ve çocuklarıyla, %28,4'ü (n=98) eşiyile, %17,7'si (n=61) çocuklarıyla, %5,2'si (n=18) yalnız, %0,9'u (n=3) ise akrabasıyla yaşamaktadır. Olguların %96,8'inde (n=334) çocuk bulunurken, %3,2'sinde (n=11) çocuk bulunmamaktadır. Çocuk sahibi olan olguların %5,4'ünde (n=18) bir çocuk, %33,5'inde (n=112) iki çocuk, %61,1'inde (n=204) üç veya daha fazla çocuk bulunmaktadır.



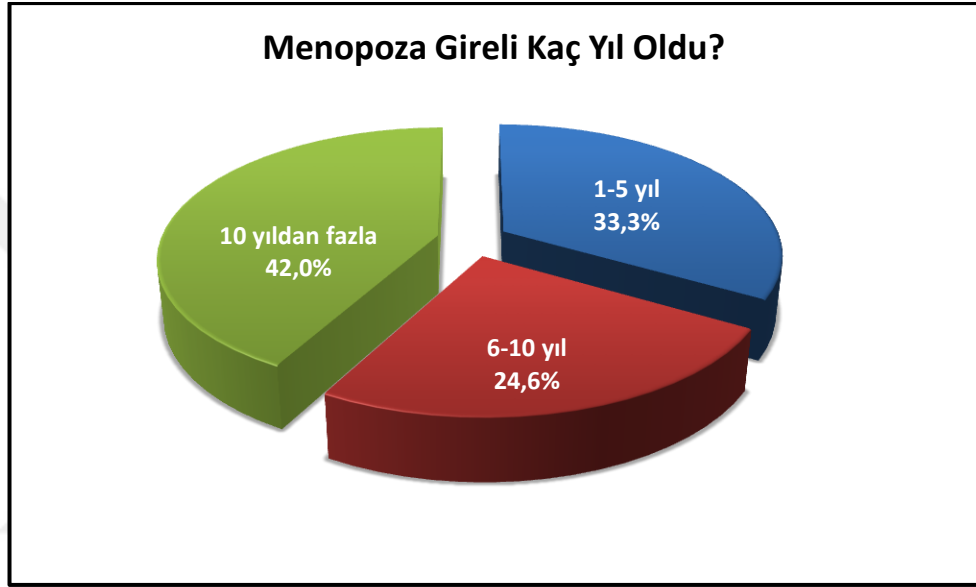
**Şekil 3:** Ek hastalık dağılımı

**Tablo 2:** Jinekolojik Özelliklerin Dağılımı

|  |  | n (%)      |
|--|--|------------|
| <b>Kaç yaşında menopoza girdiniz?</b>                        | <i>Ort±Ss</i>                          | 47,25±4,17 |
|  | <i>Medyan (Min-Maks)</i>               | 47 (34-58) |
| <b>Menopoza gireli kaç yıl oldu?</b>                         | <b>1-5 yıl</b>                         | 115 (33,3) |
|  | <b>6-10 yıl</b>                        | 85 (24,6)  |
|  | <b>10 yıldan fazla</b>                 | 145 (42,0) |
| <b>Menopoza girme şekliniz nedir?</b>                        | <b>Doğal</b>                           | 290 (84,1) |
|  | <b>Cerrahi</b>                         | 55 (15,9)  |
| <b>Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?</b> | <b>Evet</b>                            | 158 (45,8) |
|  | <b>Hayır</b>                           | 187 (54,2) |
| <b>Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?</b>              | <b>Aldım</b>                           | 47 (13,6)  |
|  | <b>Almadım</b>                         | 298 (86,4) |
| <b>Menopozla ilgili düşünceniz?</b>                          | <b>Doğal, normal bir süreç</b>         | 214 (62)   |
|  | <b>Kadınlık özelliğinin yok olması</b> | 53 (15,4)  |
|  | <b>Yaşlandığını hissetme</b>           | 122 (35,4) |
|  | <b>Cinselliğın azalması</b>            | 52 (15,1)  |
|  | <b>Diğeri</b>                          | 3 (0,9)    |
| <b>Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?</b>       | <b>Çevre</b>                           | 241 (69,9) |
|  | <b>Sağlık personeli</b>                | 124 (35,9) |
|  | <b>TV</b>                              | 67 (19,4)  |
|  | <b>Sosyal medya</b>                    | 44 (12,8)  |
|  | <b>Diğeri</b>                          | 5 (1,4)    |

Araştırmaya katılan olguların menopoza girme yaşları 34 ile 58 arasında değişmekte olup, ortalama menopoz yaşı 47,25±4,17'dir. Olguların %33,3'ü (n=115) menopoza gireli 1-5 yıl, %24,6'sı (n=85) 6-10 yıl, %42'si (n=145) 10 yıldan fazla süre geçirmiştir. Olguların %84,1'i (n=290) doğal, %15,9'u (n=55) cerrahi menopoz yaşamıştır. Olguların %45,8'i (n=158) menopoz veya şikayetleri için doktora başvurmuş, %54,2'si (n=187) doktora başvurmamıştır. Olguların %13,6'sı (n=47)

menopoz sonrası hormon replasman tedavisi (HRT) almış, %86,4'ü (n=298) HRT kullanmamıştır. Olguların %62'si (n=214) menopozu doğal bir süreç olarak değerlendirirken, %15,4'ü (n=53) kadınlık özelliğinin yok olması, %35,4'ü (n=122) yaşlanma hissi, %15,1'i (n=52) cinselliğın azalması olarak tanımlamıştır. Olguların %69,9'u (n=241) menopoz hakkında bilgiyi çevresinden, %35,9'u (n=124) sağlık personelinden, %19,4'ü (n=67) televizyondan, %12,8'i (n=44) sosyal medyadan, %1,4'ü (n=5) ise diğer kaynaklardan edinmiştir.



Şekil 4: Menopoz süresine göre dağılım



Şekil 5: Menopoz şikayetleri için doktora gitme durumuna göre dağılım

**Tablo 3:** Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı

|   | Hiç yok |      | Hafif |      | Orta |      | Şiddetli |      | Çok şiddetli |      |
|---|---------|------|-------|------|------|------|----------|------|--------------|------|
|   | n       | %    | n     | %    | n    | %    | n        | %    | n            | %    |
| Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)   | 29      | 8,4  | 89    | 25,8 | 106  | 30,7 | 67       | 19,4 | 54           | 15,7 |
| Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)                   | 125     | 36,2 | 110   | 31,9 | 87   | 25,2 | 19       | 5,5  | 4            | 1,2  |
| Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)   | 65      | 18,8 | 36    | 10,4 | 133  | 38,6 | 60       | 17,4 | 51           | 14,8 |
| Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)                   | 55      | 15,9 | 60    | 17,4 | 153  | 44,3 | 45       | 13,0 | 32           | 9,3  |
| Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)   | 31      | 9,0  | 76    | 22,0 | 144  | 41,7 | 48       | 13,9 | 46           | 13,3 |
| Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)   | 46      | 13,3 | 88    | 25,5 | 135  | 39,1 | 43       | 12,5 | 33           | 9,6  |
| Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık) | 34      | 9,9  | 86    | 24,9 | 115  | 33,3 | 54       | 15,7 | 56           | 16,2 |
| Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)                                      | 97      | 28,1 | 48    | 13,9 | 112  | 32,5 | 53       | 15,4 | 35           | 10,1 |
| İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçıрма)  | 118     | 34,2 | 68    | 19,7 | 83   | 24,1 | 48       | 13,9 | 28           | 8,1  |
| Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)                           | 128     | 37,1 | 84    | 24,3 | 87   | 25,2 | 35       | 10,1 | 11           | 3,2  |
| Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)   | 28      | 8,1  | 30    | 8,7  | 96   | 27,8 | 86       | 24,9 | 105          | 30,4 |

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

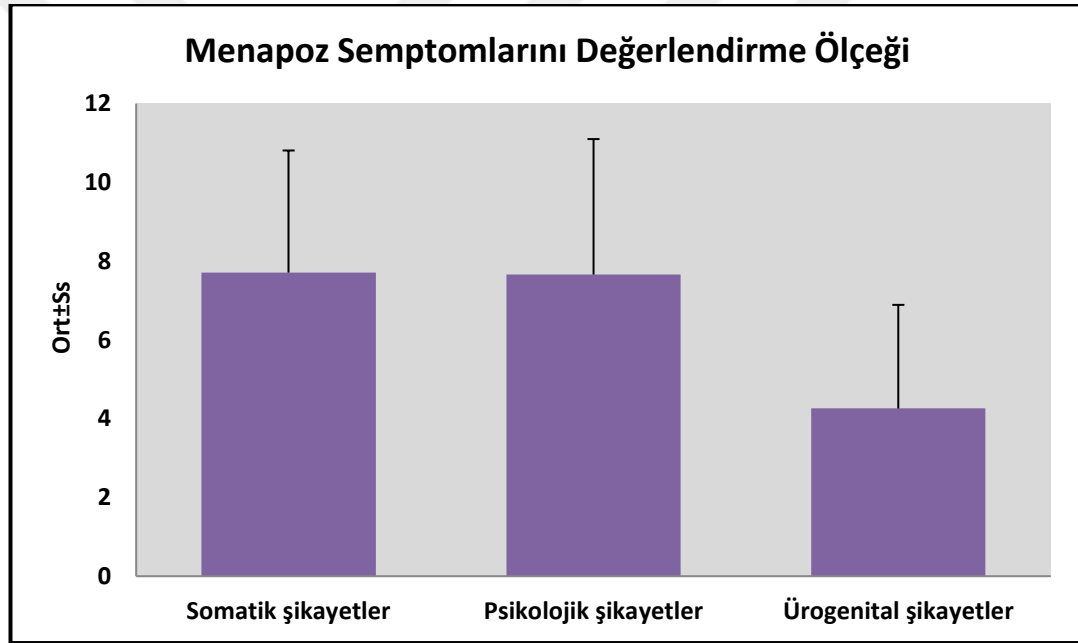
Tablo 4'deki gibidir.

**Tablo 4:** Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

|                              | Soru sayısı | Ort±Ss            | Medyan (Min-Maks) | Cronbach's Alpha |
|------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------------|
| <b>Somatik şikâyetler</b>    | <b>4</b>    | <b>7,71±3,10</b>  | <b>8 (0-16)</b>   | <b>0,571</b>     |
| <b>Psikolojik şikâyetler</b> | <b>4</b>    | <b>7,66±3,44</b>  | <b>8 (0-16)</b>   | <b>0,741</b>     |
| <b>Ürogenital şikâyetler</b> | <b>3</b>    | <b>4,26±2,63</b>  | <b>4 (0-12)</b>   | <b>0,579</b>     |
| <b>Toplam puan</b>           | <b>11</b>   | <b>19,63±7,65</b> | <b>20 (1-43)</b>  | <b>0,810</b>     |

MSDÖ alt boyut puanları incelendiğinde; “Somatik şikayetler” alt boyutu puanları 0 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama  $7,71\pm 3,10$  puan; “Psikolojik şikayetler” alt boyutu puanları 0 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama  $7,66\pm 3,44$  puan; “Ürogenital şikayetler” alt boyutu puanları 0 ile 12 arasında değişmekte olup ortalama  $4,26\pm 2,63$  puan; toplam ölçek puanları ise 1 ile 43 arasında değişmekte olup ortalama  $19,63\pm 7,65$  puandır.

Ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde; “Somatik şikayetler” alt boyutu için  $\alpha=0,571$ ; “Psikolojik şikayetler” alt boyutu için  $\alpha=0,741$ ; “Ürogenital şikayetler” alt boyutu için  $\alpha=0,579$  ve toplam ölçek için Cronbach’s Alpha katsayısı 0,810 olarak bulunmuştur. Buna göre, ölçek yüksek derecede güvenilir diyebiliriz.



**Şekil 6:** Menapoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının dağılımı

**Tablo 5:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

|     |   | n   | %    |
|-----|---|-----|------|
| 1.  | a. Kendimi üzgün hissetmiyorum  | 147 | 42,6 |
|     | b. Kendimi üzgün hissediyorum   | 130 | 37,7 |
|     | c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum         | 43  | 12,5 |
|     | d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum                          | 25  | 7,2  |
| 2.  | a. Gelecekte umutsuz değilim  | 178 | 51,6 |
|     | b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum                                     | 62  | 18,0 |
|     | c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok                                  | 68  | 19,7 |
|     | d. Benim için bir gelecek gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek          | 37  | 10,7 |
| 3.  | a. Kendimi başarısız görmüyorum   | 238 | 69,0 |
|     | b. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır  | 54  | 15,7 |
|     | c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum | 46  | 13,3 |
|     | d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum                 | 7   | 2,0  |
| 4.  | a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum                    | 104 | 30,1 |
|     | b. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum                      | 150 | 43,5 |
|     | c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum                      | 36  | 10,4 |
|     | d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı                  | 55  | 15,9 |
| 5.  | a. Kendimi suçlu hissetmiyorum  | 160 | 46,4 |
|     | b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor                           | 149 | 43,2 |
|     | c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum                                | 30  | 8,7  |
|     | d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum                               | 6   | 1,7  |
| 6.  | a. Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünmüyorum              | 231 | 67,0 |
|     | b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim                                | 46  | 13,3 |
|     | c. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum                     | 48  | 13,9 |
|     | d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum                                  | 20  | 5,8  |
| 7.  | a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım- kendimden hoşnutum             | 277 | 80,3 |
|     | b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım- kendimden pek hoşnut değilim     | 53  | 15,4 |
|     | c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum  | 8   | 2,3  |
|     | d. Kendimden nefret ediyorum  | 7   | 2,0  |
| 8.  | a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum               | 168 | 48,7 |
|     | b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum                | 125 | 36,2 |
|     | c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman- suçluyorum                        | 37  | 10,7 |
|     | d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum                                   | 15  | 4,3  |
| 9.  | a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok                               | 316 | 91,6 |
|     | b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam        | 29  | 8,4  |
| 10. | a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum                     | 146 | 42,3 |
|     | b. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum                      | 72  | 20,9 |
|     | c. Şu sıralarda her an ağlıyorum  | 24  | 7,0  |
|     | d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum     | 103 | 29,9 |
| 11. | a. Her zamankinden daha sinirli değilim                                 | 105 | 30,4 |
|     | b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum               | 112 | 32,5 |
|     | c. Çoğu zaman sinirliyim  | 62  | 18,0 |
|     | d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum            | 66  | 19,1 |
| 12. | a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim                             | 168 | 48,7 |
|     | b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim                           | 102 | 29,6 |
|     | c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim                       | 46  | 13,3 |
|     | d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı                              | 29  | 8,4  |

|      |   | n   | %    |
|------|---|-----|------|
| 13.  | a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum  | 213 | 61,7 |
|      | b. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum   | 50  | 14,5 |
|      | c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.   | 58  | 16,8 |
|      | d. Artık hiç karar veremiyorum  | 24  | 7,0  |
| 14.  | a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum                                       | 190 | 55,1 |
|      | b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum                            | 87  | 25,2 |
|      | c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum        | 62  | 18,0 |
|      | d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum  | 6   | 1,7  |
| 15.  | a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum   | 63  | 18,3 |
|      | b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor                 | 183 | 53,0 |
|      | c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum                                  | 79  | 22,9 |
|      | d. Hiçbir iş yapamıyorum  | 20  | 5,8  |
| 16.  | a. Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum   | 80  | 23,2 |
|      | b. Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum  | 130 | 37,7 |
|      | c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum             | 53  | 15,4 |
|      | d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum  | 82  | 23,8 |
| 17.  | a. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum   | 28  | 8,1  |
|      | b. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum  | 198 | 57,4 |
|      | c. Şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor  | 75  | 21,7 |
|      | d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum  | 44  | 12,8 |
| 18.  | a. İştahım eskisinden pek farklı değil  | 250 | 72,5 |
|      | b. İştahım eskisi kadar iyi değil   | 74  | 21,4 |
|      | c. Şu sıralarda iştahım epey kötü   | 12  | 3,5  |
|      | d. Artık hiç iştahım yok  | 9   | 2,6  |
| 19.  | a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum  | 285 | 82,6 |
|      | b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk (üç) kilodan fazla kaybettim                        | 27  | 7,8  |
|      | c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim                                   | 16  | 4,6  |
|      | d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim                                  | 17  | 4,9  |
| 19.1 | Evet  | 107 | 31,0 |
|      | Hayır   | 238 | 69,0 |
| 20.  | a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor  | 112 | 32,5 |
|      | b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var                        | 140 | 40,6 |
|      | c. Ağrı sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor | 74  | 21,4 |
|      | d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum          | 19  | 5,5  |
| 21.  | a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok                                   | 50  | 14,5 |
|      | b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum   | 70  | 20,3 |
|      | c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim  | 74  | 21,4 |
|      | d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı   | 151 | 43,8 |

Beck Depresyon Envanteri Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 6'daki gibidir.

**Tablo 6:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

| <b>Beck Depresyon Envanteri Ölçeği</b> |              |
|--|--------------|
| <b>Soru sayısı</b>                     | <b>21</b>    |
| <i>Ort±Ss</i>                          | 17,88±9,44   |
| <i>Medyan (Min-Maks)</i>               | 17 (0-52)    |
| <b>Cronbach's Alpha</b>                | <b>0,850</b> |

Beck Depresyon Envanteri Ölçeği (BDEÖ) puanları 0 ile 52 arasında değişmekte olup ortalama 17,88±9,44 puandır.

Ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde Cronbach's Alpha katsayısı 0,850 olarak bulunmuştur. BDE'nin yüksek düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir.

