



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**İSTANBUL'DA BİR AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE KAYITLI
POSTMENOPUZAL KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERE BAĞLI OLARAK BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK
DEPRESYON ÖLÇEĞİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Arzu Zorlu Özoğul

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL,2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**İSTANBUL'DA BİR AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE KAYITLI
POSTMENOPUZAL KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERE BAĞLI OLARAK BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK
DEPRESYON ÖLÇEĞİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Arzu Zorlu Özoğul

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Reşat Dabak

Yardımcı Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Sündüs Görükmez

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca tıbbi tecrübeleriyle yol gösteren, şefkatini ve sevgisini her zaman hissettiren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK'a ve yardımcı tez danışmanım sayın Uzm. Dr. Sündüs GÖRÜKMEZ'e, uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında desteğini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Seçil G. ARICA'ya,

Haseki Aile Hekimliği Kliniği'nde birlikte çalıştığım kıymetli uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Tez yazım sürecinde yardımlarını eksik etmeyen aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi arkadaşlarıma,

Eğitim sürecimde destekleriyle hep yanımda olan çok sevgili geniş aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Arzu Zorlu Özoğul

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. DEPRESYON	2
2.1.1. Depresyon Sınıflandırılması	2
2.1.2. Depresyon Tanısı	2
2.1.3. Depresyon Ayırıcı Tanısı	3
2.1.4. Depresyon Etiyolojisi - Risk Faktörleri:	4
2.1.5. Depresyon Tarama Testleri	5
2.1.6. Konsültasyon ve Sevk Kriterleri	6
2.1.7. Tedavi.....	7
2.2. MENOPOZ.....	7
2.2.1. Menopozun Çeşitleri	7
2.2.2. Menopozu Etkileyen Faktörler.....	8
2.2.3 Menopoz Dönemi Belirtileri	8
2.2.4. Menopoza Yönelik Yaklaşım.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	9
3.2. KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	9
3.2.1. Sosyodemografik Özellik Anketi.....	9
3.2.2. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği.....	10
3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	10
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	10
3.5. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	11
4. BULGULAR.....	12

5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇLAR	32
7. KAYNAKLAR	34



KISALTMALAR

- BDÖ-BB** : Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği
- BDI-PC** : Beck Depression Inventory for Primary Care (Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği)
- DSM-5** :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5)
- HRT** : Hormon Replasmanı Tedavisi
- MDB** : Majör Depresif Bozukluk
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	13
Tablo 2:	Katılımcıların sigara kullanımı, kronik hastalıkları varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı durumları.....	14
Tablo 3:	Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumu ve ilgilendikleri hobi varlığı	14
Tablo 4:	Katılımcıların menopoza giriş durumları	15
Tablo 5:	Katılımcıların menopoz konusundaki görüş, danışmanlık alımı ve hormon replasmanı tedavisi alımı durumları	15
Tablo 6:	Katılımcıların eşleri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar	16
Tablo 7:	Katılımcıların kronik hastalıklarının varlığı ile menopoza giriş yaşlarının karşılaştırılması	16
Tablo 8:	Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanım öyküleri ile menopoza giriş yaşlarının karşılaştırılması.....	17
Tablo 9:	Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği sonuçları	17
Tablo 10:	Sosyodemografik özelliklere göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi	18
Tablo 11:	Doğum yerine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	19
Tablo 12:	Eğitim düzeyine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	19
Tablo 13:	Çalışma durumuna göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	20
Tablo 14:	Medeni duruma göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	20
Tablo 15:	Sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	21
Tablo 16:	Sigara kullanım durumuna göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	21

Tablo 17: Düzenli egzersiz yapma ve ilgilenilen hobi varlığına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi....	21
Tablo 18: Katılımcıların menopoza giriş yaşı, menopozda geçirilen süre ve menopoza giriş şekli durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	22
Tablo 19: Menopoza giriş yaşına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının alt grup analizleri.....	22
Tablo 20: Menopozda geçirilen süreye göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının alt grup analizleri.....	23
Tablo 21: Menopoz konusundaki görüş, danışmanlık alımı ve hormon replasmanı tedavisi alımı durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi	23
Tablo 22: Katılımcıların eşleri ile ilgili cevaplarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	24
Tablo 23: Eşin doğum yerine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri.....	24
Tablo 24: Doğum yeri eşi ile aynı bölge olanların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	25
Tablo 25: Eğitim durumu eşi ile aynı olanların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	25

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı İstanbul ili Eyüpsultan İlçesi'nde bulunan İslambey Aile Sağlığı Merkezi'ndeki bir aile hekimliği biriminde kayıtlı olan postmenopozal kadınların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDÖ-BB) aldıkları puanların sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmesini yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli gözlemsel, tanımlayıcı özellikte anket çalışmasıdır. Çalışmada 65 yaş altındaki postmenopozal 189 kadın katılımcıya araştırmacı tarafından hazırlanan 25 soruluk sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket ve 7 soruluk BDÖ-BB Ağustos 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiksel analizde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Gelir getiren bir işte çalışanların BDÖ-BB puanları hiç çalışmamışlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,005$). Boşanmış olanların puanları evli, hiç evlenmemiş ve eşi vefat etmiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,001$; $p=0,006$; $p=0,003$). Menopoza 45 yaşından önce girenlerin puanları, 45-55 yaş arasında girenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). Postmenopozal dönemde hormon replasmanı tedavisi (HRT) almayanların puanları HRT alanlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,048$). Eşi ile mutsuz olduğunu söyleyenlerin puanları mutlu olduğunu söyleyenlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,004$). Eğitim durumu eşi ile farklı olanların puanları aynı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,006$).

Sonuç: Menopoz çok özel bir durumdur ve BDÖ-BB puanları sosyodemografik özelliklere göre değişkenlik göstermektedir. Postmenopozal kadınların bu süreci en sağlıklı şekilde geçirebilmeleri için sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli ve ihtiyaç duydukları destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, depresyon, menopoz.

ABSTRACT

Aim: The aim of our study is to evaluate the scores of Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) postmenopausal women registered in a family medicine unit in the Islambey Family Health Center in Eyüpsultan District of Istanbul, depending on sociodemographic variables.

Materials and Methods: It is a single-center, observational, descriptive survey study. In the study, a 25-question questionnaire sociodemographic characteristics prepared by the researcher and a 7-question BDI-PC were applied to 189 postmenopausal women participants under the age of 65 between August 2022 and September 2022 using face-to-face interview technique. SPSS program was used for statistical analysis.

Results: The BDI-PC scores of those working in an income generating job are statistically significantly higher than those who have never worked ($p=0.005$). The scores of those who were divorced were statistically significantly higher than those who were married, never married, and whose wife had died ($p<0.001$; $p=0.006$; $p=0.003$). The scores of those who entered menopause before the age of 45 were found to be statistically significantly higher than those between the ages of 45-55 ($p=0.014$). The scores of those who did not receive hormone replacement therapy (HRT) in the postmenopausal period were statistically significantly higher than those who received HRT ($p=0.048$). The scores of those who said they were unhappy with their wives were statistically significantly higher than those who said they were happy ($p=0.004$). The scores of those who have different educational status with their wives were found to be statistically significantly higher than those who have the same education status ($p=0.006$).