**Tablo 7:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

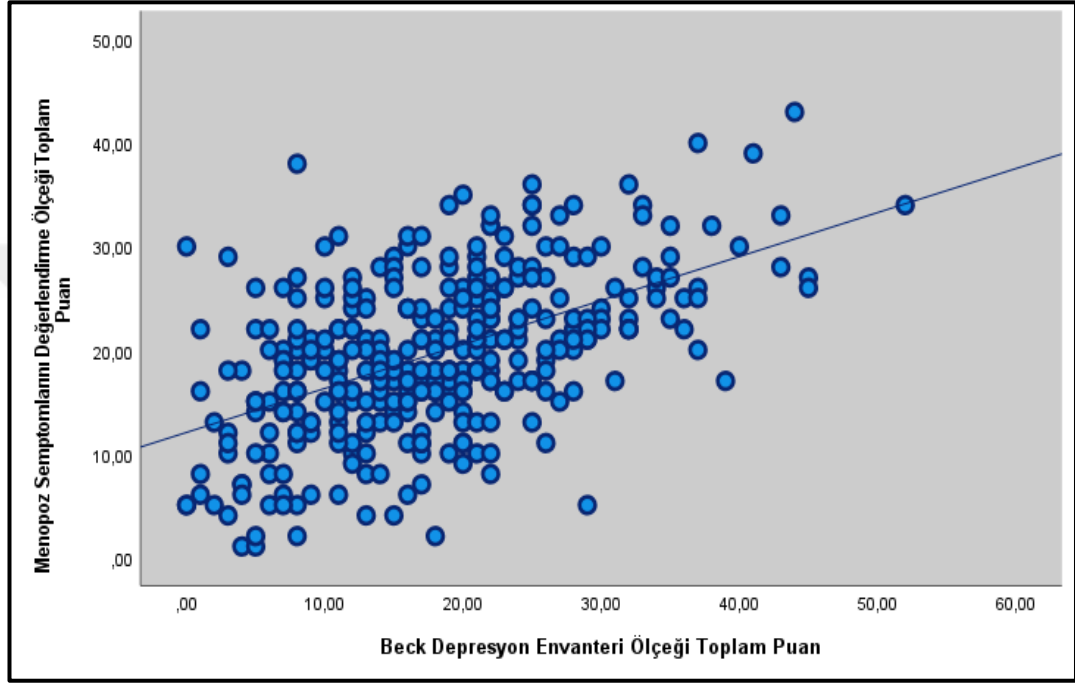
|                              | <b>Beck Depresyon Envanteri Ölçeği Toplam Puan</b> |                |
|------------------------------|--|----------------|
|                              | <b>r</b>   | <b>p</b>       |
| <b>Somatik şikayetler</b>    | 0,433  | <b>0,001**</b> |
| <b>Psikolojik şikayetler</b> | 0,479  | <b>0,001**</b> |
| <b>Ürogenital şikayetler</b> | 0,491  | <b>0,001**</b> |
| <b>MSDÖ Toplam puan</b>      | 0,525  | <b>0,001**</b> |

BDEÖ toplam puanı ile MSDÖ "Somatik şikayetler" alt boyutlara ait puanlar arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir ( $r=0,433$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

BDEÖ toplam puanı ile MSDÖ "Psikolojik şikayetler" alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. ( $r=0,479$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

BDEÖ toplam puanı ile MSDÖ “Ürogenital şikayetler” alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,491$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

BDEÖ toplam puanı ile MSDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,525$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 7:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanı ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkinin grafiği

**Tablo 8:** Yaş ve Menopoza Girilen Yaş ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puanları Arasındaki İlişki

| Menopoz Semptomları                    | Yaş   |                | Menopoza Girilen Yaş |              |
|--|-------|----------------|----------------------|--------------|
|  | r     | p              | r                    | p            |
| Somatik şikayetler                     | 0,076 | <i>0,157</i>   | -0,020               | <i>0,716</i> |
| Psikolojik şikayetler                  | 0,071 | <i>0,189</i>   | -0,018               | <i>0,745</i> |
| Ürogenital şikayetler                  | 0,109 | <i>0,044*</i>  | 0,037                | <i>0,488</i> |
| Toplam puan                            | 0,100 | <i>0,063</i>   | -0,003               | <i>0,956</i> |
| <b>Beck Depresyon Envanteri Ölçeği</b> | 0,212 | <i>0,001**</i> | 0,026                | <i>0,632</i> |

r: Pearson's Korelasyon Katsayısı

\* $p<0,05$

Yaş ile MSDÖ “*Somatik Şikayetler*”, “*Psikolojik Şikayetler*” alt boyutları ve MSDÖ’den alınan toplam puanlar arasında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşan bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

Yaş ile BDEÖ’den alınan toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,212$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Menopoza girilen yaş ile MSDÖ “*Somatik Şikayetler*”, “*Psikolojik Şikayetler*”, “*Ürogenital Şikayetler*” alt boyutları ve MSDÖ’den alınan toplam puanlar arasında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşan bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

Menopoza girilen yaş ile BDEÖ’den alınan toplam puanlar arasında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşan bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9:** Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

|  | Somatik Şikayetler    |                   | Psikolojik Şikayetler |                   | Ürogenital Şikayetler |                   | Toplam Puan |                   |
|--|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------|
|  | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss      | Medyan (Min-Maks) |
| <b>Eğitim düzeyi</b>                           |                       |                   |                       |                   |                       |                   |             |                   |
| Okuryazar değil (n=68)                         | 8,37±2,92             | 8 (2-14)          | 8,59±3,17             | 9 (0-15)          | 4,78±2,82             | 5 (0-11)          | 21,74±6,90  | 22,5 (8-38)       |
| İlkokul (n=188)                                | 7,96±3,18             | 8 (0-16)          | 7,82±3,41             | 8 (0-16)          | 4,31±2,68             | 4 (0-12)          | 20,10±7,64  | 20 (2-43)         |
| Ortaokul (n=33)                                | 6,85±2,64             | 8 (1-12)          | 5,82±3,09             | 6 (0-11)          | 3,42±2,15             | 3 (0-9)           | 16,09±6,74  | 17 (2-29)         |
| Lise (n=38)                                    | 6,95±3,12             | 7 (0-12)          | 7,05±3,74             | 7 (0-16)          | 4,05±2,44             | 4 (0-9)           | 18,05±8,45  | 19 (1-36)         |
| Lisans ve üstü (n=18)                          | 5,83±2,53             | 6 (1-10)          | 7,06±3,42             | 7,5 (2-15)        | 3,67±2,17             | 3 (0-9)           | 16,56±7,33  | 16 (5-34)         |
|  | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,003**</b>    |                       | <b>0,002**</b>    |                       | <b>0,124</b>      |             | <b>0,001**</b>    |
| <b>Medeni durum</b>                            |                       |                   |                       |                   |                       |                   |             |                   |
| Evli (n=268)                                   | 7,86±3,08             | 8 (0-16)          | 7,69±3,35             | 7,5 (0-16)        | 4,58±2,58             | 4 (0-12)          | 20,13±7,51  | 20 (1-43)         |
| Bekar/boşanmış/dul (n=77)                      | 7,21±3,12             | 7 (1-15)          | 7,53±3,73             | 8 (0-15)          | 3,13±2,50             | 3 (0-10)          | 17,87±7,93  | 18 (2-40)         |
|  | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,105</b>      |                       | <b>0,717</b>      |                       | <b>0,001**</b>    |             | <b>0,022*</b>     |
| <b>Meslek</b>                                  |                       |                   |                       |                   |                       |                   |             |                   |
| Çalışıyor (n=33)                               | 6,91±2,60             | 7 (1-15)          | 6,94±3,72             | 7 (0-16)          | 3,58±2,59             | 3 (0-12)          | 17,42±8,09  | 16 (2-43)         |
| Ev hanımı (n=273)                              | 7,91±3,08             | 8 (0-16)          | 7,83±3,39             | 8 (0-16)          | 4,43±2,59             | 4 (0-11)          | 20,17±7,32  | 20 (2-39)         |
| Emekli (n=39)                                  | 7,00±3,49             | 7 (0-15)          | 7,08±3,45             | 8 (0-15)          | 3,62±2,80             | 3 (0-10)          | 17,69±9,00  | 18 (1-40)         |
|  | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,067</b>      |                       | <b>0,200</b>      |                       | <b>0,057</b>      |             | <b>0,036*</b>     |
| <b>Gelir düzeyi</b>                            |                       |                   |                       |                   |                       |                   |             |                   |
| Asgari ücret altı (n=174)                      | 7,78±3,32             | 8 (0-16)          | 7,71±3,66             | 8 (0-16)          | 4,04±2,75             | 4 (0-12)          | 19,52±8,15  | 20 (1-43)         |
| Asgari ücret (n=103)                           | 7,94±2,81             | 8 (1-15)          | 7,96±2,99             | 8 (0-15)          | 4,63±2,60             | 4 (0-11)          | 20,53±6,89  | 20 (2-40)         |
| Asgari ücret ile 2 katına kadar (n=54)         | 7,13±2,75             | 7,5 (1-12)        | 7,02±3,29             | 7 (0-16)          | 4,09±2,17             | 4 (0-10)          | 18,24±6,93  | 18,5 (2-36)       |
| Asgari ücretin 2 katı ile 3 katına kadar (n=7) | 5,43±2,94             | 6 (2-10)          | 5,71±4,31             | 5 (2-15)          | 4,00±2,83             | 3 (0-9)           | 15,14±9,15  | 13 (5-34)         |
| Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası (n=7)    | 9,57±2,88             | 11 (6-13)         | 8,86±3,58             | 8 (3-14)          | 5,57±2,44             | 6 (2-9)           | 24,00±6,88  | 25 (16-35)        |
|  | <sup>c</sup> <i>p</i> | <b>0,110</b>      |                       | <b>0,080</b>      |                       | <b>0,275</b>      |             | <b>0,060</b>      |

|  |                                    |                       |                |           |               |           |                |            |                |
|--|------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------|---------------|-----------|----------------|------------|----------------|
| <b>Bilinen kronik hastalığınız var mı?</b> | <b>Evet (n=291)</b>                | 7,88±3,12             | 8 (0-16)       | 7,84±3,45 | 8 (0-16)      | 4,31±2,59 | 4 (0-12)       | 20,02±7,66 | 20 (1-43)      |
|  | <b>Hayır (n=54)</b>                | 6,83±2,88             | 7 (1-14)       | 6,70±3,24 | 7 (0-12)      | 3,96±2,82 | 3 (0-11)       | 17,50±7,30 | 18 (2-34)      |
|  |                                    | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,023*</b>  |           | <b>0,026*</b> |           | <b>0,374</b>   |            | <b>0,026*</b>  |
| <b>Kronik hastalık sayısı (n=291)</b>      | <b>1 kronik hastalık (n=110)</b>   | 7,42±3,09             | 7 (1-15)       | 7,3±3,52  | 7 (0-16)      | 3,70±2,58 | 3 (0-12)       | 18,42±7,70 | 18 (2-43)      |
|  | <b>2-3 kronik hastalık (n=150)</b> | 8,03±3,03             | 8 (0-15)       | 8,06±3,24 | 8 (0-16)      | 4,49±2,43 | 4 (0-11)       | 20,58±7,18 | 20,5 (2-40)    |
|  | <b>4-6 kronik hastalık (n=31)</b>  | 8,74±3,43             | 9 (0-16)       | 8,65±3,97 | 9 (0-16)      | 5,61±2,84 | 6 (0-11)       | 23,00±8,68 | 23 (1-39)      |
|  |                                    | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,076</b>   |           | <b>0,082</b>  |           | <b>0,001**</b> |            | <b>0,005**</b> |
| <b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>               | <b>Eşi ve çocuklarıyla (n=165)</b> | 7,70±2,87             | 8 (0-15)       | 7,67±3,2  | 7 (0-16)      | 4,59±2,51 | 4 (0-12)       | 19,95±6,99 | 20 (4-43)      |
|  | <b>Eşiyle (n=98)</b>               | 8,15±3,46             | 8 (0-16)       | 7,78±3,58 | 7,5 (0-16)    | 4,63±2,71 | 5 (0-11)       | 20,56±8,32 | 20,5 (1-39)    |
|  | <b>Çocuklarıyla (n=61)</b>         | 7,28±2,85             | 7 (1-14)       | 7,62±3,68 | 8 (0-13)      | 3,11±2,28 | 3 (0-10)       | 18,02±7,11 | 19 (2-32)      |
|  | <b>Yalnız yaşıyor (n=18)</b>       | 7,67±3,53             | 7 (2-15)       | 7,72±3,92 | 7 (3-15)      | 3,67±3,01 | 3,5 (0-10)     | 19,06±9,69 | 16,5 (6-40)    |
|  | <b>•Akrabasıyla (n=3)</b>          | 3,33±2,52             | 3 (1-6)        | 3,67±2,89 | 2 (2-7)       | 0,33±0,58 | 0 (0-1)        | 7,33±4,93  | 5 (4-13)       |
|  |                                    | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,368</b>   |           | <b>0,993</b>  |           | <b>0,001**</b> |            | <b>0,208</b>   |
| <b>Çocuğunuz var mı?</b>                   | <b>Var (n=334)</b>                 | 7,73±3,07             | 8 (0-16)       | 7,67±3,43 | 8 (0-16)      | 4,29±2,60 | 4 (0-12)       | 19,69±7,56 | 20 (1-43)      |
|  | <b>Yok (n=11)</b>                  |                       |                |           |               |           |                | 17,64±10,2 |                |
|  |                                    |                       |                | 7,09±4,04 | 6 (2-14)      | 7,27±3,69 | 7 (2-12)       | 3,27±3,29  | 3 (0-9)        |
|  |                                    | <sup>d</sup> <i>p</i> | <b>0,363</b>   |           | <b>0,692</b>  |           | <b>0,190</b>   |            | <b>0,379</b>   |
| <b>Çocuk sayısı (n=334)</b>                | <b>1 çocuk (n=18)</b>              | 5,61±3,55             | 6 (0-12)       | 6,39±4,70 | 6,5 (0-16)    | 2,83±2,64 | 2 (0-9)        | 14,83±9,78 | 16 (1-36)      |
|  | <b>2 çocuk (n=112)</b>             | 7,43±3,10             | 8 (0-16)       | 7,38±3,55 | 7 (0-16)      | 4,30±2,60 | 4 (0-10)       | 19,12±7,82 | 19 (2-39)      |
|  | <b>≥3 çocuk (n=204)</b>            | 8,09±2,93             | 8 (1-15)       | 7,94±3,21 | 8 (0-16)      | 4,41±2,57 | 4 (0-12)       | 20,44±7,04 | 20 (2-43)      |
|  |                                    | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,002**</b> |           | <b>0,198</b>  |           | <b>0,048*</b>  |            | <b>0,006**</b> |

•Yetersiz gözlem sebebiyle analize dahil edilmemiştir.

<sup>a</sup>One Way Anova Test&Bonferroni Test

<sup>b</sup>Student t Test

<sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>d</sup>Mann Whitney U Test

\*\**p*<0,01 \**p*<0,05

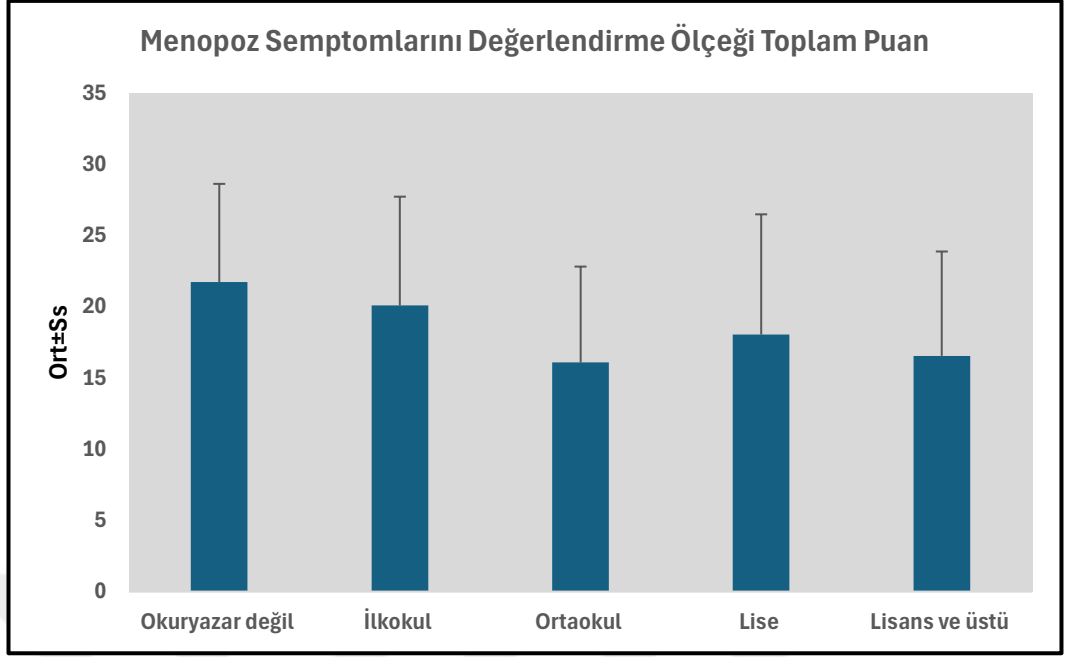
### ***Eğitim dzeyei için;***

Eğitim dzeyelerine göre MSDÖ “*Somatik Şikayetler*” alt boyut puanları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ). Eğitim dzeyei lisans ve üstü olan katılımcıların MSDÖ “*Somatik Şikayetler*” alt boyut puanları, eğitim dzeyei okuryazar değil ve ilkokul olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ( $p=0,018$ ;  $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

MSDÖ'nn “*Psikolojik Şikayetler*” alt boyutuna ait puanlar, katılımcıların eğitim dzeyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde farklılık göstermiştir ( $p = 0,003$ ;  $p < 0,01$ ). Eğitim dzeyei ortaokul olan katılımcıların MSDÖ “*Psikolojik Şikayetler*” alt boyut puanları, eğitim dzeyei okuryazar değil ve ilkokul olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ).

Katılımcıların eğitim dzeyei ile MSDÖ'nn “*rogenital Şikayetler*” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p> 0,05$ ).

Eğitim dzeyelerine göre MSDÖ toplam puanları, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Eğitim dzeyei ortaokul olan katılımcıların MSDÖ toplam puanları, eğitim dzeyei okuryazar değil ve ilkokul olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ( $p=0,004$ ;  $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

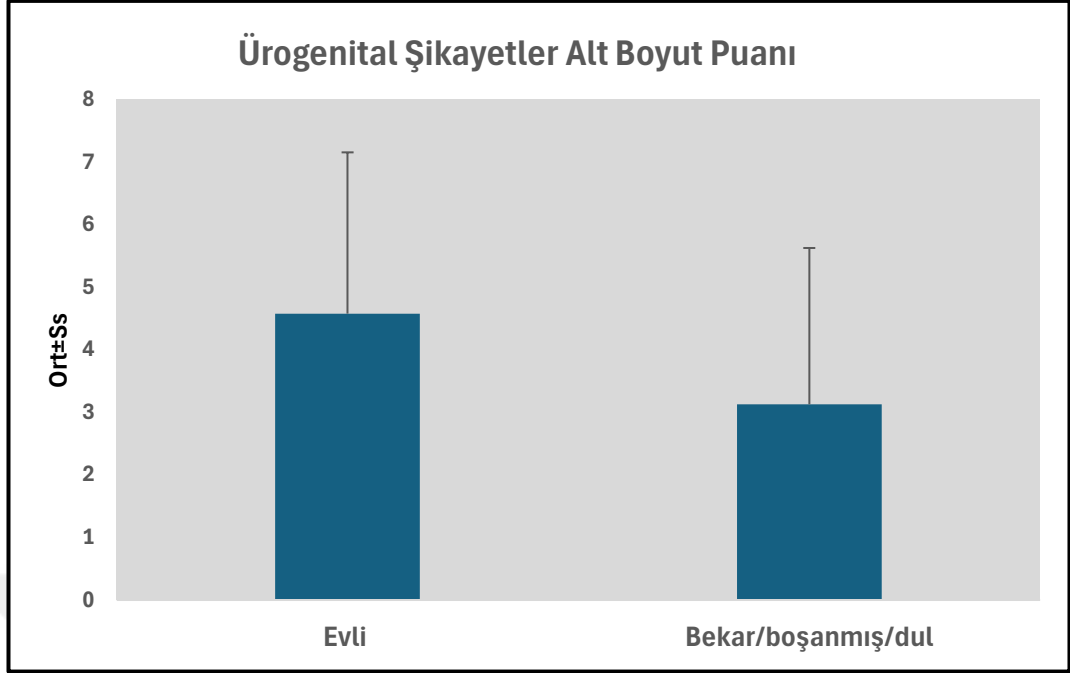


**Şekil 8:** Eğitim düzeylerine göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

***Medeni durum için;***

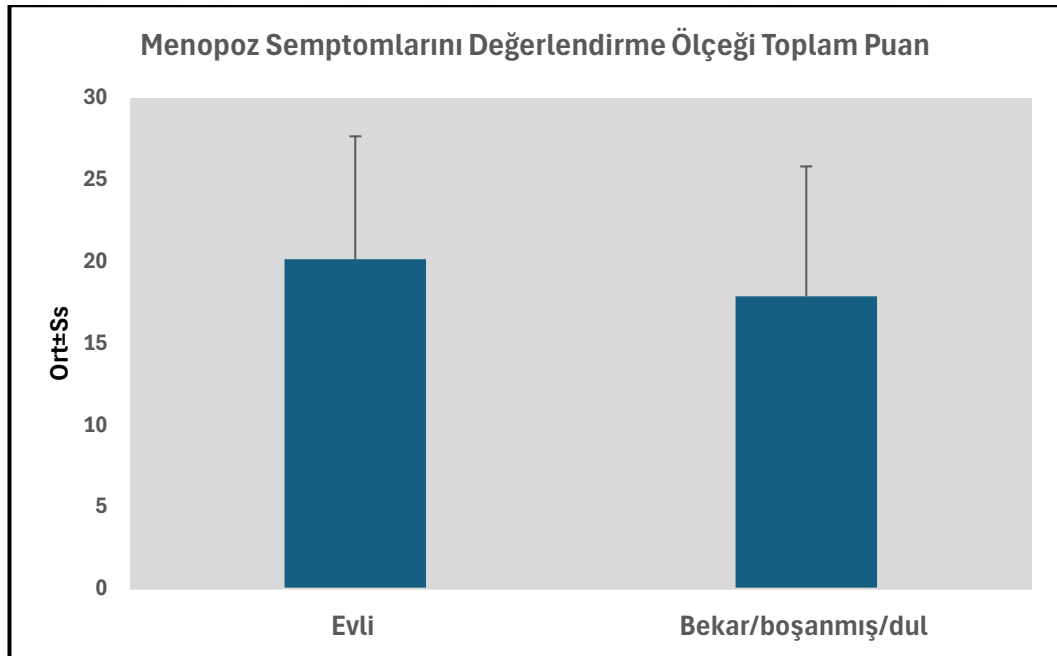
Medeni durumlara göre MSDÖ “*Somatik Şikayetler*”, ve “*Psikolojik Şikayetler*” alt boyut puanları, istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir. ( $p>0,05$ ).