Conclusion: Menopause is a very special situation and BDI-PC scores vary according to sociodemographic characteristics. In order for postmenopausal women to go through this process in the healthiest way, they should be evaluated considering their sociodemographic characteristics and the support they need should be provided.

Keywords: Primary care, depression, menopause.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin yaşantısını ruhen ve bedenen kötü etkileyen depresyon, toplumda oldukça sık görülmektedir (1). Kişilerin birbirleriyle olan iletişimini bozmakta, iş yaşamındaki ve günlük hayattaki verimi düşürerek hayat kalitesini kötü etkilemektedir (2). Depresyona sebep olabilecek nedenlere bakıldığında ise biyolojik, psikolojik ve sosyolojik pek çok faktör görülmektedir (3).

Aile hekimlerine ulaşımın kolaylığı ve hastaya kapsamlı yaklaşan bakış açısı ile bedensel ve ruhsal ayrımının yapılabilmesi birinci basamak hizmetlerde depresyon değerlendirmesini önemli kılmaktadır. Hastalar kendilerine tanımlanan aile hekimleriyle sürekli iletişim halinde olabildikleri için duygu ve düşüncelerini daha rahat anlatabilmektedir bu da psikolojik rahatsızlıklarda birinci basamağın önemini vurgulamaktadır (4).

Kadınların hayatında çok önemli bir yere sahip olan menstrüasyon ve bu durumda meydana gelen değişiklikler kişilerin üzerinde psikolojik pek çok etki yapabilmektedir (5). Bir kadının son menstrüel kanamasının üzerinden 12 ay geçmiş ise bu menopoza olarak tanımlanmakta ve takip eden sürece ise postmenopoz denilmektedir (6).

Türkiye’de ve dünyada sık görülen bir sağlık sorunu olan depresyonun postmenopozal kadınlarda görülme durumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı sosyodemografik özelliklerin postmenopozal 65 yaş altındaki kadınlardaki depresyon riskine etkisini tespit etmek ve aradaki ilişkiyi göstererek gelecek dönemdeki benzer araştırmalara ışık tutmak, depresyon prevalansını azaltabilecek çözüm önerilerine olanak sağlamaktır. Çalışmada araştırmanın yapıldığı popülasyonun depresyon riski konusunda bilgi sahibi olunurken katılımcıların kendi depresyon riskleri konusunda bilgi sahibi olmaları da hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

Tüm insanlar zaman zaman kendini mutsuz hissedebilir ancak depresyon daha farklı bir durumdur. Kişinin bütün yaşamsal faaliyetlerini, günlük hayattaki rutinlerini etkileyen ciddi semptomlara sebep olabilmektedir (7). Semptomlar en az 2 hafta boyu neredeyse her gün ve günün tamamına yakınında görülmektedir (8). Depresyon, dünya genelinin ortalama %3,8’inde görülmekte olup yetişkin bireylerde bu oran %5’e, 60 yaşın üstünde %5,7’ye çıkmaktadır (9).

2.1.1. Depresyon Sınıflandırılması

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’te depresif bozuklukların alt başlıkları (10):

- Majör depresif bozukluk (MDB),
- Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu,
- Kalıcı depresif bozukluk (distimi),
- Premenstrüel disforik bozukluk,
- Madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk,
- Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk,
- Diğer belirtilen depresif bozukluk
- Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.1.2. Depresyon Tanısı

DSM-5’te tanımlanmış olan depresif bozuklukların klasik durumunu MDB temsil etmektedir ve tanısı muayene esnasında DSM-5 kriterleri yardımıyla konulmaktadır (10-11).

DSM-5 Kriterleri:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı olması

1. Depresif ruh hali, üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün
3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
4. Psikomotor gerileme veya ajitasyon; neredeyse her gün
5. Yorgunluk, enerji kaybı; neredeyse her gün
6. Dikkati toplayamama; neredeyse her gün
7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
8. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün
9. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.

- Yas durumunun dışlanması kriteri DSM-5'te çıkarılmıştır.

2.1.3. Depresyon Ayırıcı Tanısı

Depresyon değerlendirmesinde kilit unsurlardan biri tablonun bedensel bir hastalığa ya da ilaç kullanımına bağlı olup olmadığıdır (12). Organik bir hastalığa bağlı ya da başka bir ruhsal bozukluk sebebiyle ortaya çıkan depresyonda tanı esas hastalığın tanısının konulmasıyla ayırt edilir. Hipotiroidi, addison, kalp hastalıkları, anemi, parkinson, demans, sistemik lupus eritematozis, kronik enfeksiyonlar, maligniteler gibi durumlarda depresyon belirtileri ön planda olabilmektedir (10, 13).

Altta yatan obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza gibi pek çok psikiyatrik bozukluğa depresyonun sıklıkla eşlik ettiği görülmektedir (14).

İlaç ve madde kullanımları da depresyon değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır nitekim kokain, barbitürat, betabloker, benzodiazepin, simetidin, steroid, alfametildopa, indometazin, oral kontraseptif, sülfonamid, dijitaler gibi ilaçlar depresyon benzeri tablo oluşturabilmektedir (15).

2.1.4. Depresyon Etiyolojisi - Risk Faktörleri:

- Genetik yatkınlık: Birinci derece akrabalarında MDB olan kişilerde depresyon görülme riski daha yüksektir (16). Dopamin metabolizmasında yer alan genlerin depresyonda etkili olduğu gösterilmişse de tek başına bir etken olabileceği düşünülmemektedir (17).

- Biyolojik etmenler: Serotonin, noradrenalin, dopamin, glutamat vb. seviyelerindeki değişiklikler depresyon gelişiminde etkin rol oynamaktadır (18).Hipotalamo – Pitüiter - Tiroid Eksen (HPT) anormallikleri ve Hipotalamo – Pitüiter – Adrenal Eksen (HPA) anormallikleri de depresyona sebep olabilmektedir (19,20).

- İlaçlar: İlaç kötüye kullanımları, bazı merkezi sinir sistemi ilaçları, antihipertansifler, antineoplastikler ve immün ajanlar, hormonlar gibi pek çok farklı grup ilacın depresyona yol açabileceği düşünülmektedir (21).

- Yaş: Yaş ile depresyon riski artmakla birlikte 40-59 yaş aralığında daha sık gözlenmektedir (22,23).

- Beslenme: Besinlerdeki aminoasitler nörotransmitter yapımında kullanıldığı ve bunlar da beyin kimyasında doğrudan etkili olduğu için beslenme depresyonda önemli bir yer tutmaktadır (24).

- Cinsiyet: Kadınlarda MDB görülme sıklığının erkeklerden belirgin şekilde yüksek olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (15, 25, 26).

- Çalışma durumu: Çalışmıyor olmak ekonomik, sosyal ya da psikolojik bazı sıkıntılara sebep olabilmekte ve depresyon için bir risk faktörü olmaktadır (27).

- Eğitim: Düşük eğitim seviyesi depresyon için bir risk faktörüdür(22).
- Sosyoekonomik seviye: Sosyoekonomik seviyedeki düşüklük yapılan çalışmalarda depresyon için bir risk oluşturmaktadır. Sosyoekonomik seviyede meydana gelen yükselmeler ise kişilerin depresyon durumlarında düzelme sağlayabilmektedir (28, 29).
- Yaşam olayları: Kişilerin başlarından geçen ya da geçmekte olan durumların depresyon riskinde doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir. Rahatsız edici bu durumların akut ya da kronik olmasının ise depresyonun türü ya da şiddeti üzerine bir etkisi bulunamamıştır (26). Erken çocukluk döneminde anne yitiminin de depresyona yatkınlık açısından önemli olduğu kabul edilmektedir (12).
- Medeni durum: Evli kişilerin depresyon riski hiç evlenmemiş, boşanmış ya da eşi vefat etmiş kişilerden daha düşük bulunmuştur (30).

2.1.5. Depresyon Tarama Testleri

Türkiye’de ve dünyada farklı yaşlar ve durumlar için geliştirilmiş farklı depresyon tarama yöntemleri mevcuttur;

- **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):**Hastanın kendi kendine uygulayabildiği bir depresyon anketidir (15). Mutsuzluk, kendini suçlama, kendini beğenmeme, başarısızlık düşüncesi, sinirlilik, ağlama, sosyal çekilme, kararsızlık, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, somatik uğraşlar, libido azalması ile alakalı toplam 21 başlık yer almaktadır. Toplam puana göre değerlendirme aşağıdaki gibi yapılmaktadır (31):

1-10: Normal

11-16: Hafif duygudurum değişiklikleri

17-20: Sınırdaki klinik depresyon

21-30: Orta düzey depresyon

31-40: Ağır depresyon

>40: Çok ağır depresyon

- **Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB):** Üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi ile ilgili 7 başlık yer almaktadır. Geliştirilmesinde BDÖ'den faydalanılmıştır ve ‘‘bugün dahil son 2 hafta içindeki’’ duygu durumları sorgulanmaktadır. Başlıkların her biri 0-3 puan üzerinden değerlendirilir ve en yüksek puanların her başlık altından toplanmasıyla en fazla 21 puan elde edilir (32). Yapılan çalışmalarda toplam puanı 4 ve üzerinde olan kişilerde depresyon riski hesaplamada klinik etkinlik % 90'ların üzerindedir (33).

- **Zung Depresyon Anketi:** Hastanın kendi başına uygulayabildiği bir depresyon anketidir (15).

- **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Hastaya hekimin uyguladığı bir ankettir (15).

- **Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Hastaya hekimin uyguladığı bir ankettir (15).

- **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği:** Belirli yaş gruplarına özgüdür (15).

- **Geriatrik Depresyon Ölçeği:** Belirli yaş gruplarına özgüdür (15).

- **Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği:** Belirli durumlar içindir (15).

- **Cornell Demansta Depresyon Ölçeği:** Belirli durumlar içindir (15).

- **Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ):** Dörtlü likert biçimde olup 10 maddeden oluşur (34).

- **Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ):** Beşli likert biçimde olup 7 boyutun her birinde 5 madde bulundurur (34).

2.1.6. Konsültasyon ve Sevk Kriterleri

Depresyon hastasının intihar düşüncesi fark edildiğinde zaman kaybetmeden psikiyatrik hastalıklar merkezine ulaşımı sağlanmalıdır. Hastada ileri derecede bilişsel bozukluk, işlevsellikte ciddi azalma, psikotik semptomlar ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, eşlik eden bilinen başka bir psikiyatrik hastalık varlığında da hastanın hızla bir psikiyatri merkezine yönlendirilmesi gerekmektedir (15).

2.1.7. Tedavi

Depresyonda tedavi kişiye özgüdür. En başarılı sonuçlar biyopsikososyal yaklaşımlı terapilerden ortaya çıkmaktadır. Sağaltımda farmakoterapi ve psikoterapi başta olmak üzere, elektrokonvülsiyon (EKT), geleneksel ve tamamlayıcı tıp, düzenli egzersiz gibi pek çok yöntemden de yararlanılabilmektedir (15). Tedavide hedefler şöyle özetlenebilmektedir (35):

- Tedavi süresinde kısalma
- Rekürrenste azalma
- İşlevsellik artışı sağlama
- Morbidite ve mortalitede azalma

2.2. MENOPOZ

Menstruasyon kadınların hayatında önemli bir yer işgal etmektedir dolayısıyla da bu döngüde ortaya çıkan herhangi bir değişiklik pek çok psikolojik sonuca sebebiyet verebilmektedir (5). Sonuncu menstrüel kanamayı takiben 12 ay geçmiş ise bu durum menopoza olarak tanımlanırken devamındaki sürece de postmenopoz denilmektedir (6).

2.2.1. Menopozun Çeşitleri

- **Doğal Menopoz:** Overlerin işlevselliğini yitirmesi ile menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi durumuna menopoz (doğal menopoz) denilmektedir. Başka bir deyişle 1 yıl boyunca hiç menstruasyon kanaması olmamışsa son defa görülen menstruasyon kanaması menopoz olarak isimlendirilmektedir (36).

- **Erken Menopoz:** Son menstrüel kanamanın 40 yaşından önce gerçekleşmesi erken menopoz olarak adlandırılmaktadır. Bu durum kendiliğinden oluşabildiği gibi çeşitli hastalıklar ya da tıbbi müdahaleler sonucu da gerçekleşebilmektedir (37).

- **Cerrahi Menopoz:** Doğal menopoz henüz gerçekleşmemişken çeşitli sebeplerden ötürü overlerin alınması ile meydana gelen menopoza cerrahi menopoz denilmektedir (38).

2.2.2. Menopozu Etkileyen Faktörler

Erken menopoz risk faktörleri arasında sigara kullanıyor olmak, eğitim düzeyinde ve sosyo-ekonomik düzeyde düşüklük, kötü beslenmek ya da vejetaryan olmak sayılabilmektedir. Sol eli baskın olanlarda, yüksek yerlerde yaşayanlarda ve de over kan akımının bozulmasına sebebiyet veren operasyon geçirenlerde de erken menopoz görülebilmektedir (39).

Alkolün sık tüketilmesinin, parite sayısının yüksekliğinin ve oral kontraseptif kullanımının geç menopoz ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (39).

2.2.3 Menopoz Dönemi Belirtileri

Menopoz dönemi kadınlarda görülen en önemli değişiklik adetdüzensizliğidir. Ürogenital değişiklikler, iskelet sistemi değişiklikleri ve osteoporoz, koroner arter hastalıkları ve kalp hastalıkları, hafif tüylenme artışı ve meme dolgunluğunda azalma gibi fizyolojik değişiklikler, psikolojik ve davranışsal değişiklikler ve zihinsel işlevlerdeki değişiklikler de menopoz dönemi belirtileri içinde sayılmaktadır (40).

2.2.4. Menopoza Yönelik Yaklaşım

Menopoza yaklaşım toplumlar arasında farklılık göstermekle kalmayıp kişiler arasında da farklılık göstermektedir. Bazı kadınlar doğurganlığı bittiği için menopozu kötü bir durum olarak görmektedir bazıları ise istemsiz gebelik riski ortadan kalktığı için konfor sağlayan bir durum olarak düşünmektedir. Yaşlanma belirtisi olarak algılayan kişilerde de menopozun istenmeyen bir durum olarak tanımlandığı görülmektedir (41).