Evli katılımcıların MSDÖ “*Ürogenital Şikayetler*” alt boyut puanlarının, bekar, boşanmış ya da dul bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).



**Şekil 9:** Medeni duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanlarının dağılımı

Evli olan katılımcıların MSDÖ toplam puanları, bekar/boşanmış/dul olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ).

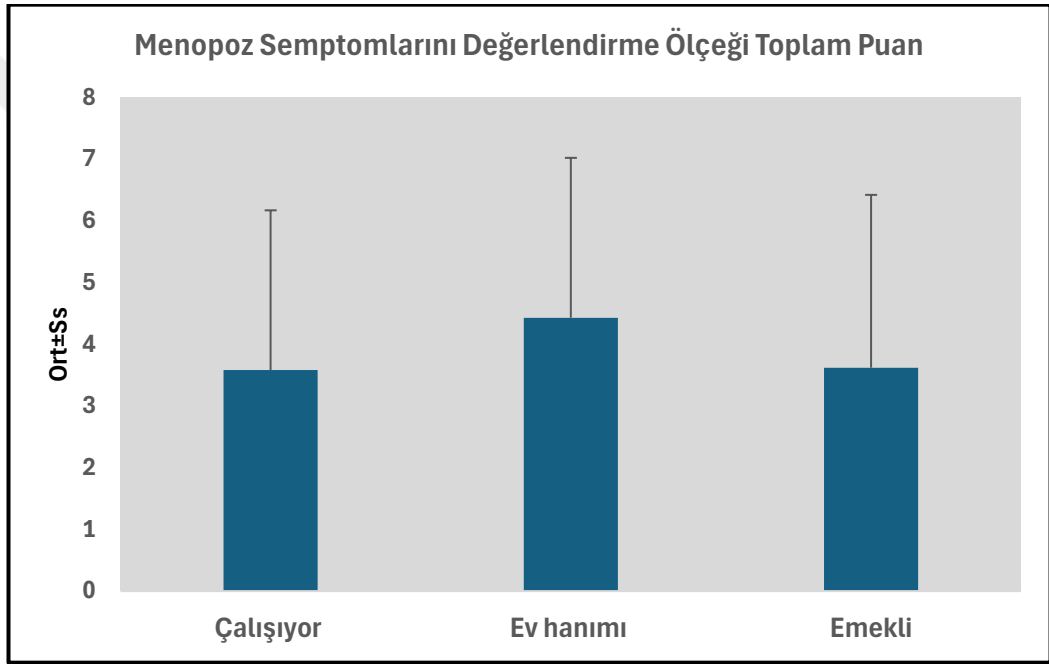


**Şekil 10:** Medeni duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

### *Meslek için;*

Mesleklere göre MSDÖ'nün "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Mesleklere göre MSDÖ toplam puanları, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ). Ev hanımı katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, çalışan bireylerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,046$ ;  $p < 0,05$ ).



**Şekil 11:** Mesleklere göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

### *Gelir düzeyi için;*

Katılımcıların gelir düzeylerine göre MSDÖ'nün "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

***“Bilinen kronik hastalığınız var mı?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

Bilinen kronik hastalığı bulunan katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, kronik hastalığı bulunmayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,023$ ;  $p < 0,05$ ).

Bilinen kronik hastalığı bulunan katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, kronik hastalığı bulunmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,026$ ;  $p < 0,05$ ).

“Bilinen kronik hastalığınız var mı?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Bilinen kronik hastalığı olan bireylerin MSDÖ toplam puanlarının, kronik hastalığı bulunmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,026$ ;  $p < 0,05$ ).

***Kronik hastalık sayıları için;***

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre MSDÖ’nün “Somatik Şikayetler” ve “Psikolojik Şikayetler” alt boyutlarına ilişkin puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ). 1 kronik hastalığı bulunan bireylerin bu alt boyuta ait puanlarının, 2–3 ve 4–6 arasında kronik hastalığı bulunanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,042$ ;  $p = 0,001$ ;  $p < 0,05$ ).

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre MSDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ( $p = 0,005$ ;  $p < 0,01$ ). Bir kronik hastalığı bulunan bireylerin toplam puanlarının, 4–6 arasında

kronik hastalığı olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,029$ ;  $p < 0,05$ ).

***“Kiminle yaşıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Kiminle yaşıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ'nün “Somatik Şikayetler” ve “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Kiminle yaşıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlar temel alındığında, MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Çocuklarıyla yaşayan katılımcıların MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları, eş ve çocuklarıyla ve eşiyile yaşayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p = 0,011$ ;  $p = 0,01$ ;  $p < 0,01$ ).

***“Çocuğunuz var mı?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Çocuğunuz var mı?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ'nün “Somatik Şikayetler”, “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

***Çocuk sayıları için;***

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,01$ ). Bir çocuğu bulunan bireylerin bu alt boyuttaki puanlarının, üç ve üzeri çocuğu olan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,003$ ;  $p < 0,01$ ).

Çocuk sayısına göre MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyutuna ilişkin puanlar çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde, anlamlı düzeyde bir farklılık gözlenmiştir ( $p = 0,048$ ;  $p < 0,05$ ). 1 çocuğu olan bireylerin bu alt boyut puanları, 3 ve daha fazla çocuğu bulunanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,041$ ;  $p < 0,05$ ).

Çocuk sayısına göre MSDÖ toplam puanlarında da anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p = 0,006$ ;  $p < 0,01$ ). 1 çocuğu olan katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, 3 veya daha fazla çocuğu bulunan bireylerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,007$ ;  $p < 0,01$ ).



**Tablo 10:** Menopoz Semptomlarının Değerlendirme Ölçeğinin Jinekolojik Özellikler ile Karşılaştırılması

|   |                         | Somatik Şikayetler    |                   | Psikolojik Şikayetler |                   | Ürogenital Şikayetler |                   | Toplam Puan           |                   |
|---|-------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|   |                         | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) | Ort±Ss                | Medyan (Min-Maks) |
| Menopoz gireli kaç yıl oldu?                          | 1-5 yıl (n=115)         | 7,55±2,81             | 8 (1-14)          | 7,32±3,17             | 7 (0-16)          | 4,08±2,46             | 4 (0-10)          | 18,95±7,17            | 18 (2-36)         |
|   | 6-10 yıl (n=85)         | 7,45±3,02             | 7 (1-15)          | 7,64±3,52             | 7 (0-16)          | 4,00±2,69             | 4 (0-12)          | 19,08±7,44            | 18 (2-43)         |
|   | 10 yıldan fazla (n=145) | 8,00±3,36             | 8 (0-16)          | 7,94±3,58             | 8 (0-16)          | 4,54±2,70             | 4 (0-11)          | 20,48±8,09            | 22 (1-40)         |
|   |                         | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,335</b>      | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,357</b>      | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,214</b>      | <sup>a</sup> <i>p</i> | <b>0,207</b>      |
| Menopoz girme şekliniz nedir?                         | Doğal (n=290)           | 7,66±3,10             | 8 (0-16)          | 7,51±3,39             | 7 (0-16)          | 4,23±2,63             | 4 (0-11)          | 19,39±7,53            | 19 (1-40)         |
|   | Cerrahi (n=55)          | 8,02±3,09             | 8 (1-15)          | 8,45±3,58             | 8 (0-16)          | 4,40±2,64             | 4 (0-12)          | 20,87±8,22            | 20 (2-43)         |
|   |                         | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,427</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,061</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,656</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,188</b>      |
| Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi? | Evet (n=158)            | 8,27±3,11             | 8 (0-15)          | 8,08±3,44             | 8 (0-16)          | 4,43±2,65             | 4 (0-12)          | 20,78±7,73            | 21 (1-43)         |
|   | Hayır (n=187)           | 7,24±3,02             | 7 (0-16)          | 7,30±3,41             | 7 (0-16)          | 4,11±2,60             | 4 (0-11)          | 18,65±7,47            | 18 (2-39)         |
|   |                         | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,002**</b>    | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,038*</b>     | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,255</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,010*</b>     |
| Menopoz girdikten sonra HRT aldınız mı?               | Aldım (n=47)            | 8,85±3,44             | 9 (1-15)          | 8,43±3,95             | 9 (0-16)          | 4,68±2,86             | 4 (0-11)          | 21,96±8,99            | 22 (1-40)         |
|   | Almadım (n=298)         | 7,53±3,01             | 8 (0-16)          | 7,54±3,34             | 7 (0-16)          | 4,19±2,59             | 4 (0-12)          | 19,26±7,37            | 19 (1-43)         |
|   |                         | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,007**</b>    | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,100</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,232</b>      | <sup>b</sup> <i>p</i> | <b>0,024*</b>     |

| <b>Menopozla ilgili düşünceniz?</b>                    |                      |                |            |                |          |                |            |                |             |
|--|----------------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|------------|----------------|-------------|
| <b>Doğal, normal bir süreç</b>                         | <b>Hayır (n=131)</b> | 8,71±2,89      | 9 (1-15)   | 8,43±3,24      | 8 (0-16) | 4,76±2,64      | 5 (0-12)   | 21,89±7,22     | 22 (2-43)   |
|  | <b>Evet (n=214)</b>  | 7,10±3,07      | 7 (0-16)   | 7,19±3,48      | 7 (0-16) | 3,95±2,58      | 4 (0-11)   | 18,24±7,59     | 18 (1-39)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,001**</b> |            | <b>0,001**</b> |          | <b>0,005**</b> |            | <b>0,001**</b> |             |
| <b>Kadınlık özelliğinin yok olması</b>                 | <b>Hayır (n=292)</b> | 7,57±3,08      | 8 (0-14)   | 7,45±3,30      | 7 (0-16) | 4,13±2,56      | 4 (0-11)   | 19,14±7,38     | 19 (1-38)   |
|  | <b>Evet (n=53)</b>   | 8,51±3,12      | 8 (2-16)   | 8,83±3,92      | 9 (0-16) | 4,96±2,89      | 4 (0-12)   | 22,30±8,59     | 23 (5-43)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,042*</b>  |            | <b>0,018*</b>  |          | <b>0,033*</b>  |            | <b>0,005**</b> |             |
| <b>Yaşlandığımı hissetme</b>                           | <b>Hayır (n=223)</b> | 7,28±3,16      | 7 (0-15)   | 7,19±3,43      | 7 (0-16) | 4,08±2,62      | 4 (0-12)   | 18,55±7,79     | 18 (1-43)   |
|  | <b>Evet (n=122)</b>  | 8,51±2,84      | 8 (1-16)   | 8,51±3,29      | 8 (1-16) | 4,58±2,62      | 5 (0-11)   | 21,60±7,00     | 21 (2-39)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,001**</b> |            | <b>0,001**</b> |          | <b>0,087</b>   |            | <b>0,001**</b> |             |
| <b>Cinselliğin azalması</b>                            | <b>Hayır (n=293)</b> | 7,62±3,07      | 8 (0-15)   | 7,49±3,36      | 7 (0-16) | 4,08±2,55      | 4 (0-11)   | 19,19±7,44     | 19 (1-40)   |
|  | <b>Evet (n=52)</b>   | 8,21±3,24      | 8 (1-16)   | 8,62±3,72      | 8 (0-16) | 5,23±2,85      | 5 (0-12)   | 22,06±8,40     | 21 (2-43)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,209</b>   |            | <b>0,029*</b>  |          | <b>0,004**</b> |            | <b>0,013*</b>  |             |
| <b>Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?</b> |                      |                |            |                |          |                |            |                |             |
| <b>Çevre</b>   | <b>Hayır (n=104)</b> | 8,10±3,16      | 8 (0-15)   | 8,41±3,30      | 9 (1-16) | 4,26±2,67      | 4 (0-12)   | 20,77±7,87     | 21 (1-43)   |
|  | <b>Evet (n=241)</b>  | 7,55±3,07      | 8 (0-16)   | 7,33±3,45      | 7 (0-16) | 4,25±2,61      | 4 (0-11)   | 19,13±7,52     | 19 (1-40)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,132</b>   |            | <b>0,007**</b> |          | <b>0,983</b>   |            | <b>0,068</b>   |             |
| <b>Sağlık personeli</b>                                | <b>Hayır (n=221)</b> | 7,44±2,95      | 8 (0-16)   | 7,43±3,39      | 7 (0-16) | 4,41±2,65      | 4 (0-11)   | 19,28±7,33     | 19 (1-39)   |
|  | <b>Evet (n=124)</b>  | 8,20±3,31      | 8 (1-15)   | 8,06±3,50      | 8 (0-16) | 3,98±2,58      | 3,5 (0-12) | 20,24±8,18     | 20 (2-43)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,028*</b>  |            | <b>0,107</b>   |          | <b>0,151</b>   |            | <b>0,263</b>   |             |
| <b>TV</b>  | <b>Hayır (n=278)</b> | 7,73±3,18      | 8 (0-16)   | 7,81±3,53      | 8 (0-16) | 4,25±2,66      | 4 (0-12)   | 19,78±7,77     | 20 (1-43)   |
|  | <b>Evet (n=67)</b>   | 7,66±2,76      | 8 (0-15)   | 7,04±2,96      | 7 (0-16) | 4,27±2,51      | 4 (0-10)   | 18,97±7,16     | 18 (1-40)   |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,869</b>   |            | <b>0,072</b>   |          | <b>0,962</b>   |            | <b>0,435</b>   |             |
| <b>Sosyal medya</b>                                    | <b>Hayır (n=301)</b> | 7,79±3,10      | 8 (0-16)   | 7,77±3,44      | 8 (0-16) | 4,31±2,67      | 4 (0-12)   | 19,87±7,65     | 20 (1-43)   |
|  | <b>Evet (n=44)</b>   | 7,18±3,10      | 7,5 (1-15) | 6,89±3,37      | 7 (0-15) | 3,86±2,25      | 3 (0-10)   | 17,93±7,52     | 18,5 (2-40) |
|  | <b><sup>b</sup>p</b> | <b>0,224</b>   |            | <b>0,111</b>   |          | <b>0,290</b>   |            | <b>0,116</b>   |             |

<sup>a</sup>One Way Anova Test&Bonferroni Test

<sup>b</sup>Student t Test

\*\*p<0,01

\*p<0,05

***“Menopoza gireli kaç yıl oldu?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Menopoza gireli kaç yıl oldu?” sorusuna verilen yanıtlar temel alındığında, MSDÖ’nün “Somatik Şikayetler”, “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

***“Menopoza girme şekliniz nedir?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Menopoza girme şekliniz nedir?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ’nün “Somatik Şikayetler”, “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

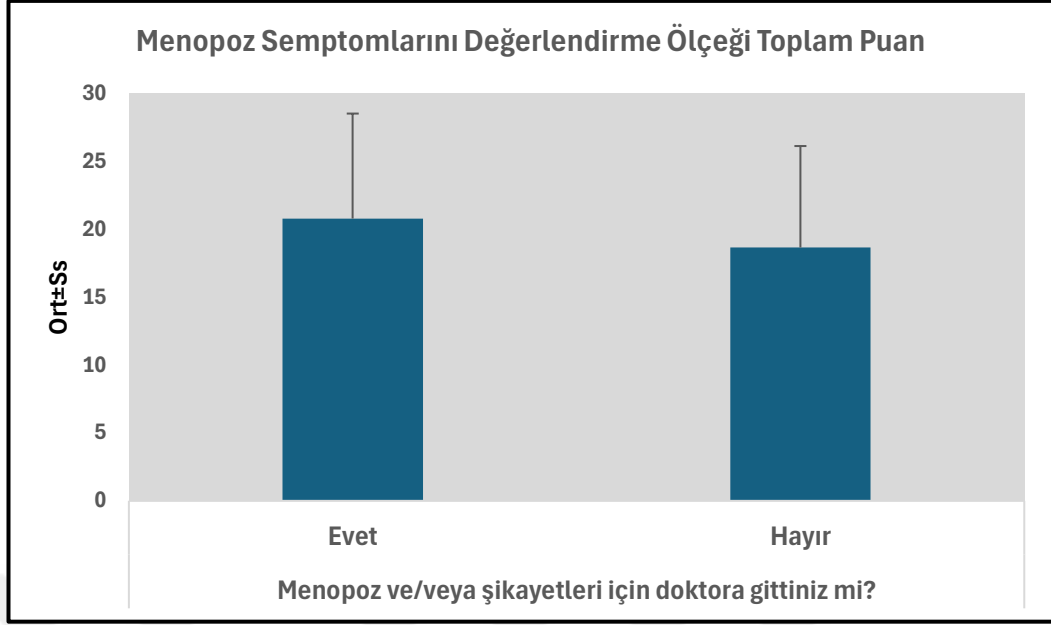
***“Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, “hayır” yanıtını veren bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,01$ ).

“Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, “hayır” yanıtını veren katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p = 0,038$ ;  $p < 0,05$ ).

“Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, “hayır” yanıtını veren katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,010$ ;  $p < 0,05$ ).



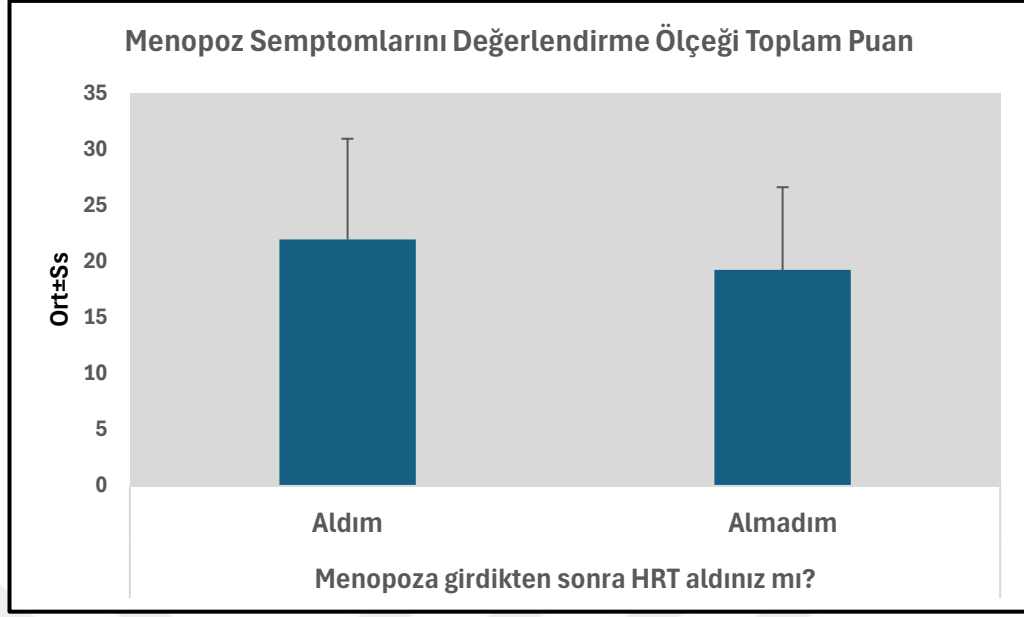
**Şekil 12:** Menopoz şikayetleri için doktora gitme duruma göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puan dağılımı

***“Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?” sorusuna verilen yanıtlar için;***

“Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?” sorusuna “evet” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, “hayır” yanıtını veren bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,007$ ;  $p < 0,01$ ).

“Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?” sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, MSDÖ’nün “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?” sorusuna “evet” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, “hayır” yanıtını veren bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,024$ ;  $p < 0,05$ ).



**Şekil 13:** HRT alma durumuna göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puan dağılımı

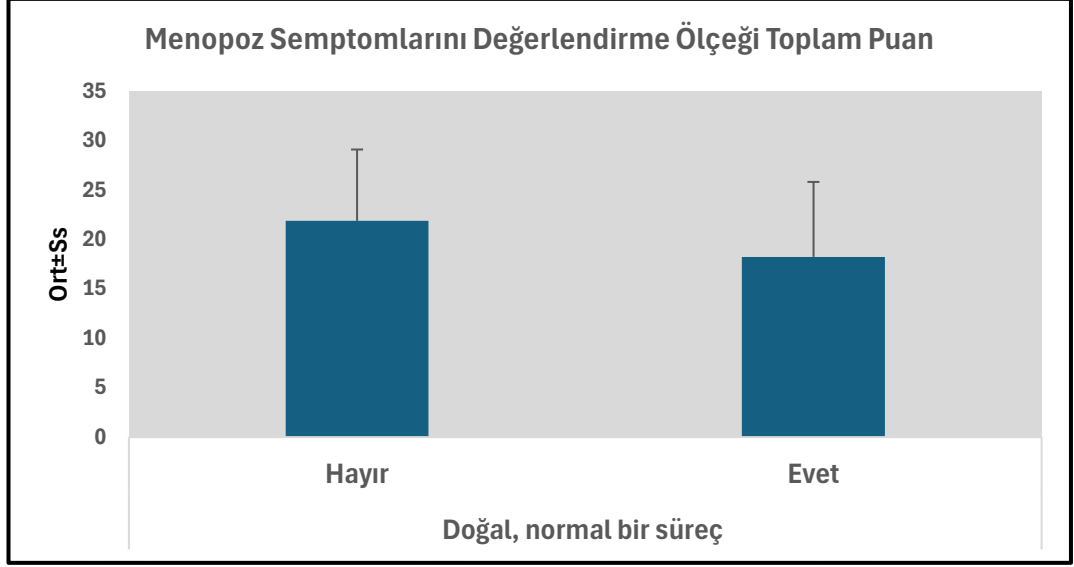
***Menopozla ilgili düşüncesi “doğal, normal bir süreç” olma durumu için;***

Menopozu “doğal, normal bir süreç” olarak değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanları, bu şekilde değerlendirmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “doğal, normal bir süreç” olarak algılayan katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu süreci böyle değerlendirmeyen bireylerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “doğal, normal bir süreç” olarak değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu süreci bu şekilde algılamayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,005$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “doğal, normal bir süreç” olarak değerlendiren katılımcıların MSDÖ toplam puanları, bu süreci bu şekilde algılamayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).



**Şekil 14:** Menopozla ilgili düşüncesi “doğal, normal bir süreç” olma durumlarına göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

***Menopozla ilgili düşüncesi “kadınlık özelliğinin yok olması” olma durumu için;***

Menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması” şeklinde algılayan katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde değerlendirmeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,042$ ;  $p < 0,05$ ).

Menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,018$ ;  $p < 0,05$ ).

Menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması” olarak algılayan katılımcıların MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu görüşe katılmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,033$ ;  $p < 0,05$ ).

Menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,005$ ;  $p < 0,01$ ).

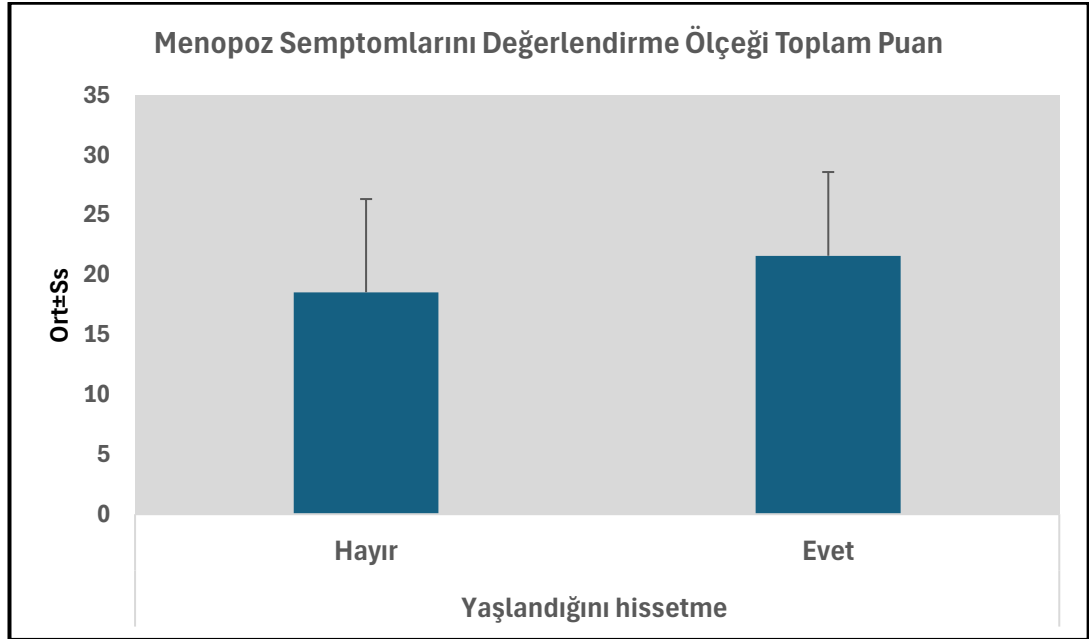
**Menopozla ilgili düşüncesi “yaşlandığını hissetme” olma durumu için;**

Menopozu “yaşlandığını hissetme” şeklinde algılayan katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde algılamayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “yaşlandığını hissetme” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “yaşlandığını hissetme” şeklinde algılama durumuna göre MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Menopozu “yaşlandığını hissetme” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).



**Şekil 15:** Menopozla ilgili düşüncesi “yaşlandığını hissetme” olma durumlarına göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

***Menopozla ilgili düşüncesi “cinselliğin azalması” olma durumu için;***

Menopozu “cinselliğin azalması” şeklinde değerlendirme durumuna göre MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Menopozu “cinselliğin azalması” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,029$ ;  $p < 0,05$ ).

Menopozu “cinselliğin azalması” şeklinde değerlendiren katılımcıların MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu şekilde düşünmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,004$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “cinselliğin azalması” şeklinde algılayan katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının, bu şekilde algılamayan bireylerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,013$ ;  $p < 0,05$ ).

***“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” yanıtını verme durumu için;***

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanları açısından, diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Psikolojik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu yanıtı vermeyen katılımcıların puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,007$ ;  $p < 0,01$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam

puanları arasında, bu yanıtı vermeyen katılımcılarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

***“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sağlık personeli” yanıtını verme durumu için;***

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sağlık personeli” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler” alt boyut puanlarının, bu yanıtı vermeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,028$ ;  $p < 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “TV” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler”, “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları açısından, bu yanıtı vermeyen bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sosyal medya” yanıtını veren katılımcıların MSDÖ “Somatik Şikayetler”, “Psikolojik Şikayetler” ve “Ürogenital Şikayetler” alt boyut puanları ile toplam puanları açısından, bu yanıtı vermeyen bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 11:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

|  |  | Beck Depresyon Envanteri Ölçeği Toplam Puan |                   | p                    |
|--|--|---|-------------------|----------------------|
|  |  | Ort±Ss                                      | Medyan (Min-Maks) |                      |
| Eğitim düzeyi                                    | Okuryazar değil (n=68)                         | 22,69±9,08                                  | 22 (7-45)         | <sup>a</sup> 0,001** |
|  | İlkokul (n=188)                                | 18,27±9,46                                  | 17 (0-52)         |                      |
|  | Ortaokul (n=33)                                | 15,39±7,87                                  | 16 (3-30)         |                      |
|  | Lise (n=38)                                    | 12,55±6,76                                  | 12 (1-29)         |                      |
|  | Lisans ve üstü (n=18)                          | 11,56±8,27                                  | 10,5 (0-25)       |                      |
| Medeni durum                                     | Evli (n=268)                                   | 17,36±9,35                                  | 17 (0-52)         | <sup>b</sup> 0,054   |
|  | Bekar/boşanmış/dul (n=77)                      | 19,71±9,62                                  | 20 (0-43)         |                      |
| Meslek   | Çalışıyor (n=33)                               | 15,15±9,13                                  | 16 (1-44)         | <sup>a</sup> 0,011*  |
|  | Ev hanımı (n=273)                              | 18,67±9,47                                  | 18 (0-52)         |                      |
|  | Emekli (n=39)                                  | 14,74±8,67                                  | 13 (0-37)         |                      |
| Gelir düzeyi                                     | Asgari ücret altı (n=174)                      | 19,38±9,66                                  | 19 (1-45)         | <sup>c</sup> 0,012*  |
|  | Asgari ücret (n=103)                           | 17,63±9,64                                  | 17 (0-52)         |                      |
|  | Asgari ücret ile 2 katına kadar (n=54)         | 14,85±7,49                                  | 15,5 (0-32)       |                      |
|  | Asgari ücretin 2 katı ile 3 katına kadar (n=7) | 11,71±9,41                                  | 14 (0-25)         |                      |
|  | Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası (n=7)    | 14,14±7,01                                  | 17 (1-20)         |                      |
| Bilinen kronik hastalığınız var mı?              | Evet (n=291)                                   | 18,59±9,61                                  | 18 (1-52)         | <sup>b</sup> 0,001** |
|  | Hayır (n=54)                                   | 14,11±7,55                                  | 15,5 (0-28)       |                      |
| Kronik hastalık sayısı                           | 1 kronik hastalık (n=110)                      | 16,50±9,00                                  | 16 (1-44)         | <sup>a</sup> 0,002** |
|  | 2-3 kronik hastalık (n=150)                    | 19,23±9,65                                  | 18 (1-52)         |                      |
|  | 4-6 kronik hastalık (n=31)                     | 22,90±9,91                                  | 24 (4-41)         |                      |
| Kiminle yaşıyorsunuz?                            | Eşi ve çocuklarıyla (n=165)                    | 17,02±9,07                                  | 17 (0-52)         | <sup>a</sup> 0,135   |
|  | Eşiyle (n=98)                                  | 17,72±9,87                                  | 16,5 (0-45)       |                      |
|  | Çocuklarıyla (n=61)                            | 19,98±9,74                                  | 20 (0-43)         |                      |
|  | Yalnız yaşıyor (n=18)                          | 20,28±9,13                                  | 20,5 (1-37)       |                      |
|  | •Akrabasıyla (n=3)                             | 14,00±7,55                                  | 13 (7-22)         |                      |
| Çocuğunuz var mı?                                | Var (n=334)                                    | 17,92±9,44                                  | 17 (0-52)         | <sup>d</sup> 0,570   |
|  | Yok (n=11)                                     | 16,82±9,90                                  | 13 (5-40)         |                      |
| Çocuk sayısı (n=334)                             | 1 çocuk (n=18)                                 | 14,00±7,49                                  | 11,5 (4-29)       | <sup>a</sup> 0,001** |
|  | 2 çocuk (n=112)                                | 15,21±8,89                                  | 15 (0-41)         |                      |
|  | ≥3 çocuk (n=204)                               | 19,76±9,46                                  | 19 (0-52)         |                      |
| Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışma | Var  | 19,18±9,46                                  | 19 (0-52)         | <sup>b</sup> 0,001** |
|  | Yok  | 15,01±8,79                                  | 15 (0-40)         |                      |

<sup>a</sup>One Way Anova Test&Bonferroni Test

<sup>b</sup>Student t Test

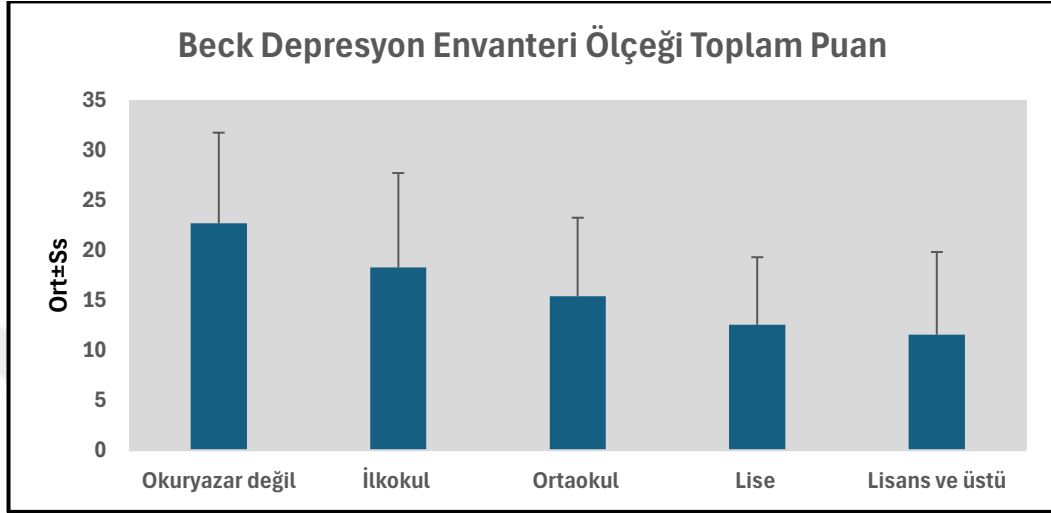
<sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>d</sup>Mann Whitney U Test

\*\*p<0,01 \*p<0,05

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur (p = 0,001; p < 0,01). Okuryazar olmayan bireylerin BDEÖ toplam puanları; ilkokul, ortaokul, lise ile lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha

yüksek bulunmuştur ( $p = 0,005$ ;  $p = 0,001$ ;  $p = 0,001$ ;  $p = 0,001$ ). Ayrıca, ilkokul mezunu olanların BDEÖ toplam puanlarının da lise ve lisans ve üzeri düzeyde eğitimi olan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,005$ ;  $p = 0,004$ ;  $p = 0,025$ ;  $p = 0,005$ ).



**Şekil 16:** Eğitim düzeylerine göre Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

Katılımcıların medeni durumlarına göre BDEÖ toplam puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların meslek gruplarına göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ( $p = 0,011$ ;  $p < 0,05$ ). Ev hanımı olan bireylerin BDEÖ toplam puanları, emekli katılımcıların puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p = 0,044$ ;  $p < 0,05$ ).

Katılımcıların gelir düzeylerine göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ( $p = 0,012$ ;  $p < 0,05$ ). Geliri asgari ücretin altında olan bireylerin BDEÖ toplam puanları, asgari ücret ile iki katı aralığında gelire sahip olan katılımcıların puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,019$ ;  $p < 0,05$ ).

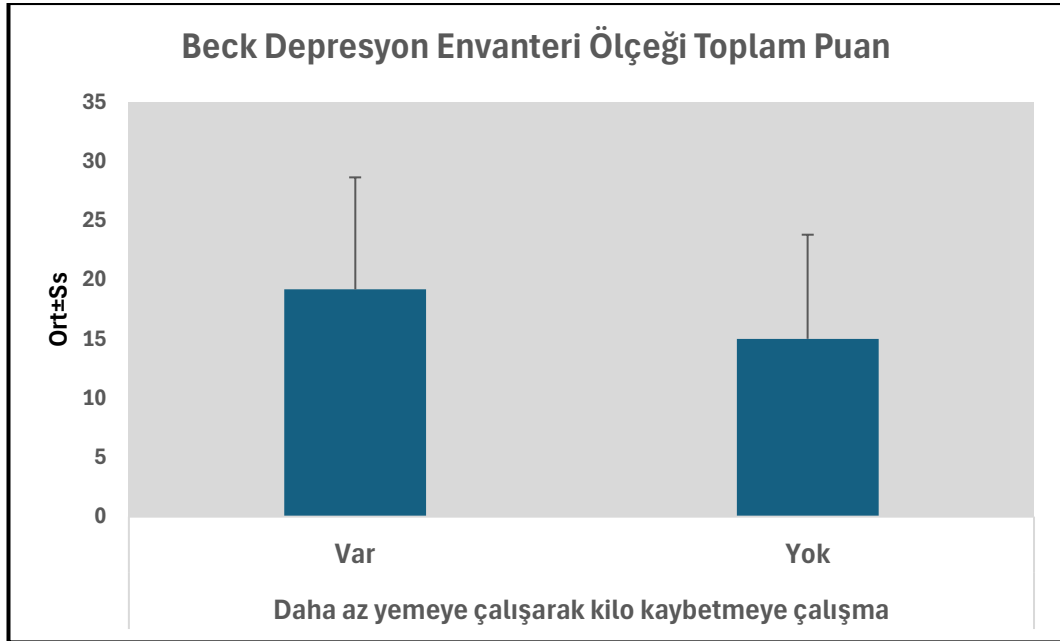
Kronik hastalığı bulunan katılımcıların BDEÖ toplam puanlarının, kronik hastalığı olmayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,01$ ). Dört ila altı kronik hastalığı bulunan bireylerin BDEÖ toplam puanları, yalnızca bir kronik hastalığı olan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,003$ ;  $p < 0,01$ ).

“Kiminle yaşıyorsunuz?” ve “Çocuğunuz var mı?” sorularına verilen yanıtlar doğrultusunda BDEÖ toplam puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Üç ve üzeri çocuğa sahip bireylerin BDEÖ toplam puanları, bir ve iki çocuğu olan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,034$ ;  $p = 0,001$ ;  $p < 0,05$ ).

Kilo vermek amacıyla daha az yemeye çalışan katılımcıların BDEÖ toplam puanlarının, kilo kaybetme girişiminde bulunmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).