Menopoz ve beraberinde gelen semptomların kontrol altında tutulmasında kişinin menopoz algısının büyük önemi olduğu düşünülmektedir. Kişilere yaklaşımda bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışma tek merkezli gözlemsel, tanımlayıcı özellikte bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya başlanmadan önce tez konusu onayı alınmıştır ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.08.2022 tarihinde 146-2022 karar numarası ile etik onayı alınmıştır (Bkz. EK-1, EK-2). Çalışmada 65 yaş altındaki postmenopozal 189 kadın katılımcıya araştırmacı tarafından hazırlanan 25 soruluk sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket ve 7 soruluk BDÖ-BB, Ağustos 2022 - Eylül 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Örneklem büyüklüğü, ilgili aile hekimliği birimine kayıtlı olan 343 postmenopozal kadın evreninden %5 kabul edilebilir hata payı ile %95 güven seviyesine göre 182 kişi olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada gönüllü olan katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara kullanma, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, düzenli egzersiz yapma, ilgilendikleri hobi varlığı, menopoz ile ilgili durumları ve varsa eşleri konusunda verdikleri cevaplar ile BDÖ-BB'den aldıkları puanlar incelenerek değişkenlerin alınan puanlar üzerindeki etkileri gösterilmeye çalışılmıştır.

3.2. KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmaya katılıma gönüllü olan 189 kişi alınmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan 25 soruluk sosyodemografik özellik anketi ve 7 soruluk BDÖ-BB uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Özellik Anketi

Araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formunda yaş, doğum yeri, mezun olunan son okul, çalışma durumu, ortalama gelir, medeni durum, evlenme yaşı, çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, aile yapısı, sigara kullanım durumu, kronik hastalık varlığı ve psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, düzenli egzersiz

ve hobi varlığı, kaç yaşından beri ve kaç yıldır menopoza olduğu, menopoza giriş şekli, menopoz konusundaki genel görüşü ve danışmanlık alma durumu ile HRT alma durumu sorgulanmakla birlikte varsa eşi ile akrabalık bağı, eşi ile mutlu olma, eşinin mezun olduğu son okul ve eşinin doğum yeri konusunda da bilgi toplanmaktadır (Bkz. EK-3).

3.2.2. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ-BB birinci basamakta uygulamak üzere MDB’de kullanılan BDÖ’den faydalanılarak hazırlanmıştır (Bkz. EK-4). Her bir gruptaki ifadeler arasında kişinin son iki haftadaki duygu durumunu en iyi açıklayan maddeyi seçmesi istenir. Ankette sırasıyla üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı, intihar düşüncesi veya isteği şeklinde yedi başlık bulunmaktadır. Her bir başlık kendi içinde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir, her başlık altındaki en yüksek puanların toplanmasıyla en fazla 21 puan elde edilir ve 4’ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90’ın üzerindedir (32-33).

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programından faydalanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, median olarak verildi. Gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağlanmadığından bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile bağımsız ikiden çok grup karşılaştırmaları gruplarda Kruskal Wallis testi ile yapıldı. İkiden çok grupta alt grup analizleri Mann Whitney U testi ile yapıp Bonferroni Düzeltmesi ile yorumlandı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- İstanbul ili Eyüpsultan ilçesi İslambey Aile Sağlığı Merkezi 34.19.010 numaralı aile hekimliği birimine kayıtlı olmak,
- Postmenopozal dönemde olmak,
- 65 yaş altında olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmaktır.

3.5. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- İslambey Aile Sağlığı Merkezi 34.19.010 numaralı aile hekimliği birimine kayıtlı olmamak,
- Akli melekeleri yerinde olmamak,
- Postmenopozal dönemde olmamak,
- 65 yaş ve üzerinde olmak,
- Çalışmaya katılmayı reddediyor olmaktır.



4. BULGULAR

Çalışma bir aile hekimliği birimine kayıtlı olan postmenopozal, 65 yaş altı gönüllü, 189 kadın katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 55,3'tür. Katılımcıların %2,1'i (n=4) Akdeniz, %3,2'si (n=6) Güneydoğu Anadolu, %4,8'i (n=9) Ege, %7,4'ü (n=14) Doğu Anadolu, %10,1'i (n=19) İç Anadolu, %24,3'ü (n=46) Karadeniz, %48,1'i (n=91) Marmara bölgesi doğumludur (Tablo 1).

Katılımcıların %64,6'sı (n=122) ilkokul mezunu veya hiçbir mezuniyeti olmayan, %12,7'si (n=24) ortaokul, %14,3'ü (n=27) lise, %8,5'i (n=16) ön lisans ve üstü eğitimi seviyesindedir. Para getiren bir işte çalışıyor olma sorusuna katılımcıların %20,1'i (n=38) çalışıyorum, %39,2'si (n=74) ayrıldım, %40,7'si (n=77) hiç çalışmadım yanıtlarını vermiştir (Tablo 1).

Katılımcıların %6,9'u (n=13) hiç evlenmemiştir, %9'unun (n=17) eşi vefat etmiştir, %10,1'i (n=19) boşanmıştır ve %74,1'i (n=140) evlidir. Katılımcıların %39,2'si (n=69) 20 yaş altında, %48,3'ü (n=85) 20-24 yaş arasında, %11,4'ü (n=20) 25-30 yaş arasında, %1,1'i (n=2) 31-35 yaş arasında evlenmiştir. Katılımcıların %90,5'inin (n=171) çocuğu vardır, %9,5'inin (n=18) çocuğu yoktur. Ortalama çocuk sayısı 2,6 bulunmuştur. Aile yapısına bakıldığında katılımcıların %3,7'si (n=7) yalnız yaşadığını, %17,5'i (n=33) geniş aile olduklarını, %78,8'i (n=149) çekirdek aile olduklarını beyan etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Yaş	Ort.±SD (Min-Maks)	55,3±5,7 (43-64)	
		n	%
Doğum yeri	Akdeniz	4	2,1
	Güneydoğu Anadolu	6	3,2
	Ege	9	4,8
	Doğu Anadolu	14	7,4
	İç Anadolu	19	10,1
	Karadeniz	46	24,3
	Marmara	91	48,1
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	122	64,6
	Ortaokul	24	12,7
	Lise	27	14,3
	Önlisans ve üstü	16	8,5
Çalışma durumu	Çalışıyorum	38	20,1
	Ayrıldım	74	39,2
	Hiç çalışmadım	77	40,7
Medeni durum	Hiç evlenmedim	13	6,9
	Eşim vefat etti	17	9,0
	Boşandım	19	10,1
	Evliyim	140	74,1
Evlenme yaşı	20 yaş altı	69	39,2
	20-24 yaş arası	85	48,3
	25-30 yaş arası	20	11,4
	31-35 yaş arası	2	1,1
Çocuk varlığı	Evet	171	90,5
	Hayır	18	9,5
Çocuk sayısı	Ort.±SD (Min-maks)	2,6±1,4 (1-8)	
Aile yapısı	Yalnız yaşıyorum	7	3,7
	Geniş aileyiz	33	17,5
	Çekirdek aileyiz	149	78,8

Katılımcıların %20,1'i (n=38) sigarayı bıraktığını, %20,6'sı (n=39) halen sigara kullandığını, %59,3'ü (n=112) hiçbir zaman sigara kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Kronik hastalık durumuna bakıldığında %76,7 (n=145) kişide kronik hastalık varlığı saptanırken %23,3 (n=44) kişide saptanmamıştır. Katılımcıların %54,5'i (n=103) psikiyatrik ilaç kullanım öyküsüne sahipken %45,5'i (n=86) hiç kullanmadığını beyan etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2:Katılımcıların sigara kullanımı, kronik hastalıkları varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı durumları

		n	%
Sigara kullanıyor musunuz?	Bıraktım	38	20,1
	Evet	39	20,6
	Hiç kullanmadım	112	59,3
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	145	76,7
	Hayır	44	23,3
Psikiyatrik ilaç hiç kullandınız mı?	Evet	103	54,5
	Hayır	86	45,5

Çalışmaya katılan kadınların %30,7'si (n=58) düzenli egzersiz yaptığını, %69,3'ü (n=131) yapmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %52,9'u (n=100) ilgilendiği en az 1 hobi olduğunu söylerken %47,1'i (n=89) herhangi bir hobisi olmadığını söylemiştir (Tablo 3).

Tablo 3:Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumu ve ilgilendikleri hobi varlığı

		n	%
Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	58	30,7
	Hayır	131	69,3
Hobileriniz var mı?	Evet	100	52,9
	Hayır	89	47,1

Çalışmaya katılan kişilerin %29,1'i (n=55) 45 yaş altında, %68,3'ü (n=129) 45-55 yaş arasında, %2,6'sı (n=5) 55 yaş üstünde menopoza girmişlerdir. Katılımcıların %42,9'u (n=81) 5 yıldan az, %23,3'ü (n=44) 5-10 yıl arası, %33,9'u (n=64) 10 yıldan fazla süredir menopozdadır. Katılımcıların %16,9'u (n=32) cerrahi yolla, %83,1'i (n=157) doğal yolla menopoza girmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların menopoza giriş durumları

		n	%
Menopoza giriş yaşı	45 yaş altı	55	29,1
	45-55yaş arası	129	68,3
	55 yaş üstü	5	2,6
Menopozda geçirilen süre	5 yıl altı	81	42,9
	5-10yıl arası	44	23,3
	10 yıl üstü	64	33,9
Menopoza giriş şekli	Cerrahi	32	16,9
	Doğal	157	83,1

Katılımcıların %49,8'i (n=94) menopozu doğal bir süreç olarak yorumlarken %50,3'ü (n=95) sıkıntılı bir süreç olarak yorumlamaktadır. Menopoz konusunda katılımcıların %21,7'si (n=41) danışmanlık hizmeti almışken %78,3'ü (n=148) almamıştır. Katılımcıların %18,5'ine (n=35) HRT uygulanmışken %81,5'ine (n=154) uygulanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5:Katılımcıların menopoz konusundaki görüş, danışmanlık alımı ve hormon replasmanı tedavisi alımı durumları

		n	%
Menopoz görüşü	Doğal	94	49,8
	Sıkıntılı	95	50,3
Danışmanlık alımı	Evet	41	21,7
	Hayır	148	78,3
HRT alımı	Evet	35	18,5
	Hayır	154	81,5

Katılımcıların %20,7'sinin (n=29) eşi ile arasında akrabalık durumu mevcutken %79,3'ünün (n=111) akrabalık durumu yoktur. Eşi ile mutlu olduğunu katılımcıların %90,7'si (n=127) beyan ederken %9,3'ü (n=13) mutsuz olduğunu söylemiştir (Tablo 6).

Katılımcıların eşlerinin %54,3'ü (n=76) ilkokul ve altı, %16,4'ü (n=23) ortaokul, %21,4'ü (n=30) lise, %7,9'u (n=11) ön lisans ve üstü eğitim seviyesindedir. Doğum yerlerine bakıldığında katılımcıların eşlerinin %2,9'u (n=4) Ege, %2,9'u (n=4) Güneydoğu Anadolu, %11,4'ü (n=16) Doğu Anadolu, %17,9'u (n=25) İç Anadolu, %27,1'i (n=38) Karadeniz, %37,9'u (n=53) Marmara bölgesi doğumludur (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların eşleri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar

		n	%
Eşiniz ile akrabalık var mı?	Evet	29	20,7
	Hayır	111	79,3
Eşiniz ile mutlu musunuz?	Evet	127	90,7
	Hayır	13	9,3
Eşinizin eğitim durumu nedir?	İlkokul ve altı	76	54,3
	Ortaokul	23	16,4
	Lise	30	21,4
	Önlisans ve üstü	11	7,9
Eşinizin doğum yeri neresidir?	Ege	4	2,9
	Güneydoğu Anadolu	4	2,9
	Doğu Anadolu	11,4	16
	İç Anadolu	25	17,9
	Karadeniz	38	27,1
	Marmara	53	37,9

Katılımcılar arasında kronik hastalığı olanlarla olmayanların menopoza giriş yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,293) (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların kronik hastalıklarının varlığı ile menopoza giriş yaşlarının karşılaştırılması

		Kronik Hastalık				
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	p
Menopoza giriş yaşı	45 yaş altı	39	26,9	16	36,4	0,293
	45-55 yaş arası	101	69,7	28	63,6	
	55 yaş üstü	5	3,4	0	0,0	

Katılımcılar arasında psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olanlar ile olmayanların menopoza giriş yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p=0,957$) (Tablo8).

Tablo 8: Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanım öyküleri ile menopoza giriş yaşlarının karşılaştırılması

		Psikiyatrik ilaç kullanımı				
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	p
Menopoza giriş yaşı	45 yaş altı	29	28,2	226	30,2	0,957
	45-55 yaş arası	71	68,9	558	67,4	
	55 yaş üstü	3	2,9	22	2,3	

Katılımcılara uygulanan BDÖ-BB'den alınan ortalama puan $3,52\pm3,02$ bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9: Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği sonuçları

	Ort.±SD	Min-Maks (Median)
BDÖ-BB sonuçları	$3,52\pm3,02$	0-15 (3)

Katılımcılardan Doğu Anadolu bölgesi doğumluların, ortaokul mezunu olanların, gelir getiren bir işte çalışanların ve boşanmış olanların BDÖ-BB puanları diğerlerine göre anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,026$; $p=0,023$; $p=0,001$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ve aile yapılarının BDÖ-BB puanları üzerine etkisi ise istatistiksel anlamlı değildir ($p=0,522$; $p=0,175$) (Tablo 10).