**Şekil 17:** Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışma durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri Ölçeği toplam puanları dağılımı

**Tablo 12:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeğinin Jinekolojik Özellikler ile Karşılaştırılması

|  |                         | Beck Depresyon Envanteri Ölçeği Toplam Puan |                  | p                    |
|--|-------------------------|---|------------------|----------------------|
|  |                         | Ort±Ss                                      | Medyan Min-Maks) |                      |
| Menopoza gireli kaç yıl oldu?                          | 1-5 yıl (n=115)         | 16,31±8,13                                  | 16 (1-52)        | <sup>a</sup> 0,001** |
|  | 6-10 yıl (n=85)         | 16,09±9,36                                  | 15 (0-44)        |                      |
|  | 10 yıldan fazla (n=145) | 20,19±10,03                                 | 20 (0-45)        |                      |
| Menopoza girme şekliniz nedir?                         | Doğal (n=290)           | 17,48±9,14                                  | 17 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,068   |
|  | Cerrahi (n=55)          | 20,02±10,76                                 | 19 (0-45)        |                      |
| Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?  | Evet (n=158)            | 18,04±9,96                                  | 17 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,777   |
|  | Hayır (n=187)           | 17,75±9,01                                  | 17 (1-45)        |                      |
| Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?               | Aldım (n=47)            | 18,72±9,76                                  | 19 (0-37)        | <sup>b</sup> 0,514   |
|  | Almadım (n=298)         | 17,76±9,40                                  | 17 (0-52)        |                      |
| <b>Menopozla ilgili düşünceniz?</b>                    |                         |   |                  |                      |
| Doğal, normal bir süreç                                | Hayır (n=131)           | 20,86±9,66                                  | 20 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,001** |
|  | Evet (n=214)            | 16,07±8,85                                  | 15 (0-45)        |                      |
| Kadınlık özelliğinin yok olması                        | Hayır (n=292)           | 17,07±9,04                                  | 16 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,001** |
|  | Evet (n=53)             | 22,42±10,39                                 | 21 (0-44)        |                      |
| Yaşlandığımı hissetme                                  | Hayır (n=223)           | 16,14±8,83                                  | 16 (0-45)        | <sup>b</sup> 0,001** |
|  | Evet (n=122)            | 21,08±9,73                                  | 20 (0-52)        |                      |
| Cinselliğin azalması                                   | Hayır (n=293)           | 17,45±9,37                                  | 17 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,040*  |
|  | Evet (n=52)             | 20,37±9,60                                  | 19 (6-45)        |                      |
| <b>Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?</b> |                         |   |                  |                      |
| Çevre  | Hayır (n=104)           | 18,72±10,6                                  | 19 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,316   |
|  | Evet (n=241)            | 17,53±8,90                                  | 17 (0-45)        |                      |
| Sağlık personeli                                       | Hayır (n=221)           | 17,75±8,77                                  | 17 (0-45)        | <sup>b</sup> 0,727   |
|  | Evet (n=124)            | 18,14±10,58                                 | 17 (0-52)        |                      |
| TV   | Hayır (n=278)           | 17,89±9,70                                  | 17 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,995   |
|  | Evet (n=67)             | 17,88±8,38                                  | 17 (3-40)        |                      |
| Sosyal medya   | Hayır (n=301)           | 18,23±9,58                                  | 18 (0-52)        | <sup>b</sup> 0,075   |
|  | Evet (n=44)             | 15,52±8,17                                  | 15,5 (1-40)      |                      |

<sup>a</sup>One Way Anova Test&Bonferroni Test

<sup>b</sup>Student t Test

\*\*p<0,01 \*p<0,05

Katılımcıların “menopoza gireli kaç yıl oldu?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre BDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Menopoz süresi 10 yılı aşan bireylerin BDEÖ toplam puanları, menopoza gireli 1–5 yıl ve 6–10 yıl olan katılımcıların puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,002$ ;  $p = 0,006$ ;  $p < 0,01$ ).

“Menopoza girme şekliniz nedir?”, “Menopoz ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?” ve “Menopoza girdikten sonra HRT aldınız mı?” sorularına verilen yanıtlar doğrultusunda BDEÖ toplam puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Menopozu “doğal, normal bir süreç” olarak değerlendiren katılımcıların BDEÖ toplam puanları, bu süreci bu şekilde algılamayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması” şeklinde algılayan katılımcıların BDEÖ toplam puanları, bu görüşe katılmayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “yaşlandığını hissetme” şeklinde değerlendiren katılımcıların BDEÖ toplam puanları, bu şekilde düşünmeyen bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Menopozu “cinselliğin azalması” şeklinde algılayan katılımcıların BDEÖ toplam puanlarının, bu görüşe katılmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,040$ ;  $p < 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” yanıtını veren katılımcıların BDEÖ toplam puanları açısından, bu yanıtı vermeyen bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sağlık personeli” yanıtını veren katılımcıların BDEÖ toplam puanları ile bu yanıtı vermeyen bireylerin puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “TV” yanıtını veren katılımcıların BDEÖ toplam puanları ile bu yanıtı vermeyen bireylerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

“Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sosyal medya” yanıtını veren katılımcıların BDEÖ toplam puanları ile bu yanıtı vermeyen bireylerin puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların düzeyi ile depresyona eğilim arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Katılımcıların MSDÖ'nden aldıkları toplam puanların 1 ile 43 arasında değiştiği ve ortalama puanın  $19,63 \pm 7,65$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Çalışmada, yaş değişkeni ile MSDÖ "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutları ile toplam semptom puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p > 0,05$ ). Ancak, yaş ile "Ürogenital Şikayetler" alt boyutu ve MSDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8). Bu bulgular, literatürdeki mevcut çalışmalarla karşılaştırıldığında hem benzerlikler hem de farklılıklar sergilemektedir. Bazı araştırmalarda yaş ile somatik ve ürogenital şikayetler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamışken, psikolojik şikayetlerle yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (58). Buna karşılık, diğer bazı çalışmalarda yaş ile somatik ve ürogenital şikayetler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken, psikolojik şikayetlerle yaş arasında anlamlı bir bağ saptanamamıştır (59). Bu durum, menopozal semptomların yaş faktörü ile ilişkisi konusunda literatürde çeşitli sonuçların bulunduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızın bulguları, menopozal semptomların değerlendirilmesinde yaş değişkeninin tek başına belirleyici bir etken olmadığını desteklemektedir. Menopoz döneminde gözlemlenen somatik, ürogenital ve psikolojik şikayetlerin yalnızca kronolojik yaş temelinde açıklanması yetersiz kalmaktadır. Semptomların şiddeti ve çeşitliliği; hormonal değişikliklerin düzeyi, bireysel yaşam tarzı, psikososyal stres faktörleri, kültürel değerler, sosyoekonomik koşullar ve kişisel baş etme mekanizmaları gibi çok boyutlu değişkenlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu nedenle, menopoz dönemine ilişkin yapılacak değerlendirmelerde yalnızca yaş faktörüne odaklanılmamalı, daha kapsamlı ve bütüncül bir biyopsikososyal yaklaşım benimsenmelidir.

Çalışmamızda, menopoza girilen yaş ile MSDÖ "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" alt boyutları ile toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8). Literatür incelendiğinde, benzer ve farklı bulgulara rastlanmaktadır. Örneğin, bir çalışmada menopoz yaşı ile menarş yaşı ve annenin doğum yaşları arasında anlamlı

bir ilişki bulunmuşken, menopoz semptomlarının şiddeti ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (60). Öte yandan, başka bir çalışmada erken menopoza giren kadınların, geç menopoza girenlere kıyasla daha yoğun menopozal semptomlar yaşadıkları rapor edilmiştir (61). Menopoz yaşı ile menopozal semptomların şiddeti arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, literatürde sonuçların tutarlı olmadığı görülmektedir. Bazı çalışmalar, geç yaşta menopoza giren kadınlarda semptomların daha hafif düzeyde yaşandığını bildirmekte (61), bazıları ise çalışmamızda elde edilen bulgularla paralel şekilde, menopoz yaşı ile semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade etmektedir (60). Bu farklı sonuçlar, menopoz semptomlarının yalnızca biyolojik süreçler temelinde açıklanamayacağını; bireylerin sosyokültürel özellikleri, yaşam alışkanlıkları, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve sağlık algılarının da semptom şiddeti üzerinde belirleyici etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, menopoz semptomlarının değerlendirilmesinde yalnızca menopoz yaşı gibi biyolojik parametreler değil, bireyin çok boyutlu özelliklerini dikkate alan bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, eğitim düzeyinin menopozal semptomların algılanması ve ifade edilmesi üzerinde anlamlı bir belirleyici değişken olabileceğini ortaya koymaktadır. MSDÖ "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutlarında, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların somatik şikayet puanlarının, okuryazar olmayan ve ilkökul mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 9). Benzer şekilde, psikolojik şikayetler alt boyutunda da ortaokul mezunu kadınların puanlarının, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylere kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ürogenital şikayetler alt boyutunda ise eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Ölçeğin toplam puanları incelendiğinde, ortaokul mezunu katılımcıların semptom düzeylerinin, okuryazar olmayan ve ilkökul mezunu katılımcılara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 9). Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin, Mohamadzade ve arkadaşlarının (2019) İran'da yürüttükleri çalışmada, eğitim düzeyinin menopozal semptomların şiddetini anlamlı şekilde azalttığı gösterilmiştir (62). Yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların

menopoz sürecine ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının daha yüksek olması, semptomları daha doğru tanımlamalarına ve etkili baş etme stratejileri geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bu durum, menopozal semptomların daha hafif algılanmasına ve yönetilmesine olanak tanıyarak yaşam kalitesinin artmasına destek olmaktadır. Çalışmamızın bulguları, eğitim düzeyinin menopoz semptomlarının algılanışı ve yönetimi üzerinde etkili olduğunu ortaya koyan mevcut literatür ile uyum göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça kadınların menopoz sürecini daha olumlu algıladıkları ve semptomlarla başa çıkmada daha başarılı oldukları görülmektedir.

Çalışmamız, medeni durumun menopoz semptomlarının bazı alt boyutları üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların medeni durumlarına göre "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutlarına ilişkin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Bu bulgu, fiziksel ve psikolojik semptomların deneyimlenmesinde medeni durumun belirleyici bir etmen olmayabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan, "Ürogenital Şikayetler" alt boyutu incelendiğinde, evli kadınların bu alt boyuttan aldıkları puanların; bekar, boşanmış ya da dul kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Bununla birlikte, evli bireylerin MSDÖ'den elde ettikleri toplam puanlar da diğer medeni durum gruplarına kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 9). Bu durum, evli kadınların menopoz sürecinde ürogenital semptomları daha belirgin şekilde yaşadıkları veya ifade ettikleri yönünde bir değerlendirmeye işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, evlilik ilişkisinin cinsel sağlık, bedensel farkındalık ve semptomların ifade edilmesi üzerinde dolaylı etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, Yoo'nun (63) çalışmasında da evli kadınların menopoz semptomlarına ilişkin puanlarının bekar kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, ayrıca evli kadınların menopoz sürecine yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu bildirilmiştir. Bhattarai ve arkadaşlarının (64) yürüttüğü bir diğer çalışmada ise, medeni durum ile menopoz semptomlarının vazomotor ve psikososyal alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu çalışmada, evli kadınların söz konusu alt boyutlarda daha düşük medyan skorlarına sahip olmaları, evlilik ilişkisinin kadınların menopoz sürecinde yaşadıkları semptomları daha az şiddetli algılamalarına katkıda bulunabileceğini

düşündürmektedir. Sonuç olarak, menopoz semptomlarının ortaya çıkışı ve algılanmasında yalnızca biyolojik değil, psikososyal faktörlerin de belirleyici olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, evlilik ilişkisi kadınlar için hem destekleyici bir unsur hem de ek stres kaynağı olabilmekte; dolayısıyla medeni durum, menopoz sürecinde çift yönlü etkiler oluşturabilecek önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda, meslek gruplarına göre menopoz semptomlarının alt boyutları olan "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak toplam semptom puanları değerlendirildiğinde, anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 9). Özellikle ev hanımlarının toplam semptom puanlarının, çalışan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu bulgu, ev hanımlarının menopoz sürecinde daha yoğun semptomlar yaşayabileceğini düşündürmektedir. Ev hanımlarının günlük yaşamlarında üstlendikleri ağır ev içi sorumluluklar, sosyal izolasyon, ekonomik bağımsızlık eksikliği ve sınırlı sosyal etkileşim gibi faktörler, menopoz semptomlarının şiddetini artırabilecek olumsuz etkiler yaratabilir. Öte yandan, aktif bir iş yaşamına sahip kadınların, daha geniş sosyal destek ağlarına erişim, bireysel yeterlilik algısının güçlenmesi ve stresle başa çıkma becerilerinin gelişmiş olması gibi avantajları, menopoz sürecinde semptomların daha hafif algılanmasına katkı sağlayabilir. Nitekim Oğurlu ve arkadaşlarının (65) yaptığı çalışmada da, çalışmayan menopoz sonrası kadınların, çalışan kadınlara göre sıcak basması, uyku sorunları, baş ağrısı, sinirlilik, depresif ruh hali, kas-eklem ağrıları ve idrar problemleri gibi semptomları daha sık yaşadıkları bildirilmiştir. Bununla birlikte, istihdamın kadınlar üzerinde yalnızca olumlu etkiler yarattığı söylenemez. Martelli ve arkadaşlarının (66) çalışmasında, yüksek iş stresi, tekrarlayan görevler ve esnek olmayan çalışma koşullarının menopoz semptomlarının şiddetini artırabileceği vurgulanmıştır. Bu bulgu, iş ortamındaki olumsuz psikososyal faktörlerin menopoz deneyimini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, istihdamın kadınlar üzerinde tek yönlü bir etkisi bulunmamaktadır. Bazı kadınlar için çalışma hayatı, rol çatışmaları, zaman yönetimi zorlukları ve artan iş yükü nedeniyle ek bir stres kaynağı oluşturabilirken; bazıları için sosyal etkileşimi artıran, kimlik duygusunu güçlendiren ve psikolojik iyi oluşu destekleyen bir unsur olarak işlev görmektedir. Bu durum, menopoz semptomlarının

bireysel düzeyde farklı algılanmasına ve deneyimlenmesine neden olmaktadır. Bu doğrultuda, menopoz dönemindeki kadınlara yönelik sağlık politikalarının yalnızca istihdam durumuna değil, aynı zamanda çalışılan işin niteliğine, maruz kalınan stres düzeyine ve sahip olunan sosyal destek sistemlerine odaklanarak oluşturulması gerektiği düşünülmektedir. Dolayısıyla, iş yaşamının kalitesini dikkate alan bütüncül müdahale programlarının geliştirilmesi menopoz döneminde kadınların yaşam kalitesini artırmada önemli bir adım olacaktır.

Çalışmamızda, gelir düzeyine göre menopoz semptomlarının alt boyutları olan "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" ile toplam semptom puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Bu bulgu, menopoz sürecinin yalnızca ekonomik düzeye bağlı olarak değerlendirilemeyecek kadar çok boyutlu bir deneyim olduğunu göstermektedir. Literatürde, gelir düzeyinin menopozal semptomlar üzerindeki etkisine ilişkin farklı bulgular mevcuttur. Örneğin, Bouzari ve arkadaşlarının (67) yürüttükleri çalışmada, daha düşük gelir seviyesine sahip kadınların psikososyal ve fiziksel semptomları daha yoğun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, gelir düzeyinin bireylerin genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak çalışmamızın bulguları, menopoz semptomlarının algılanması ve deneyimlenmesinde yalnızca maddi kaynakların belirleyici olmadığını ortaya koymaktadır. Gelir düzeyi bireyin yaşam koşullarını, sağlık hizmetlerine erişimini ve genel yaşam kalitesini etkileyebilse de, menopozal semptomların şiddeti ve algılanışında psikososyal destek düzeyi, sağlık bilgisine erişim, kültürel tutumlar ve kişisel baş etme mekanizmaları gibi birçok faktörün de önemli rol oynadığı anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, menopoz dönemindeki kadınlara yönelik sağlık yaklaşımlarında, sadece ekonomik göstergelere odaklanmak yeterli değildir. Bireyin çok boyutlu yaşam dinamiklerini dikkate alan, psikososyal ve kültürel etmenleri de kapsayan bütüncül müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamız, kronik hastalığı bulunan kadınların menopoz semptomlarını daha yoğun yaşadıklarını ortaya koymuştur. Özellikle "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların saptanmış olması

( $p<0,05$ ) (Tablo 9), kronik hastalıkların menopoza süreci üzerindeki etkisinin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik düzeyde de belirgin olabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, kronik hastalığı bulunan bireylerde menopozun daha zorlu bir sürece dönüşebileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, "Ürogenital Şikayetler" alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmaması ( $p>0,05$ ) (Tablo 9), bu tür semptomların kronik hastalık varlığından bağımsız olarak gelişebileceğini düşündürmektedir. Ürogenital belirtilerin östrojen eksikliği ile doğrudan ilişkili olması, bu semptomların sistemik hastalık etkisinden daha az etkilenebileceğini göstermektedir. Toplam semptom puanlarının kronik hastalığı bulunan kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunması ( $p=0,026$ ) (Tablo 9), menopoz sürecinde kronik hastalıkların hem fiziksel hem de zihinsel yükü artırdığını desteklemektedir. Bu durum, menopoz döneminde semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin artırılması için kadınların mevcut kronik hastalık öykülerinin mutlaka dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Benzer bulgular uluslararası literatürde de desteklenmektedir. Sharami ve arkadaşlarının (68) gerçekleştirdiği çalışmada, kronik hastalığı bulunan kadınların bulunmayanlara kıyasla menopoz semptomlarını yaklaşık %15 daha yoğun yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca, Dutta ve arkadaşlarının (69) postmenopozal dönemde yürüttükleri çalışmada, sistemik kronik hastalıkların vazomotor semptomlar üzerindeki etkisi daha ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, obez postmenopozal kadınların vazomotor semptom geliştirme riskinin obez olmayanlara göre 1,63 kat, hipertansiyon tanısı olan kadınlarda 1,64 kat ve diyabetli bireylerde 1,47 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu veriler, sistemik kronik hastalıkların, özellikle vazomotor semptomlar gibi fizyolojik belirtilerin görülme sıklığı ve şiddeti üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Sonuç olarak, menopoz dönemindeki kadınların hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan bütüncül biçimde değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Klinik yaklaşımın yalnızca mevcut menopoz semptomlarının hafifletilmesine değil, bu semptomların altında yatan sistemik sağlık sorunlarının yönetimine de odaklanması gereklidir.