Tablo 10: Sosyodemografik özelliklere göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Doğum yeri	Akdeniz	5,3±1,5	4-7 (5)	0,001
	Doğu Anadolu	5,1±1,2	3-7 (5)	
	Ege	4,2±3,2	0-8 (3)	
	Güneydoğu Anadolu	1,2±0,8	0-2 (1)	
	İç Anadolu	2,1±2,0	0-7 (2)	
	Karadeniz	3,6±3,4	0-15 (3)	
	Marmara	3,6±3,2	0-13 (3)	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	3,3±3,1	0-15 (2)	0,026
	Ortaokul	5,0±3,2	0-13 (5)	
	Lise	3,7±2,7	0-10 (4)	
	Önlisans ve üstü	2,8±2,3	0-7 (3)	
Çalışma durumu	Ayrıldım	3,6±2,8	0-12 (4)	0,023
	Çalışıyorum	4,6±3,5	0-13 (4)	
	Hiç çalışmadım	2,9±2,8	0-15 (2)	
Medeni durum	Evliyim	3,3±2,8	0-13 (3)	0,001
	Boşandım	6,3±3,9	0-15 (6)	
	Hiç evlenmedim	2,6±2,7	0-8 (1)	
	Eşim vefat etti	2,6±2,4	0-8 (2)	
Çocuk varlığı	Evet	3,4±2,9	0-15 (3)	0,522
	Hayır	4,4±4,1	0-13 (4)	
Aile yapısı	Çekirdek aileyiz	3,3±2,9	0-13 (2)	0,175
	Geniş aileyiz	4,1±2,6	0-10 (4)	
	Yalnız yaşıyorum	5,4±6,4	0-15 (2)	

Katılımcılardan Doğu Anadolu bölgesi doğumluların BDÖ-BB puanlarının ortalamaları Güneydoğu Anadolu bölgesi ve İç Anadolu bölgesi doğumlulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (her ikisi için $p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11: Doğum yerine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Doğum yeri		p
Akdeniz vs.	Doğu Anadolu	0,913
	Ege	0,640
	Güneydoğu Anadolu	0,009
	İç Anadolu	0,011
	Karadeniz	0,101
	Marmara	0,103
Doğu Anadolu vs.	Ege	0,589
	Güneydoğu Anadolu	<0,001
	İç Anadolu	<0,001
	Karadeniz	0,006
	Marmara	0,004
Ege vs.	Güneydoğu Anadolu	0,054
	İç Anadolu	0,085
	Karadeniz	0,429
	Marmara	0,500
Güneydoğu Anadolu vs.	İç Anadolu	0,377
	Karadeniz	0,054
	Marmara	0,044
İç Anadolu vs.	Karadeniz	0,087
	Marmara	0,052
Karadeniz vs.	Marmara	0,982

Bonferroni düzeltmesi $p < 0,0023$

Katılımcılardan ortaokul mezunu olanların puanlarının ortalamaları ilkokul ve altı mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p = 0,005$) (Tablo 12).

Tablo 12: Eğitim düzeyine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Eğitim Düzeyi		p
İlkokul ve altı vs.	Ortaokul	0,005
	Lise	0,285
	Önlisans ve üstü	0,667
Ortaokul vs.	Lise	0,115
	Önlisans ve üstü	0,020
Lise vs.	Önlisans ve üstü	0,269

Bonferroni düzeltmesi $p < 0,0083$

Çalışan katılımcıların BDÖ-BB puanları ortalamaları hiç çalışmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,005$) (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışma durumuna göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Çalışma Durumu		p
Ayrıldım vs.	Çalışıyorum	0,196
	Hiç çalışmadım	0,083
Çalışıyorum vs.	Hiç çalışmadım	0,005

Bonferroni düzeltmesi $p<0,017$

Boşanmış olan katılımcıların BDÖ-BB puanlarının ortalamaları evli, hiç evlenmemiş ve eşi vefat etmiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,001$; $p=0,006$; $p=0,003$) (Tablo 14).

Tablo 14: Medeni duruma göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Medeni Durum		p
Evliyim vs.	Boşandım	$<0,001$
	Hiç evlenmedim	0,290
	Eşim vefat etti	0,331
Boşandım vs.	Hiç evlenmedim	0,006
	Eşim vefat etti	0,003
Hiç evlenmedim vs.	Eşim vefat etti	0,717

Bonferroni düzeltmesi $p<0,0083$

Katılımcılardan sigara kullanmış olanların ve halen kullananların BDÖ-BB puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,007$). Katılımcıların kronik hastalıklarının ve psikiyatrik ilaç kullanım öykülerinin olmasının BDÖ-BB puanları üzerine etkisi anlamlı değildir ($p=0,259$; $p=0,582$) (Tablo 15).

Tablo 15: Sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	4,7±3,9	0-15 (5)	0,007
	Bıraktım	4,2±3,1	0-10 (4)	
	Hiç kullanmadım	2,9±2,5	0-12 (2)	
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	3,5±3,2	0-15 (2)	0,259
	Hayır	3,7±2,5	0-10 (4)	
Psikiyatrik ilaç kullandınız mı?	Evet	3,5±2,8	0-13 (4)	0,582
	Hayır	3,5±3,3	0-15 (3)	

Katılımcılardan sigara kullananların ve sigarayı bırakanların puanları ortalamaları hiç kullanmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (her ikisi için $p=0,007$) (Tablo 16).

Tablo 16: Sigara kullanım durumuna göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Sigara Kullanım Durumu		p
Evet vs.	Bıraktım	0,007
	Hiç kullanmadım	0,007
Bıraktım vs.	Hiç kullanmadım	0,025

Bonferroni düzeltmesi $p<0,017$

Düzenli egzersiz yapmayanların BDÖ-BB puanları yapanlara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,003$), ilgilenilen hobi varlığının ise BDÖ-BB puanlarına anlamlı bir etkisi görülmemiştir ($p=0,124$) (Tablo 17).

Tablo 17: Düzenli egzersiz yapma ve ilgilenilen hobi varlığına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	2,5±2,1	0-8 (2)	0,003
	Hayır	4,0±3,2	0-15 (4)	
Hobileriniz var mı?	Evet	3,1±2,6	0-10 (2)	0,124
	Hayır	4,0±3,4	0-15 (4)	

Katılımcılardan 45 yaşından önce menopoza girenlerin ve 5 yıldan az süredir menopozdakilerin BDÖ-BB puanları diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,033$; $p=0,001$). Katılımcıların menopoza giriş şekillerinin BDÖ-BB puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p=0,335$) (Tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların menopoza giriş yaşı, menopozda geçirilen süre ve menopoza giriş şekli durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Menopoza giriş yaşı	45 yaş altı	4,7±3,9	0-15 (4)	0,033
	45-55 yaş	3,0±2,4	0-12 (2)	
	55 yaş üstü	4,0±2,3	2-7 (3)	
Menopozda geçirilen süre	5 yıl altı	4,3±3,0	0-13 (4)	0,001
	5-10yıl	2,6±2,6	0-10 (2)	
	10 yıl üstü	3,2±3,2	0-15 (2)	
Menopoza giriş şekli	Cerrahi	2,9±2,3	0-8 (2)	0,335
	Doğal	3,6±3,1	0-15 (3)	

Menopoza giriş yaşı 45 yaş altı olanların BDÖ-BB puanları ortalamaları 45-55 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,014$) (Tablo 19).

Tablo 19: Menopoza giriş yaşına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Menopoza giriş yaşı		p
45 yaş altı vs.	45-55 yaş arası	0,014
	55 yaş üstü	0,914
45-55 yaş arası vs.	55 yaş üstü	0,237

Bonferroni düzeltmesi $p<0,017$

Menopozda geçirilen süre 5 yıl altı olanların BDÖ-BB puanları ortalamaları 5-10 yıl arası ve 10 yıl üstü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (her ikisi için $p=0,002$; $p=0,003$) (Tablo 20).