Çalışmamızda, kronik hastalık sayısına göre menopoz semptomlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizlerde, "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutları açısından anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Bu bulgu, fiziksel ve psikolojik şikayetlerin yalnızca kronik hastalık

sayısına bağılı olarak ortaya çıkmadığını, diğer bireysel, çevresel veya psikososyal faktörlerin de bu semptomların gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık, "Ürogenital Şikayetler" alt boyutunda kronik hastalık sayısına göre anlamlı bir fark gözlenmiştir ( $p=0,001$ ) (Tablo 9). Özellikle yalnızca bir kronik hastalığa sahip bireylerin ürogenital semptom puanlarının, iki-üç ve dört-altı kronik hastalığı bulunan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p=0,042$ ;  $p=0,001$ ) (Tablo 9). Bu bulgu, artan kronik hastalık yükünün ürogenital yakınmaların şiddetiyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, menopoz semptomlarını değerlendiren ölçeğin toplam puanları incelendiğinde de kronik hastalık sayısına bağılı olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ). Özellikle dört ile altı arasında kronik hastalığı bulunan kadınların toplam semptom puanlarının, yalnızca bir hastalığı bulunanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 9). Bu sonuç, çoklu kronik hastalık varlığının menopoz semptomlarının genel yoğunluğunu artırabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, menopoz döneminde çoklu hastalığı bulunan kadınların daha yoğun desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda ayrıca, kadınların birlikte yaşadıkları kişiler ile menopoz semptomları arasındaki olası ilişki incelenmiştir. Katılımcıların "Kiminle yaşıyorsunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar doğrultusunda yapılan analizlerde, "Somatik Şikayetler" ve "Psikolojik Şikayetler" alt boyutları ile ölçekten alınan toplam puanlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Bu durum, yaşanan sosyal çevrenin ve hane içi yapının somatik ve psikolojik düzeydeki menopoz semptomları üzerinde belirgin bir etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Çelik ve Pasinlioğlu'nun (70) yürüttüğü çalışmada da aile yapısının menopoz semptomları üzerinde belirgin bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir. Öte yandan, "Ürogenital Şikayetler" alt boyutunda birlikte yaşanan kişilere göre anlamlı düzeyde farklılık gözlenmiştir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 9). Özellikle yalnızca çocuklarıyla birlikte yaşayan kadınların, eş ve çocuklarıyla ya da yalnızca eşiyile birlikte yaşayanlara kıyasla daha düşük ürogenital semptom puanlarına sahip olması dikkat çekicidir. Bu bulgu, yalnızca çocuklarıyla birlikte yaşamının, duygusal destek veya sosyal uyum mekanizmaları aracılığıyla ürogenital semptomları hafifletebilecek bir koruyucu etki oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların yalnızca çocuk sahibi olup olmama durumuna göre menopoz semptomları açısından anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. MSDÖ "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" alt boyutları ile ölçekten alınan toplam puanlar, çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Bununla birlikte, çocuk sayısının belirli semptom grupları üzerinde anlamlı etkiler oluşturabileceği gözlenmiştir. Özellikle "Ürogenital Şikayetler" alt boyutunda, bir çocuğu olan kadınların puanlarının, üç ve daha fazla çocuğu olan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ). Ayrıca toplam menopoz semptom puanlarında da benzer bir eğilim gözlenmiş ve çocuk sayısındaki artışın semptom şiddetinde belirgin bir artışla ilişkili olduğu bulunmuştur ( $p=0,006$ ) (Tablo 9). Bu bulgular, doğum sayısının menopoz dönemindeki semptom deneyimini etkileyebileceğini ve özellikle ürogenital semptomların şiddetini artırabileceğini düşündürmektedir. Artışın, hormonal değişimlerin yanı sıra tekrarlayan gebeliklerin pelvik taban bütünlüğü üzerindeki olumsuz etkileri ve doğuma bağlı fiziksel travmalarla ilişkili olabileceği öne sürülebilir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Bozkurt ve arkadaşlarının (71) çalışmasında, üçten fazla doğum yapmış kadınlarda stres tipi idrar kaçırma yakınmalarının anlamlı şekilde daha sık görüldüğü rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Çoban ve arkadaşlarının (72) yürüttüğü çalışmada da toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan kadınların menopozal semptomları daha yoğun yaşadıkları bildirilmiştir. Öte yandan, çalışmamızda çocuk sayısının psikolojik şikayetler üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması ( $p>0,05$ ) (Tablo 9), bu semptom boyutunun daha çok bireysel psikolojik yatkınlık, yaşam koşulları ve sosyal destek düzeyi gibi kişisel ve çevresel faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, Çelik ve Pasinlioğlu'nun (70) çalışmasında da yaşayan çocuk sayısının menopoz semptomları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir. Bu bulgular, çocuk sayısı ile menopoz semptomlarının şiddeti arasındaki ilişkinin, semptomun türüne göre değişkenlik gösterebileceğini ve özellikle ürogenital semptomların çocuk sayısından daha fazla etkilenebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların "Menopoza gireli kaç yıl oldu?" sorusuna verdikleri yanıtlara göre MSDÖ'nün "Somatik Şikayetler", "Psikolojik Şikayetler" ve "Ürogenital Şikayetler" alt boyutları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, menopoz süresinin semptom şiddeti üzerinde belirleyici bir etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Benzer sonuçlar Bhattarai ve arkadaşlarının (64) gerçekleştirdiği çalışmada da bildirilmiştir; vazomotor, fiziksel, psikososyal ve cinsel semptomlar ile menopoz süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu paralel bulgular, menopozun üzerinden geçen sürenin, semptom deneyimlerini doğrudan belirlemediğine işaret edebilir. Öte yandan, menopoz süresinin semptom şiddeti ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada, menopoza gireli 6 ila 10 yıl geçmiş kadınların orta ve şiddetli semptom bildirme oranlarının, menopoza gireli 10 yıldan uzun süre geçmiş kadınlara kıyasla yaklaşık 1,4 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (73). Bu bulgu, menopozun ilk yıllarında semptomların daha yoğun yaşandığını ve zamanla azaldığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, farklı bir çalışmada da menopoz süresi daha uzun olan kadınların semptomları daha hafif algıladıkları bildirilmiştir (74). Bu sonuçlar, zamanla gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal adaptasyon süreçlerinin semptomların algılanışı üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, menopoz sonrası geçen sürenin semptom şiddeti üzerindeki etkisinin bireyler arasında farklılık gösterebileceği ve bu farklılığın yalnızca zamana bağlı olmadığı; bireyin biyolojik yapısı, yaşam tarzı, genel sağlık durumu ve psikososyal destek düzeyi gibi çok boyutlu etkenlerle şekillenebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda, katılımcılara yöneltilen "Menopoza girme şekliniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlara göre hesaplanan MSDÖ alt boyut ve toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, menopoz semptomlarının yalnızca menopoza girme şekliyle açıklanamayacağını; yaş, hormonal durum, yaşam tarzı ve psikososyal faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir süreç olduğunu düşündürmektedir. Benzer sonuçlar literatürde de bildirilmektedir. Kavga ve arkadaşlarının (75) yürüttükleri çalışmada, doğal menopoz ve cerrahi menopoz geçiren kadınlar arasında genel menopoz semptomları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı, yalnızca kilo alımı

bakımından doğal menopoza geçiren kadınların daha fazla kilo aldığı belirlenmiştir. Bu bulgular, menopoza deneyiminin bireyden bireye farklılık gösterdiğini ve menopoza girme şeklinin semptom şiddetini açıklamada tek başına yeterli bir değişken olmadığını desteklemektedir. Bununla birlikte, literatürde cerrahi menopoza ani hormonal değişimlere yol açması nedeniyle daha yoğun semptomlarla ilişkili olabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Çelik ve Pasinlioğlu'nun (70) gerçekleştirdiği çalışmada, cerrahi menopoza geçiren kadınların MSDÖ alt boyut ve toplam puanlarının doğal menopoza grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir ( $p<0,05$ ;  $p<0,001$ ). Tüm bu bulgular, menopoza sürecinin tek tip bir deneyim olmadığını, aksine bireysel özellikler, biyolojik dinamikler ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, menopoza semptomlarının değerlendirilmesinde yalnızca menopoza girme şekli dikkate alınmamalı; yaş, genel sağlık durumu, hormonal düzeyler, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek gibi çok sayıda değişken bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda, katılımcılara yöneltilen "Menopoza ve/veya şikayetleri için doktora gittiniz mi?" sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda yapılan analizlerde, "evet" yanıtını veren katılımcıların MSDÖ toplam puanlarının ve özellikle "Somatik Şikayetler" ile "Psikolojik Şikayetler" alt boyut puanlarının, "hayır" yanıtı verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, menopoza semptomlarının şiddetinin artmasıyla kadınların sağlık hizmetlerine başvurma eğilimlerinin de arttığını göstermektedir. Özellikle somatik ( $p=0,002$ ) ve psikolojik ( $p=0,038$ ) semptom puanlarının daha yüksek olması, bu semptomların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek bireyleri tıbbi destek aramaya yönlendirdiğini düşündürmektedir (Tablo 10). Buna karşılık, ürogenital şikayetler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Bu durum, kadınların ürogenital semptomları daha az ifade etme eğiliminde olabileceklerini veya bu semptomları menopoza doğal bir parçası olarak değerlendirerek tıbbi başvuru gereği duymadıklarını düşündürmektedir. Literatürde de ürogenital yakınmaların sıklıkla ihmal edildiği ve bu semptomlara yönelik farkındalığın diğer menopozal semptomlara kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (76). Bu bulgular, menopoza döneminde kadınların semptom

deneyimlerinin sağlık hizmetlerine başvurma kararlarını etkilediğini ve özellikle somatik ile psikolojik Şikayetlerin yonetiminin kadınların yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynadığını gostermektedir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının menopoğ döneminde kadınlara yönelik bilgilendirme, semptom taraması ve danışmanlık hizmetlerini güçlendirmeleri bykneme taşımaktadır. Kadınların somatik, psikolojik ve rogenital Şikayetleri konusunda farkındalıklarının artırılması ve bu Őikayetlere yönelik uygun müdahalelerin sunulması, menopoğ sürecinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda, HRT kullanan kadınların MSDÖ "Somatik Şikayetler" alt boyut puanlarının, HRT kullanmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, HRT kullanımına rağmen bazı kadınlarda somatik semptomların belirgin Şekilde devam edebileceğini düşündürmektedir. HRT uygulamasının semptomların Şiddetli algılanmasına bir neden değil, aksine başlangıçta yaşanan daha yoğun semptomların bir sonucu olarak değerlendirilebileceğine sürülmektedir. Başka bir ifadeyle, HRT'ye başvurma kararının, menopoğal semptomların başlangıçta daha ağır yaşanmasından kaynaklanabileceğine düşünülmektedir. Psikolojik ve ürogenital semptomlar açısından ise HRT kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Bu durum, menopoğ semptomlarının yalnızca hormonal değerrişimlerle değil, bireysel, psikososyal ve çevresel faktörlerle de Őekillendiđini ve dolayısıyla HRT'nin her bireyde benzer etkiler oluşturmayabileceğini göstermektedir. Literatürde de HRT kullanımının semptomlar üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur.örneğin, oban ve arkadaşlarının (72) yürüttükleri çalışmada HRT kullanımı ile menopoğ semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer Şekilde, elik ve Pasinlioğlu'nun (70) alışmasında da, HRT kullanan kadınların Somatik, Psikolojik ve rogenital Şikayetler alt boyutlarındaki semptom düzeylerinin HRT kullanmayanlardan farklı olmadığı, ayrıca kullanım süresinin kısa olması ve HRT kullanan birey sayısının azlığının bu sonuçlara etki edebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bazı araştırmalar, menopoğ dönemindeki kadınların yalnızca yarısından daha azının medikal yardım aradığını bildirmekte olup (77), bu durum HRT hakkında bilgi eksikliği veya yanlış inanışların tedaviye erişimi sınırlayabileceğini

düşündürmektedir. Çalışmamızda ayrıca, HRT kullanan kadınların toplam semptom puanlarının da HRT kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, HRT kullanan bireylerde genel semptom yükünün daha fazla olabileceğini ve tedavi arayışlarının bu yük nedeniyle şekillenmiş olabileceğini desteklemektedir. Aynı zamanda, HRT'nin semptomları tamamen ortadan kaldırmadığını ve tedavi yanıtlarının bireysel farklılıklar gösterdiğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, HRT'nin etkinliği; bireysel özellikler, başlangıçtaki semptom şiddeti, tedavi süresi, beklentiler ve psikososyal faktörler gibi çok boyutlu unsurlardan etkilenmektedir. Bu nedenle, menopoz semptomlarının yönetiminde bireyselleştirilmiş yaklaşımların benimsenmesi ve HRT uygulamalarının kapsamlı bir değerlendirme süreci sonucunda planlanması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, kadınların menopoza ilişkin algılarının, deneyimledikleri semptomların şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Özellikle menopozu “doğal” ve “normal” bir biyolojik süreç olarak değerlendiren katılımcıların, MSDÖ'nün somatik, psikolojik ve ürogenital alt boyutlarında daha düşük semptom puanlarına sahip oldukları saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Tablo 10). Bu sonuç, bireyin fizyolojik değişimleri nasıl algıladığı ve anlamlandırıldığı ile bu değişimlere karşı geliştirdiği psikolojik tepkiler arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır. Olumlu menopoz algısının, sürece yönelik stres düzeyini azaltarak semptomların daha hafif algılanmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Memon ve arkadaşlarının (78) çalışması da, kadınların menopozu çoğunlukla yaşlanmanın doğal bir süreci olarak gördüklerini bildirmiştir. Buna karşın, menopozu “kadınlık özelliğinin kaybı” olarak nitelendiren katılımcıların tüm alt boyutlarda ve toplam semptom puanında anlamlı düzeyde daha yüksek skorlar bildirdikleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Bu olumsuz algının, kadın kimliği, beden imajı ve cinsellik gibi kavramlarla kurulan güçlü psikososyal bağlardan kaynaklandığı ve semptomların daha yoğun yaşanmasına neden olabileceği değerlendirilmektedir. Kadınların menopoz sürecine ilişkin inanç ve tutumlarının, fizyolojik deneyimlerin yorumlanmasında belirleyici olduğu sonucuna ulaşılabılır. Öte yandan, menopozla ilgili düşüncelerinde “cinselliğin azalması” temasını ön plana çıkaran katılımcıların psikolojik ve ürogenital alt boyutlarda anlamlı düzeyde daha yüksek semptom puanlarına sahip oldukları gözlemlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

Cinselliğe ilişkin bu olumsuz beklentilerin, cinsel işlev bozukluklarının daha fazla algılanmasına ve cinsel yaşamda tatminsizliğe yol açabileceği düşünülmektedir. Özellikle cinselliği yaşam doyumunu ile ilişkilendiren bireylerde, menopozla birlikte bu algının daha da belirginleşebileceği öngörülmektedir. Bununla birlikte, menopoza “yaşlandığını hissetme” ile ilişkilendiren kadınların somatik ve psikolojik semptom skorlarının da anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,01$ ) (Tablo 10). Yaşlanma algısının beden imajı ve sağlıkla ilgili endişeleri artırarak semptomlara karşı duyarlılığı yükseltebileceği anlaşılmaktadır. Bu grupta ürogenital semptomlar açısından anlamlı bir fark gözlenmemekle birlikte, genel semptom yükü açısından artış mevcuttur. Literatürdeki çalışmalar da benzer bulgulara işaret etmektedir. Çelik ve Pasinlioğlu'nun araştırmasında (70), menopoza “yaşlandığını hissetme” ya da “cinselliğin azalması/bitmesi” şeklinde tanımlayan kadınların MSDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç, olumsuz bilişsel çerçevelerin semptom algısını yoğunlaştırabileceğini desteklemektedir. Varma ve arkadaşlarının (79) çalışmasında da klimakterik dönemdeki kadınlar arasında cinsel isteksizliğin sık bildirilen bir yakınma olduğu belirtilmiştir. Öte yandan, Çoban ve arkadaşlarının çalışması, menopoza “iyi” ya da “kısmen iyi” olarak değerlendiren kadınların menopozal yakınmaları daha az bildirdiğini göstermiştir (72). Bu durum, olumlu tutum ve yaklaşımların semptom deneyiminde hafifletici bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, kadınların menopoz deneyimlerinin yalnızca biyolojik süreçlere değil, aynı zamanda süreci nasıl algıladıklarına ve ne tür anlamlar yüklediklerine de bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin kadınlara sunacakları danışmanlık hizmetlerinde bilişsel algı ve tutumları da göz önünde bulundurmaları, menopoz sürecinin daha olumlu bir deneyim haline gelmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda, kadınların menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları ile algıladıkları semptom şiddeti arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Katılımcılardan “menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “çevre” (örneğin arkadaş, aile, sosyal çevre) şeklinde yanıt verenlerde somatik ve ürogenital semptomlar ya da toplam semptom puanları bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak,

psikolojik semptomlar alt boyutunda anlamlı düzeyde daha düşük puanlar bildirilmiş olup, sosyal çevreden edinilen bilgilerin psikolojik şikâyetler üzerinde koruyucu bir etkisi olabileceği düşünülmektedir ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 10). Literatürdeki veriler de bu bulguyu desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, kadınların menopozla ilgili bilgiyi ağırlıklı olarak arkadaş ve akrabalarından (%44,5) edindiği, sağlık hizmetleri aracılığıyla bilgi alanların oranının ise %44,3 olduğu bildirilmiştir. Medya araçlarının (televizyon, dergi, internet gibi) bilgi kaynağı olarak daha düşük oranda tercih edildiği belirtilmiştir (80). Sosyal çevreden edinilen bilgilerin, duygusal destek sağlama ve deneyim paylaşımı yoluyla psikolojik uyum süreçlerini olumlu etkileyebileceği değerlendirilmektedir. Sosyal öğrenme yoluyla aktarılan bilgi ve deneyimler, bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak süreci daha olumlu algılamalarına katkıda bulunabilir. Öte yandan, somatik ve ürogenital semptomlar açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemesi, bu şikâyetlerin daha çok biyolojik ve hormonal değişimlerden kaynaklandığını ve sosyal çevreden edinilen bilginin bu tür semptomlar üzerinde sınırlı bir etki oluşturabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, bilgi kaynağının semptom türüne göre farklı etkilere sahip olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, “menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?” sorusuna “sağlık personeli” yanıtını veren kadınların MSDÖ’nün “Somatik Şikâyetler” alt boyutunda anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip oldukları bulunmuştur ( $p=0,028$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 10). Bu bulgu, daha yoğun fiziksel semptom yaşayan bireylerin sağlık profesyonellerine bilgi ve destek arayışıyla başvurduğunu düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık personelinden bilgi edinimi, artmış semptom yüküne bağlı olarak gelişen yardım arayışı davranışı ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde, Norveç'te yapılan bir çalışmada, kadınların yarısından fazlası menopoz hakkında daha fazla bilgi edinmek istediklerini ve bu bilgilendirmenin özellikle aile hekimleri aracılığıyla yapılmasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (81). Türkiye’de yürütülen bir çalışmada da, katılımcıların büyük çoğunluğunun menopoz hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu bilgilerin ağırlıklı olarak sağlık personelinden edinildiği belirlenmiştir (82).

Bununla birlikte çalışmamızda, televizyon ve sosyal medya gibi kitle iletişim araçları üzerinden menopoz bilgisi edinen kadınlarla semptom düzeyleri arasında

anlamli bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Bu sonuç, kitle iletişim araçlarının sunmuş olduğu bilginin genellikle genel, yüzeysel ve bireyselleştirilmemiş olması nedeniyle semptom algısı veya baş etme becerileri üzerinde sınırlı bir etki yarattığını düşündürmektedir. Bireysel ihtiyaçlara uyarlanamayan genel bilgiler, semptom yönetiminde etkili bir destek sağlamamaktadır.

Bu bulgular ışığında, bilgi kaynağının türü kadar, iletilen bilginin içeriği, doğruluğu ve bireysel ihtiyaçlara uygunluğu da önem arz etmektedir. Sağlık profesyonellerinden alınan bilgilerin bilimsel temele dayanması önemli olmakla birlikte, bilgi edinme motivasyonunun artmış semptom şiddetiyle ilişkili olması, bu bilginin doğrudan semptom şiddetini azaltmaktan ziyade, mevcut şikayetlerin yönetimine yönelik bir ihtiyaçtan doğduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, menopoz dönemindeki kadınlara yönelik bilgilendirme stratejileri yalnızca bilgi aktarımını değil, aynı zamanda semptomların önlenmesi ve yönetilmesine yönelik bütüncül yaklaşımları da içermelidir.