Tablo 20: Menopozda geçirilen süreye göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Menopozda geçirilen süre		p
5 yıl altı vs.	5-10 yıl arası	0,002
	10 yıl üstü	0,003
5-10 yıl arası vs.	10 yıl üstü	0,366

Bonferroni düzeltmesi $p<0,017$

Menopozun sıkıntılı bir süreç olduğu görüşündekilerin BDÖ-BB puanları doğal bir süreç olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,002$). HRT almayanların BDÖ-BB puanları alanlara göre anlamlı yüksektir ($p=0,048$). Menopoz konusunda danışmanlık almış olmak istatistiksel bir fark oluşturmamıştır (Tablo 21).

Tablo 21: Menopoz konusundaki görüş, danışmanlık alımı ve hormon replasmanı tedavisi alımı durumlarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Menopoz görüşü	Doğal	2,8±2,6	0-12 (2)	0,002
	Sıkıntılı	4,2±3,3	0-15 (4)	
Danışmanlık alımı	Evet	2,8±2,2	0-8 (2)	0,147
	Hayır	3,7±3,2	0-15 (3)	
HRT alımı	Evet	2,5±2,1	0-8 (2)	0,048
	Hayır	3,8±3,2	0-15 (3,5)	

Eşi ile mutsuz olduğunu ifade edenlerin BDÖ-BB puanları mutlu olduğunu ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,005$). Katılımcıların eşlerinin doğum yerlerine göre BDÖ-BB puanları karşılaştırıldığında Doğu Anadolu bölgesi doğumluların puanları anlamlı yüksektir ($p=0,030$). Eşi ile akraba olmak ve eşinin eğitim seviyesi BDÖ-BB puanları üzerine anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p=0,4254$; $p=0,177$) (Tablo 22).

Tablo 22: Katılımcıların eşleri ile ilgili cevaplarına göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Eşiniz ile akrabalık var mı?	Evet	3,6±2,4	0-10 (3)	0,4254
	Hayır	3,3±2,9	0-13 (3)	
Eşiniz ile mutlu musunuz?	Evet	3,2±2,8	0-13 (2)	0,005
	Hayır	5,2±2,6	2-11 (4)	
Eşinizin eğitim seviyesi nedir?	İlkokul ve altı	3,2±3,0	0-13 (2)	0,177
	Ortaokul	3,1±2,1	0-7 (3,5)	
	Lise	4,1±3,1	0-12 (4)	
	Önlisans ve üstü	2,8±1,7	0-5 (4)	
Eşinizin doğum yeri neresidir?	Doğu Anadolu	5,1±2,6	0-10 (5)	0,030
	Ege	4,0±1,8	2-6 (4)	
	Güneydoğu Anadolu	1,5±0,6	1-2 (1,5)	
	İç Anadolu	2,8±2,2	0-7 (2)	
	Karadeniz	3,2±2,3	0-10 (3)	
	Marmara	3,3±3,4	0-13 (2)	

Eşi Doğu Anadolu bölgesi doğumlu olanların BDÖ-BB puanları İç Anadolu, Karadeniz ve Marmara bölgesi doğumlulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,007$; $p=0,009$; $p=0,008$) (Tablo 23).

Tablo 23: Eşin doğum yerine göre Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanları alt grup analizleri

BDÖ-BB		
Eşin Doğum Yeri		p
Doğu Anadolu vs.	Ege	0,390
	Güneydoğu	0,017
	İç Anadolu	0,007
	Karadeniz	0,009
	Marmara	0,008
Ege vs.	Güneydoğu	0,037
	İç Anadolu	0,250
	Karadeniz	0,341
	Marmara	0,224
Güneydoğu Anadolu vs.	İç Anadolu	0,336
	Karadeniz	0,118
	Marmara	0,392
İç Anadolu vs.	Karadeniz	0,469
	Marmara	0,944
Karadeniz vs.	Marmara	0,452

Bonferroni düzeltmesi $p<0,0033$

Doğum yerinin eş ile aynı ya da farklı bölgede olması BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır ($p=0,4390$) (Tablo 24).

Tablo 24: Doğum yeri eş ile aynı bölge olanların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort. $\pm$ SD	Min-Maks (Median)	p
Doğum yeri eş ile aynı	Evet	3,5 $\pm$ 2,9	0-13 (3)	0,4390
	Hayır	3,0 $\pm$ 2,7	0-10 (2,5)	

Eğitim durumu eş ile farklı olanların BDÖ-BB puanları aynı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,006$) (Tablo 25).

Tablo 25: Eğitim durumu eş ile aynı olanların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

		BDÖ-BB		
		Ort. $\pm$ SD	Min-Maks (Median)	p
Eğitim durumu eş ile aynı	Evet	2,8 $\pm$ 2,4	0-11 (2)	0,006
	Hayır	4,2 $\pm$ 3,2	0-13 (4)	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda İstanbul ili Eyüpsultan İlçesi'nde bulunan İslambey Aile Sağlığı Merkezi'ndeki bir aile hekimliği biriminde kayıtlı olan postmenopozal kadınların BDÖ-BB puanları sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların doğum yerlerine göre BDÖ-BB puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, Doğu Anadolu doğumluların puanlarının ortalamaları Güneydoğu Anadolu ve İç Anadolu doğumluların puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Literatüre bakıldığında farklı sonuçlar görülmektedir. Güzel ve Ergün'ün yaptıkları çalışmada il merkezinde doğanlar ve köy merkezinde doğanların ilçe merkezinde doğanlara göre depresyon riski daha yüksek bulunmuştur (42). Öztürk'ün çalışmasında ise doğum yeri ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (43). Doğum yeri ile depresyon puanı arasında ilişki saptanamayan bir diğer çalışma da Adana ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (44). Çalışma yapılan bölgelerin demografik özelliklerinin, göç alım oranlarının ya da nüfus yoğunluklarının farklı oluşu sonuçlardaki farklılığın sebebi olabilmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, ortaokul mezunlarının puanları ilkök ve altı eğitim seviyesindekilerden yüksek bulunmuştur.Öztürk'ün çalışmasında ise eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon görülme sıklığı azalmıştır. Duç'un ve Dökmen'in çalışmalarında da eğitim seviyesi arttıkça depresyon seviyesi azalmıştır (43, 45,46). Lök ve Bademli'nin çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim seviyesinin artması depresyon için risk faktörü oluşturmıştır (47). Eğitim seviyesi ile depresyon arasındaki bağlantı çalışmalar arasında farklılıklar göstermektedir.

Katılımcıların gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre BDÖ-BB puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Çalışanların puan ortalamaları hiç çalışmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Öztürk'ün araştırmasına göre çalışmayan kadınlarda depresyon sıklığı daha yüksektir(43). Dökmen'in araştırmasında da bir işte çalışıyor olmak depresyon riskini azaltmaktadır (46).