Çalışmamızda, katılımcıların kronolojik yaşı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamli bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = 0,212$ ;  $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 8). Bu bulgu, yaş ilerledikçe depresif semptomların artabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Yıldız ve arkadaşlarının (83) Türkiye'de gerçekleştirdiği çalışmada da depresyon prevalansının yaşla birlikte yükseldiği ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek oranlarda grldğu rapor edilmiştir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesindeki değişimler, sosyal destek ağlarının zayıflaması, yalnızlık, kronik hastalık yükündeki artış ve yaşam doyumunda azalma gibi faktörler, bireylerin psikolojik iyi oluşlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, yaşlanma sürecinde karşılaşılan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin depresyon riskini artırabileceğine işaret etmektedir. Bir başka çalışmada ise depresyon düzeylerinin 70 yaşına kadar nispeten sabit seyrettiği, ancak bu yaştan sonra belirgin bir artış gösterdiği bildirilmiştir (84). Bu bulgu, ileri yaş döneminde depresif belirtilerin daha sık görülebileceğini desteklemektedir.

Öte yandan, çalışmamızda menopoza girilen yaş ile depresyon düzeyleri arasında anlamli bir istatistiksel ilişki belirlenmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8). Bu sonuç, menopozun başlangıç yaşının depresyon gelişimi üzerinde tek başına belirleyici bir

etken olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, başka bir çalışmada ise 50 yaş üstü kadınlarda menopoz yaşı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (85). Bu bulgular, depresyonun yalnızca hormonal değişimlere veya menopoza girilen yaşa bağlı olarak gelişmediğini; bireysel yaşam deneyimleri, stresle baş etme becerileri, sosyal destek düzeyi ve genel sağlık durumu gibi çok boyutlu faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, Jung ve arkadaşlarının (86) çalışmasında erken menopozun depresyon riski ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu ve menopoz yaşının artmasıyla depresyon riskinin azaldığı belirtilmiştir. Bu durum, erken yaşta menopoza yaşayan kadınların hormonal değişim süreciyle baş etmede daha fazla zorluk yaşayabileceğini ve dolayısıyla psikolojik etkilenimin bu grupta daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, depresyonun ortaya çıkışında hem yaş faktörü hem de menopoz deneyimi önemli rol oynamakla birlikte, bu süreçlerin etkileri bireysel özellikler ve çevresel koşullar tarafından şekillenmektedir. Bu nedenle, depresyonun değerlendirilmesi ve yönetiminde yalnızca biyolojik belirteçler değil, aynı zamanda psikososyal bileşenler de dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların eğitim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. BDE toplam puanları incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük bireylerde depresif semptomların daha yoğun olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle okuryazar olmayan katılımcıların depresyon puanları, ilkökul, ortaokul, lise ve lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Ayrıca yalnızca ilkökul mezunu olan bireylerin de lise ve üniversite mezunlarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek depresyon puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 11) (Şekil16). Bu sonuçlar, eğitim düzeyi arttıkça depresif semptomların şiddetinde azalma eğilimi olduğunu göstermektedir. Literatürde, yüksek eğitim düzeyinin depresyon ve anksiyete belirtilerinin gelişimine karşı koruyucu bir etki sağladığına dair veriler bulunmaktadır (87). Türkiye'de yapılan araştırmalar da benzer sonuçlar vermektedir. Örneğin, Yıldız ve arkadaşlarının (83) yürüttüğü bir çalışmada, düşük eğitim düzeyinin depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgular, eğitim düzeyinin artırılmasının depresyonun önlenmesinde ve yönetiminde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Eğitim,

bireyin problem çözme becerilerini geliştirmesi, stresle baş etme stratejilerini çeşitlendirmesi ve sosyal destek kaynaklarına daha kolay erişim sağlaması gibi mekanizmalar yoluyla psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır. Bu doğrultuda, bireylerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesi, yalnızca sosyal ve ekonomik refahı artırmakla kalmayıp, aynı zamanda ruh sağlığı üzerinde de koruyucu bir etki oluşturabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların medeni durumlarına göre BDE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 11). Bu bulgu, bireylerin evli, bekar, dul ya da boşanmış olmalarının depresyon düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Medeni durumun ruh sağlığı üzerindeki etkisinin, sosyal destek düzeyi, yalnızlık algısı ve yaşam doyumu gibi çeşitli psikososyal faktörler aracılığıyla dolaylı olarak şekillenebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, elde edilen sonuçlar medeni durumun tek başına depresyon düzeylerini anlamlı biçimde etkilemediğine işaret etmektedir. Evliliğin bazı bireylerde duygusal destek ve psikolojik koruma sağlarken, bazı bireylerde ise evlilik içi çatışmalar ve stres kaynaklı psikolojik yük oluşturabileceği değerlendirilmektedir. Bu durum, evli olmanın her bireyde aynı koruyucu etkiyi göstermeyebileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, bekar ya da dul bireylerin de güçlü sosyal destek ağları aracılığıyla psikolojik dayanıklılıklarını koruyabildikleri söylenebilir. Literatürde medeni durum ile depresyon arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Örneğin, Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (88) çalışmasında medeni durum ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ve bu yönüyle çalışmamızın bulguları desteklenmiştir. Ancak Yıldız ve arkadaşlarının (83) yürüttüğü araştırmada, evli olmayan ve boşanmış bireylerin depresyon riskinin, evli bireylere kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, başka bir çalışmada da evli bireylerin; ayrılmış, boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş bireylere göre daha düşük depresyon riski taşıdığı belirtilmiştir (89). Bu farklı sonuçlar, medeni durumun depresyon üzerindeki etkisinin çok faktörlü olduğunu göstermektedir. Medeni durumun tek başına bir belirleyici olarak ele alınmasının yetersiz kalabileceği, bireyin yaşam koşulları, sahip olduğu sosyal destek sistemleri, ilişkilerin niteliği ve kişisel başa çıkma mekanizmalarının birlikte değerlendirilmesinin daha doğru bir yaklaşım olacağı söylenebilir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların mesleklerine göre BDE toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermektedir ( $p = 0,011$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 11). Bu durum, bireyin mesleki konumunun psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olabilecek önemli bir değişken olduğunu düşündürmektedir. Özellikle ev hanımı olan katılımcıların depresyon puanlarının emekli bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 11). Bu bulgu, ev hanımlarının sosyal izolasyon, ekonomik bağımlılık ve sürekli bakım verme sorumluluğu gibi stresörlere daha fazla maruz kalabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı araştırmalarda, çalışan kadınların depresyon düzeylerinin çalışmayan kadınlara göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (90). Bu durum, iş yaşamının bireylere sağladığı sosyal etkileşim, ekonomik bağımsızlık ve öz yeterlik gibi faktörlerin ruh sağlığı üzerinde koruyucu etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, meslek ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı araştırmalar, mesleki durumun bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını rapor etmiştir (85, 88). Bu farklılıklar, meslek ve depresyon arasındaki ilişkinin bireysel farklılıklar, sosyoekonomik koşullar ve kültürel faktörler çerçevesinde çok boyutlu bir şekilde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, meslek seçiminin veya mesleki durumun depresyon düzeyleri üzerinde etkili olabileceği, ancak bu etkinin bireyin yaşam koşulları, sosyal destek kaynakları ve kişisel başa çıkma mekanizmaları gibi çeşitli etkenlerle şekillendiği söylenebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların gelir düzeylerine göre BDE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p = 0,012$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 11). Bu bulgu, ekonomik koşulların bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli bir belirleyici olabileceğini göstermektedir. Özellikle asgari ücretin altında gelire sahip olan katılımcıların, daha yüksek gelir grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha yüksek depresyon puanlarına sahip olması ( $p = 0,019$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 11), maddi yetersizlik, geleceğe ilişkin belirsizlikler ve toplumsal dışlanma gibi faktörlerin psikolojik sıkıntıları artırabileceğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar, düşük gelir düzeyinin yalnızca ekonomik güçlüklerle değil, aynı zamanda artan psikolojik kırılganlıkla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer

bulgulara ulaşılmıştır. Sosyoekonomik statüdeki azalma ile depresyon prevalansı arasında anlamlı bir ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (91). Başka bir araştırmada ise depresif belirtilerin, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler arasında daha yaygın olduğu vurgulanmıştır (92). Elde edilen veriler, ekonomik dezavantajların bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini desteklemektedir. Bu bağlamda, ruh sağlığı hizmetlerinin gelir düzeyi düşük bireyler için daha erişilebilir kılınması ve müdahale programlarının sosyoekonomik risk faktörlerini dikkate alacak şekilde yapılandırılması gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Elde edilen bulgular, kronik hastalık varlığı ve hastalık sayısının depresyon düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bilinen en az bir kronik hastalığı bulunan katılımcıların BDE toplam puanlarının, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 11). Bu sonuç, fiziksel sağlıktaki bozulmaların bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, kronik hastalık sayısındaki artışın da depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 11). Özellikle dört ila altı arasında kronik hastalığı bulunan bireylerin, yalnızca bir kronik hastalığı olan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek depresyon puanlarına sahip olmaları ( $p = 0,003$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 11), çoklu morbiditenin bireylerin ruh sağlığı üzerinde kümülatif bir yük oluşturabileceğini göstermektedir. Literatürde de bu yönde bulgular desteklenmektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik hastalık öyküsü bulunan bireylerde depresyon prevalansının, hastalık öyküsü bulunmayanlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (92). Benzer şekilde, bir başka araştırmada birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerde depresyon gelişme riskinin anlamlı biçimde arttığı gösterilmiştir (93). Bu veriler doğrultusunda, kronik hastalıklarla yaşayan bireylerin değerlendirilmesinde yalnızca fiziksel sağlık durumlarının değil, ruhsal durumlarının da dikkate alınmasının önemli olduğu söylenebilir. Bütüncül bir sağlık yaklaşımının benimsenmesi, kronik hastalığa sahip bireylerde psikolojik iyilik halinin korunmasına katkı sağlayabilir.

Çalışma kapsamında elde edilen bulgular, bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler ile çocuk sahibi olma durumlarının depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 11). Bu sonuç, aile yapısına ilişkin bu iki değişkenin, bireyin psikolojik iyi oluş düzeyini tek başına belirlemede yeterli olmayabileceğine işaret etmektedir.

Bununla birlikte, çocuk sayısının depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunduğu belirlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 11). Üç veya daha fazla çocuğa sahip bireylerin depresyon puanlarının, bir veya iki çocuğu olan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,034$ ;  $p = 0,001$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 11). Bu bulgu, çocuk sayısındaki artışın bireyin psikososyal yükünü artırabileceğini ve bu durumun depresif belirtilerin şiddetlenmesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Çok sayıda çocuğa sahip olmanın ekonomik zorluklar, zaman yönetimi güçlükleri, bireysel alana duyulan ihtiyaç ve sosyal destek yetersizlikleri gibi çeşitli stres faktörlerini beraberinde getirebileceği düşünülmektedir. Nitekim literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, üç veya daha fazla çocuğa sahip bireylerde yaşam boyu depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (94). Bazı araştırmalarda ise aile yapısının niteliği ve bireyin bu yapıyla kurduğu ilişki biçiminin depresyon riskinde belirleyici rol oynadığı gösterilmiştir. Örneğin, eş ve çocukla birlikte yaşayan ya da hem eşi hem çocuğu olmayan bireylerin, yalnızca eşiyle yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde depresif belirtiler bildirdiği belirtilmiştir (95). Ülkemizde Yigen ve arkadaşlarının (96) yaptığı çalışmada da, eşi olmadan diğer aile bireyleriyle yaşayan yaşlı bireylerde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yalnız yaşayan bireylerin, başkalarıyla birlikte yaşayanlara oranla daha yüksek depresyon riski taşıdığı da başka bir çalışmada gösterilmiştir (97). Bu bulgular, aile yapısının bireyin ruh sağlığı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde yalnızca ailenin varlığının değil, aynı zamanda yapısal özelliklerin ve bireye yüklenen sorumlulukların da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bu doğrultuda, depresyonun ortaya çıkışında yalnızlık, ebeveynlik yükü, sosyal destek ağlarının varlığı ve ekonomik kaynakların rolünü göz önünde bulunduran çok boyutlu yaklaşımların benimsenmesi önem arz etmektedir.

Çalışma bulguları, kilo verme amacıyla yeme davranışlarını kısıtlayan bireylerde depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 11). Bu sonuç, gıda alımını azaltmaya yönelik girişimlerin bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Yeme davranışlarını kısıtlamanın; beden algısında bozulmalar, öz-yeterlilik duygusunda zayıflama, sosyal baskılar ve düşük benlik saygısı gibi psikososyal faktörlerle ilişkilendirilebileceği ve bu durumun depresif semptomların görülme olasılığını artırabileceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, yeme davranışı ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin yalnızca biyolojik mekanizmalarla değil, aynı zamanda psikososyal süreçlerle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Literatürde konuya ilişkin farklı bulgular dikkati çekmektedir. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yürütülen bir çalışmada, diyet uygulayan katılımcıların depresyon puanlarının, diyet uygulamayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (98). Öte yandan, başka bir çalışmada ise kalori kısıtlamasının özellikle kadınlar ve düşük yağlı diyet uygulayan bireyler arasında depresif belirtiler üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği bildirilmiştir (99). Bu veriler, diyet uygulamalarının depresyon üzerindeki etkisinin yaş, cinsiyet ve uygulanan diyet türü gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebileceğini ve bu ilişkinin değerlendirilmesinde çok boyutlu bir yaklaşımın gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, menopoz başlangıcından itibaren geçen sürenin depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiş ve menopoz süresi uzadıkça depresif semptomlarda anlamlı bir artış gözlemlenmiştir ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 12). Özellikle menopoz sonrası süresi 10 yılı aşan kadınların BDE toplam puanlarının, menopoz sonrası 1–5 yıl ve 6–10 yıl arasında olan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,002$ ;  $p = 0,006$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 12). Bu bulgu, menopoz sonrası dönemde hormonal dengesizliklerin birikmesi, biyolojik yaşlanmanın getirdiği fizyolojik kırılmalıkların artması ve sosyal çevredeki değişimlerin, zaman içinde depresyon riskini artırabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, literatürde menopoz sonrası sürecin ilerlemesiyle depresyon riskinin azalabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, bir araştırmada, son adet tarihinden sekiz yıl sonra depresif belirtiler gösterme riskinin azaldığı bildirilmiştir (100). Bu durum, östrojen düzeylerindeki ani düşüşlerin ve nörotransmitter sistemler

üzerindeki etkilerin, özellikle erken postmenopozal dönemde daha belirgin psikolojik sonuçlar doğurduğunu düşündürmektedir. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, menopoz sonrası dönemde depresyon riskinin doğrusal bir seyir izlemediği anlaşılmaktadır. Başlangıçta artış gösteren depresyon riski zamanla azalabilmekte; ancak uzun yıllara yayılan biyopsikososyal stresörlerin birikimi, bazı kadınlarda ileri dönemlerde de depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, menopozun yalnızca başlangıç döneminde değil, tüm süreci boyunca bireylere yönelik psikolojik ve sosyal destek stratejilerinin sürdürülmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda, menopozla ilişkili şikâyetler nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuru durumu ve hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımı gibi değişkenlerin bireylerin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12). Benzer şekilde, cerrahi menopoz geçiren kadınların BDE puan ortalamalarının ( $20,02 \pm 10,76$ ), doğal menopoz yaşayan kadınların puan ortalamalarından ( $17,48 \pm 9,14$ ) daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12). Bu bulgular, menopozun fizyolojik sürecinden çok, bireyin psikososyal bağlamının ve baş etme mekanizmalarının depresyon riskinde daha belirleyici bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Varma ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş; doğal ve cerrahi menopoz grupları arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamış, her iki grupta da hafif şiddette psikiyatrik semptomlar gözlemlenmiştir (101). Aynı çalışmada, HRT kullananlar ile kullanmayanlar arasında da depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir, bu yönüyle çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir. Başka bir çalışmada ise, hem doğal hem de cerrahi menopoz yaşayan kadınların depresyon düzeylerinin genel olarak hafif şiddette olduğu; ancak cerrahi menopoz geçiren bireylerin depresyon puanlarının doğal menopoz yaşayanlara kıyasla bir miktar daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (102). HRT kullanımının psikolojik etkilerine ilişkin literatürde farklı bulgular bulunmaktadır (101, 103). Bazı çalışmalarda, HRT kullanan kadınlarda depresyon ve uyku bozuklukları riskinin arttığı belirtilmiştir (103). Elde edilen bu veriler, HRT'nin psikolojik etkilerinin bireyden

bireye değişebileceğini ve bu değişimin kullanım süresi, dozaj, bireysel biyolojik yanıtlar gibi faktörlere bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, menopoza ilişkin bilişsel değerlendirmelerin kadınların ruh sağlığı üzerinde önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymuştur. Katılımcıların menopoza yönelik algıları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, menopozu “doğal ve normal bir süreç” olarak tanımlayan bireylerin BDE toplam puanlarının, bu süreci farklı algılayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 12). Bu sonuç, olumlu menopoz algısının psikolojik iyi oluş üzerinde koruyucu bir etki sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Buna karşılık, menopozu “kadınlık özelliğinin yok olması”, “yaşlandığını hissetme” ya da “cinselliğin azalması” gibi olumsuz temalarla ilişkilendiren katılımcıların depresyon düzeylerinin, bu tür algılara sahip olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$  ve  $p = 0,040$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 12). Bu bulgular, menopoz deneyiminin bireysel algı ve anlamlandırmalarla şekillendiğini ve bu algıların psikolojik uyum süreci üzerinde belirleyici bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Literatür de bu yönde bulgular sunmaktadır. Erbil’in yürüttüğü çalışmada, menopozu olumlu değerlendiren kadınların yalnızca depresyon skorlarının daha düşük değil, aynı zamanda beden imajlarının da daha olumlu olduğu bildirilmiştir (104). Öte yandan, menopozu “kadınlık kaybı” veya “yaşlanma” ile özdeşleştiren algıların, depresif belirtilerin gelişiminde etkili olabilecek önemli psikososyal stresörler olduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (105).

Tüm bu veriler ışığında, kadınların menopoza ilişkin algılarını etkileyen toplumsal, kültürel ve bireysel faktörlerin, menopoz sürecinin ruhsal yansımaları açısından dikkatle ele alınması gerektiği söylenebilir. Menopozu bir son değil, doğal bir geçiş süreci olarak benimseyen yaklaşımların, kadınların bu dönemi daha sağlıklı, dengeli ve psikolojik açıdan desteklenmiş şekilde geçirmelerine katkı sağlayabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların menopoza ilişkin bilgi kaynaklarına göre depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Katılımcıların "Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?" sorusuna verdikleri "çevre", "sağlık personeli", "TV" ve "sosyal medya" gibi farklı yanıtlar dikkate alındığında, BDE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12). Bu bulgu, bilgi edinilen kaynağın tek başına kadınların menopoz sürecine ilişkin ruhsal durumları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle, bilgilerin hangi kanaldan edinildiğinden ziyade, bilginin niteliği, anlaşılabilirliği ve bireysel anlamlandırılması psikolojik iyi oluş üzerinde daha belirleyici olabilir. Bu durum, bilgi aktarımında niceliğin değil, niteliğin esas alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmamız, menopoz semptomlarının şiddeti ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu göstermektedir. BDE toplam puanı ile MSDÖ alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizlerinde; somatik ( $r = 0,433$ ;  $p < 0,01$ ), psikolojik ( $r = 0,479$ ;  $p < 0,01$ ) ve ürogenital şikayetler ( $r = 0,491$ ;  $p < 0,01$ ) ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir (Tablo 7). Menopoz semptomlarının genel şiddetini yansıtan toplam puan ile depresyon düzeyi arasındaki güçlü pozitif ilişki ( $r = 0,525$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 7) ise, bu semptomların psikolojik iyi oluş üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de bu yönde birçok bulguya rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, menopoz semptomları yaşayan kadınların oranı ile şiddetli vazomotor belirtiler gösteren bireylerin depresif semptom düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (106). Bir başka çalışmada ise ürogenital semptomların depresyonla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve hem somato-vegetatif belirtiler hem de ürogenital şikayetlerin depresif belirtilerle bağlantılı olduğu bildirilmiştir (107). Benzer şekilde, farklı bir araştırmada ürogenital yakınmaları olan menopozlu kadınların depresif belirtiler geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (108). Epidemiyolojik veriler de menopoz döneminde, depresif belirtilerin prevalansında artış olduğunu göstermektedir (10). Başka bir çalışmada da menopoz semptomlarının şiddeti ile depresyon düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (109). Bununla birlikte, menopoz semptomları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (85).

Bu farklı sonuçlar, depresyon gelişiminde sadece biyolojik mekanizmaların değil, aynı zamanda bireysel, psikososyal ve çevresel faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları menopoz semptomlarının depresif belirtilerle ilişkili olduğunu desteklemekte; bu dönemde kadınlara yönelik bütüncül değerlendirme ve müdahale yaklaşımlarının önemini vurgulamaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınların yaşadığı semptom düzeyleri ile depresyona eğilim arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular, menopozal semptomların artış göstermesiyle birlikte depresyona eğilim düzeyinin anlamlı şekilde yükseldiğini ortaya koymuştur. Somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetlerin şiddetindeki artış, depresyon belirtilerinin de belirgin biçimde artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Menopozal semptomlar ile depresyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özellikle toplam semptom yükü arttıkça, bireylerin depresif duygu durumlarının daha yoğun hale geldiği gözlenmiştir. Bununla birlikte, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, kronik hastalık varlığı, çocuk sahibi olma durumu, hormon replasman tedavisi kullanımı ve menopoz algısının hem semptom şiddeti hem de depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yaşın ilerlemesi, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı ve menopoz süresinin uzaması depresyon düzeyini artıran faktörler arasında yer almıştır.

Menopoz döneminde kadınların hem fiziksel hem de psikolojik sağlık durumlarının düzenli aralıklarla izlenmesi, bu süreçte yaşanabilecek olumsuzlukların erken tespiti açısından büyük önem taşımaktadır. Fizyolojik değişimlerin ruhsal durumu da etkileyebileceği gerçeği göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Özellikle menopozal semptomlar ile depresyon düzeyi arasındaki anlamlı ilişki dikkate alındığında, sağlık taramalarının yalnızca fiziksel belirtileri değil, aynı zamanda ruh sağlığını da kapsayacak şekilde yapılandırılması önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopoz dönemine özgü ruh sağlığı taramalarını içeren standart uygulamaların geliştirilmesi önerilmektedir. Söz konusu uygulamalar sayesinde, risk grubunda yer alan kadınların erken dönemde belirlenmesi ve gerekli müdahale süreçlerinin zamanında başlatılması mümkün olabilecektir.

Kadın sağlığı hizmetlerinde menopoz yönetimi programlarına psikososyal destek uygulamalarının entegre edilmesi büyük önem taşımaktadır. Menopoz döneminde depresyon riski artan düşük eğitime sahip bireyler için özel eğitim

programları ve bilgilendirme kampanyalarının düzenlenmesi, farkındalık düzeyinin artırılması açısından yararlı olacaktır. Benzer şekilde, kronik hastalık öyküsü bulunan ve uzun süredir postmenopozal dönemde olan kadınların düzenli izlenmesi ve psikososyal destek hizmetleri ile güçlendirilmesi gerekmektedir.

Hormonal değişimlerin ruhsal sağlık üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak, menopoz sürecindeki kadınlara bireyselleştirilmiş psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Hormon replasman tedavisi alan bireylerin depresyon açısından yakın takibi sağlanmalı ve gerekli durumlarda ruh sağlığı hizmetleriyle desteklenmelidir.

Kadınların menopoz sürecine ilişkin algılarının, ruh sağlığı üzerinde belirgin etkileri olduğu göz önünde bulundurularak, menopozun doğal bir biyolojik süreç olduğu konusunda doğru ve pozitif bilgilendirme yapılmalıdır. Bu amaçla, bilgilendirici eğitim programları ve psikoeğitim seminerleri düzenlenerek, kadınların menopoz dönemine daha sağlıklı bir bakış açısıyla yaklaşmaları teşvik edilmelidir.

Semptom şiddeti yüksek olan kadınlar için grup terapileri, stres yönetimi eğitimleri ve başa çıkma becerilerini güçlendiren psikoeğitim programları gibi özel destek mekanizmalarının oluşturulması önerilmektedir.

Sağlık çalışanlarının menopozal semptomlar ve depresyon arasındaki ilişki konusunda bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla sürekli eğitim programları düzenlenmelidir.

Menopoz sürecinin uzun dönemli ruh sağlığı üzerindeki etkilerini daha kapsamlı biçimde değerlendirebilmek için, gelecekte yürütülecek araştırmalarda çok merkezli ve prospektif yaklaşım benimsenmesi önerilmektedir. Farklı sosyodemografik özelliklere sahip geniş katılımcı gruplarını içeren bu tür çalışmalar, menopoz döneminde kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelik daha bütüncül ve hedef odaklı müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Kilci Ş, Ertem G. Menopozda semptom yönetiminde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2019; 2(3): 36-54.
2. Bekmezci E, Altuntuğ K. Menopoz ile ilişkili semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 2(3): 167-174.
3. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal symptoms and their management. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015; 44(3): 497-515.
4. Ward K, Deneris A. An update on menopause management. J Midwifery Womens Health. 2018; 63(2): 168-177.
5. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8).
6. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996; 866: 1-107.
7. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi. 2013; 28(4): 157-163.
8. Gönenç İ, Koç G. Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(1): 29-33.
9. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective. 2021; 3(1): 186-194.
10. Menopozun psikiyatrik yönleri. Anadolu Psikiyatri Derg. 2004; 5: 114-119.
11. Sliwinski JR, Johnson AK, Elkins GR. Memory decline in peri- and postmenopausal women: the potential of mind-body medicine to improve cognitive performance. Integr Med Insights. 2014; 9: IMI-S15682.
12. Çıtak G, Bekar M. Menopozal dönemde kadının cinsel yaşamını etkileyen faktörler: güncel durum. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 55-60.
13. World Health Organization (WHO). Menopause [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
14. Mishra GD, Davies MC, Hillman S, Chung HF, Roy S, Maclaran K, Hickey M. Optimising health after early menopause. Lancet. 2024; 403(10430): 958-968.
15. Akdağ S, Kaner G, Ayer Ç. Menopoz döneminde beslenmenin yönetimi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022; 7(1): 191-197.

16. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 50-56.
17. Tokgöz VY, Öge T. Postmenopozal kadınlarda vücut kitle indeksi ile trombosit, lökosit ve C-reaktif protein seviyesinin ilişkisi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2020; 42(3): 311-317.
18. Akdöner A, Öztürk D, Celiloğlu M, Çağlıyan E, Sarıtaş SD, Yavuz O. Prematür ovaryen yetmezlik tanımı, etiolojisi ve hastaya yaklaşım. Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi (Online). 2021; 5(1): 23-31.
19. Yavan T, Köprülü Ç. Menopoz. In: Yavan T, Uğurlu M, editors. Menopoz ve Kadın Sağlığı. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p. 1-14.
20. Santoro N. Perimenopause: from research to practice. J Womens Health. 2016; 25(4): 332-339.
21. Dökmen ZY. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. Türk Psikoloji Yazıları. 2009; 12(24): 41-55.
22. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Climacteric. 2001; 4(4): 267-272.
23. McKinlay SM. The normal menopause transition: an overview. Maturitas. 1996; 23(2): 137-145.
24. Çakır Ö, Balkaya NA, Dönmez S. Menopoz döneminde vazomotor semptomlarda fitoöstrojen kullanımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2022; 5(3): 476-484.
25. Lee J, Han Y, Cho HH, Kim MR. Sleep disorders and menopause. J Menopausal Med. 2019; 25(2): 83-87.
26. Şahan Ö, Oskay Ü. Postmenopozal dönemde uyku değişiklikleri ve yönetimi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2021; 8(4): 350-359.
27. Pelit Aksu Sİ, Şentürk Erenel A. Menopozal dönem semptomları ve hemşirelik bakımı. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 8(1): 1-10.
28. Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Brunner EJ, Kuh D, et al. Type of menopause, age of menopause and variations in the risk of incident cardiovascular disease: pooled analysis of individual data from 10 international studies. Hum Reprod. 2020; 35(8): 1933-1943.
29. Ketten Edis E, Bal S. Menopozdaki kadınların kardiyovasküler hastalık riskine yönelik farkındalık düzeyleri. Turk J Cardiovasc Nurs. 2023; 14(35): 109-116.
30. Fatima Y, Sreekantha R. A comparative study of serum estrogen and lipid profile in premenopausal and postmenopausal women as atherosclerotic risk factors. Int J Clin Biochem Res. 2017; 4: 237-241.
31. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc. 2010; 85(1): 87-94.

32. Fırat BÖ, Aslan E. Menopoz semptomlarına özgü güncel kanıt temelli uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 11(4): 1609-1618.
33. Şen AGE, Saruhan YDDA. Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2010; 20(20): 45-52.
34. Göde F, Doğan E, Saatlı B, Posacı C. Postmenopozal hastalarda hormon tedavisi ve diğer antirezorbatif ajanların kullanım yaygınlığı ve etkilerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 22(2): 69-77.
35. Arar MA, Erbil N. Türkiye’de menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar: bir sistematik derleme. Androloji Bülteni. 2022; 24(1).
36. Kaba F, Demirel Bozkurt Ö. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Journal of Midwifery and Health Sciences. 2020; 3(2): 134-142.
37. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.temd.org.tr>
38. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. “Major Depresif Bozukluk” tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016; 6(1): 51-66.
39. Dikici DS, Aşçıbası K, Aydemir O. DSM-5 depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017; 18(2): 51-56.
40. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 criteria and depression severity: implications for clinical practice. Front Psychiatry. 2018; 9: 450.
41. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. Am J Psychiatry. 2006; 163(1): 109-114.
42. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. Neuron. 2002; 34(1): 13-25.
43. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 2009; 5: 363-389.
44. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. Soc Sci Med. 2010; 71(3): 517-528.
45. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. Br J Psychiatry. 2000; 177(6): 486-492.
46. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2008; 11: 159-166.

47. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 4(1): 1-24.
48. Özdemir ÖÇ, Uysal MF. Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg. 2018; 9(1): 25-32.
49. Özdemir A, Kavak F. Menopoz dönemindeki kadınların psikolojik iyi oluşları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2021; 18(2): 787-791.
50. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. J Womens Health. 2019; 28(2): 117-134.
51. Hunter MS. Depression and menopause. BMJ. 1996; 313: 1217-1218.
52. Bromberger JT, Epperson CN. Depression during and after the perimenopause: impact of hormones, genetics, and environmental determinants of disease. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018; 45(4): 663-678.
53. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000; 3(1): 59-64.
54. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 1-4.
55. Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2005; 3(1): 30-35.
56. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961; 4(6): 561-571.
57. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 1989; 7(23): 3-13.
58. Durairaj A, Venkateshvaran S. Determinants of menopausal symptoms and attitude towards menopause among midlife women: a cross-sectional study in South India. Cureus. 2022; 14(9): e28718.
59. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2017; 17(1): 128.
60. Sharma K, Bansal M. Association of age at menopause with postmenopausal symptoms, menarche age and other reproductive factors among rural females in Shimla, Himachal Pradesh. J Biosoc Sci. 2018; 50(1): 19-25.

61. Ahmed K, Jahan P, Nadia I, Ahmed F, Abdullah-Al-Emran. Assessment of menopausal symptoms among early and late menopausal midlife Bangladeshi women and their impact on the quality of life. *J Menopausal Med.* 2016; 22(1): 39-46.
62. Mohamadzade N, Sadatmahalleh S, Ziaei S, Zaeemzadeh N, Kazemnejad A. Predictors of menopausal symptoms in postmenopausal women. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2019; 29: 99-105.
63. Yoo M. Women religious and married women's attitudes toward menopause and menopausal symptoms. *Korean J Women Health Nurs.* 2010; 16(2): 186-193.
64. Bhattarai K, Dahal S, Mamta, Subedi M. Quality of life among post-menopausal women residing in selected ward of Itahari Sub-Metropolitan City, Nepal. *European Journal of Theoretical and Applied Sciences.* 2023.
65. Oğurlu N, Küçük M, Aksu H. Influence of employment status on menopausal symptoms. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112(3): 204-207.
66. Martelli M, Zingaretti L, Salvio G, Bracci M, Santarelli L. Influence of Work on Andropause and Menopause: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(19): 10074.
67. Bouzari Z, Kotenaie MJ, Darzi AA, Hajian K. Menopausal symptoms can be influenced by various sociodemographic factors and quality of life (QoL) decreases after the menopause. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014; 41(2): 163-168.
68. Sharami SH, Rafiei Sorouri Z, Farzadi S, Hosseinzadeh F, Etezadi A, Bab Eghbal S, et al. The association of sociodemographic factors and history of chronic diseases on menopausal symptoms: a cross-sectional study. *Health Sci Rep.* 2024; 7(5): e2103.
69. Dutta R, D'Cruze L, Medica S, Anuradha R, Raja JD. Study on influence of chronic health problems on menopausal symptoms. 2014.
70. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014; 1(1): 16-29.
71. Bozkurt N, Özkan S, Korucuoğlu U, Onan A, Aksakal N, İlhan M, et al. Urogenital symptoms of postmenopausal women in Turkey. *Menopause.* 2007; 14(1): 150-156.
72. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2008; 22(6): 343-349.
73. Capistrano E, Dombek K, Costa A, Marinheiro L. Factors associated with the severity of menopausal symptoms in postmenopausal Brazilian women. *Reprodução & Climatério.* 2015; 30: 70-76.

74. Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud.* 2012; 1(2): 88-93.
75. Kavga F, Bothou A, Nanou C, Kyrkou G, Vivilaki V, Deltsidou A. Quality of life among natural menopausal women and early surgical menopausal women: a study from Greece. *Nurs Rep.* 2024; 14(4): 3445-3453.
76. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas.* 2010; 67(3): 233-238.
77. Albeitawi S, Bereshy RA, Zyout RA, Wasfi G. Menopause and HRT (use and concerns) among Jordanian women: a cross-sectional study. *Ital J Gynaecol Obstet.* 2024; 36:
78. Memon FR, Jonker L, Qazi RA. Knowledge, attitudes and perceptions towards menopause among highly educated Asian women in their midlife. *Post Reprod Health.* 2014; 20(4): 138-142.
79. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium.* 2006; 44(4): 182-188.
80. de Arruda Amaral ICG, Baccaro LF, Lui-Filho JF, Osis MJD, Pedro AO, Costa-Paiva L. Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women. *Menopause.* 2019; 26(10): 1154-1159.
81. Natvik M, Gjelsvik B, Vangen S, Skjeie H, Brekke M. Women's information needs about menopause: a cross-sectional survey in Norwegian general practice. *BJGP Open.* 2024; 8(1): BJGPO.2023.0127.
82. Dündar T, Aksu H. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Semptom ve Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2021; 14(2): 134-140.
83. Yıldız NG, Aydın K, Aydın HZ, Phiri YV, Yıldız H. Türkiye'de Depresyonun Yaygınlığı ile İlişkili Faktörler: Nüfusa Dayalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Derg.* 2024; 35(3): 167-177.
84. Rothermund K, Brandtstädter J. Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychol Aging.* 2003; 18(1): 80-90.
85. Octavani C, Meiyanti M. The relationship of menopause with depression among women over 50 years old. *J Kedokteran dan Kesehatan Indones.* 2019; 10: 50-56.
86. Jung S, Shin A, Kang D. Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: results from Health Examinees Study (HEXA). *J Affect Disord.* 2015;187:127-135.

87. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1334-1345.
88. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*. 2010;9(3):209-216.
89. Zhao L, Zhang K, Gao Y, Jia Z, Han S. The relationship between gender, marital status and depression among Chinese middle-aged and older people: mediation by subjective well-being and moderation by degree of digitization. *Front Psychol*. 2022;13.
90. Zeab F, Ali U. Depression in working and non-working women in Pakistan: a comparative study. *J Soc Sci Humanit*. 2018; 57(1): 113-126.
91. Girdhar S, Chaudhary A, Gupta S, Monga S. Socio-demographic co-relates of depression among housewives in rural area of district Ludhiana. *Int J Community Med Public Health*. 2019; 6(5): 2147-2151.
92. Vikramaditya B, Jha A, Kumar S, M, Joshi H. Prevalence and associated risk factors of depression among housewives in rural Saharanpur, Uttar Pradesh, India. *Public Health Rev Int J Public Health Res*. 2020; 7(1):
93. Liu H, Zhou Z, Fan X, Shen C, Sun H, Xu Z. Association between multiple chronic conditions and depressive symptoms among older adults in China: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Int J Public Health*. 2023;68.
94. Giannelis A, Palmos A, Hageaars S, Breen G, Lewis C, Mutz J. Examining the association between family status and depression in the UK Biobank. *J Affect Disord*. 2020.
95. Zhang Y, Liu Z, Zhang L, Zhu P, Wang X, Huang Y. Association of living arrangements with depressive symptoms among older adults in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19.
96. Yigen H, Gunay O, Borlu A. Relationship between living arrangements, quality of life and depressive symptoms of older adults. *Med Sci Int Med J*. 2018;7(1):132-138.
97. Mykyta L. Living alone and feelings of depression among adults age 18 and older. *Natl Health Stat Report*. 2024;199:1-11.
98. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. *Turk J Public Health*. 2012;10(1):37-43.
99. Rodriguez-Lozada C, Cuervo M, Cuevas-Sierra A, Goni L, Riezu-Boj J, Navas-Carretero S, Milagro F, Martínez J. Changes in anxiety and depression traits induced by energy restriction: predictive value of the baseline status. *Nutrients*. 2019;11.

100. Freeman EW, Sammel MD, Boorman DW, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(1):36-43.
101. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ RF, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2005.
102. Durukan Duran A, Sinan Ö. Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumlarının belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;6(2):150-156.
103. Lee D, Andreescu C, Aizenstein H, et al. Impact of symptomatic menopausal transition on the occurrence of depression, anxiety, and sleep disorders: a real-world multi-site study. *Eur Psychiatry*. 2023;66.
104. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria J Med*. 2018;54(3):241-246.
105. Azizi M, Fooladi E, Abdollahi F, Elyasi F. Biopsychosocial risk factors of depression in the menopausal transition: a narrative review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2018;12(4):e12928.
106. Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*. 2009;62(3):306-310.
107. Muharam R, Setiawan M, Ikhsan M, Rizkinya H, Sumapraja K. Depression and its link to other symptoms in menopausal transition. *Middle East Fertil Soc J*. 2018;23:27-30.
108. Jelani R, Sharoni SKA. The menopausal, depressive symptoms and religiosity among women attending the gynaecology clinic in a public hospital. *Malays J Public Health Med*. 2021;21(1):81-89.
109. Ziagham S, Sayhi M, Azimi N, Akbari M, Davari DN, Bastami A. The relationship between menopausal symptoms, menopausal age and body mass index with depression in menopausal women of Ahvaz in 2012. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2015; 4: e30573.