Taşkıran'ın araştırmasında ise çalışmak ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (48). Sonuçların birbirinden farklı çıkmasının sebebinin araştırma yapılan bölgenin sosyokültürel farklarından kaynaklanan çalışılan işin niteliğindeki değişkenlikten ileri geldiği düşünülebilir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre BDÖ-BB puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Boşanmış olan katılımcıların BDÖ-BB puanları ortalamaları evli, hiç evlenmemiş ve eşi vefat etmiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Boşanmanın hem beraberinde getirdiği yalnızlık duygusu hem de çocuk velayeti vb. sorunlar nedeniyle depresyona yatkınlık oluşturması beklenilebilecek bir durumdur. Lök ve Bademli'nin çalışmasında bekar olmak depresyon için risk faktörü olarak görülmektedir (47). Altunkalem kendi çalışmasında medeni durumun istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmadığını söylemektedir, benzer şekilde Hacıhasanoğlu ve arkadaşları da kendi çalışmalarında istatistiksel anlamlı bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir (49, 50). Araştırmalar arası farklılıklar çalışma alanlarının sosyokültürel benzeşmemelerinden ileri geliyor olabilir nitekim daha gelenekçi toplumlarda boşanmış bir kadın olarak hayatına devam etmek çok çeşitli sıkıntıları beraberinde getirebilmektedir. Çalışmamız da Eyüpsultan'ın nispeten geleneksel bir mahallesinde ikamet eden kadınlarla yapıldığı için sonuç şaşırtıcı olmamaktadır.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Katılımcılardan sigara kullananların ve sigarayı bırakanların puanları ortalamaları hiç kullanmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Güzel ve Ergün'ün çalışmalarında da sigara kullananların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur, Tekir ve arkadaşları da kendi çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmışlardır (42, 51). Mykletun ve arkadaşları araştırmalarında sigara bağımlılarında depresyonun daha çok görüldüğünü ve bırakmakta sorun yaşamanın da depresyonu derinleştirdiğini ifade etmişlerdir (52). Güleç ve arkadaşları da sigara kullanım geçmişi olup sigaradan sakınmaya gayret eden kişilerde depresyon atağı gelişme riskinin arttığını söylemişlerdir (53). Yapılan pek çok çalışma sigara depresyon ilişkisini doğrulasa da Kaya ve arkadaşı yaptıkları çalışmada sigaranın depresyon şiddetine bir etkisi olmadığı sonucuna varmışlardır (30).

Katılımcıların kronik hastalıklarının olmasının ve psikiyatrik ilaç kullanım öykülerinin olmasının BDÖ-BB puanları üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da hastalıklar ve ilaç kullanımlarının depresyon puan ortalamalarına istatistiksel anlamlı bir yansıması olmamıştır (50). Koyuncu ise yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde ciddi psikolojik rahatsızlık görülme sıklığının arttığını belirtmiştir (41). Kronik hastalıkların niteliği ve şiddeti, tedaviye ulaşımın kolaylığı, aile desteğinin varlığı gibi durumlar tedaviye uyumu etkilediği gibi kişilerin psikolojisine de doğrudan etki etmektedir. Bu durum hastalıkları stabil seyreden kişilerde BDÖ-BB puanlarında artma olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Düzenli egzersiz yapmayanların BDÖ-BB puanları düzenli egzersiz yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Lök ve Bademli de çalışmalarında fiziksel aktivite ile depresyon arasında çok yüksek bir ilişki saptamıştır. Fizik aktivite arttıkça BDÖ puanlarında düşüş gözlemlenmiştir (47). Özdemir ve Uysal'ın çalışmasında da egzersizin depresyon puanında düşüş sağladığı görülmüştür (54). Abedi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da 12 haftalık bir egzersiz sonrası kişilerin BDÖ puanlarında düşüş saptanmıştır (55). Hu ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada egzersizin depresyonu azalttığına dair sonuçlar gösterilmiştir (56). Görülüyor ki farklı coğrafyalarda bile olsa düzenli egzersiz kişinin fiziksel olduğu kadar ruhsal durumunda da olumlu etki sağlamaktadır.

Katılımcıların menopoza giriş yaşlarına göre BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Menopoza giriş yaşı 45 yaş altı olanların puan ortalamaları 45-55 yaş arasındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Bezircioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da 40 yaş altında menopoza girmiş olmak depresyon için bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (57). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada da menopoza giriş yaşının 30-39 yaş arasında olması depresyon için önemli bir risk etkenidir (58). Tozlu'nun yaptığı çalışmada ise erken menopoza girenlerde depresyon görülme sıklığında yükseklik görülse de istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (39). Kadınlar için çok önemli bir özellik olan doğurganlığın sonlanmasına, vücutta ortaya çıkan fiziksel değişimlere görece erken maruz kalmanın depresyona yakınlıkta rol oynadığı söylenebilir.

Katılımcıların menopoza geçirilen süreye göre BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Menopozda geçirilen süre 5 yıl altı olanların puan ortalamaları 5-10 yıl arası ve 10 yıl üstü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak Ağralı'nın çalışmasında 10 yıldan fazladır menopozdakilerin BDÖ puanlarının 5 yıl ve daha az süredir menopozdakilere oranla yüksek olduğu görülmüştür (59). Çalışmamızla benzer şekilde Campbell ve arkadaşlarının çalışmasında da menopoza geçiş sırasında depresif duygudurumun menopozun ilerleyen dönemlerinden daha fazla olduğu gösterilmiştir (60). İlerleyen süreçte kişilerin yeni vücut algılarına adapte olmuş olduklarını ve durumu kabullenip iyi yönlerini de görmeye başladıklarını düşünebiliriz. Ziagham ve arkadaşların çalışmasında ise menopozda geçirilen süre ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (61). Çalışmalar arası farklılıkların kültürel faktörler nedeniyle olduğu çıkarımını yapabiliriz, menopoza olan yaklaşım dünya toplumları arasında farklılıklar gösterebilmektedir.

Katılımcıların menopoza giriş şekillerinin BDÖ-BB puanları üzerine istatistiksel anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Çalışmamızla benzer şekilde Varma ve arkadaşları da araştırmalarında doğal menopoz ile cerrahi menopoz arasında depresyon puanları açısından anlamlı fark bulamamışlardır (36). Tozlu da araştırmasında menopoza giriş şekli ile depresyon arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (39). Topçuoğlu ve arkadaşları da çalışmalarında menopozun cerrahi ya da doğal yollarla gerçekleşmiş olmasının depresyon üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermişlerdir (62). Farklı çalışmalar bize gösteriyor ki menopoza giriş şekilleri kadınlarda depresyon riski üzerinde istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

Menopozun sıkıntılı bir süreç olduğu görüşündekilerin BDÖ-BB puanları doğal bir süreç olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Çalışmamızla tutarlı bir şekilde Duç'un çalışmasında da menopozla ilgili olumsuz düşünceleri olan kadınların depresyona daha yatkın olduğu gösterilmiştir ve menopoza geçiş sürecinde alevlenen depresif duygudurumun menopozda geçirilen süre arttıkça azaldığı gözlenmiştir (45). Ağralı çalışmasında menopozun algılanma şekli ile BDÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olduğunu ve olumsuz değerlendirmenin depresyon puanlarında yüksekliğe yol açtığını göstermiştir (59).

Ghazanfarpour ve arkadaşlarının çalışmasında da yine benzer şekilde menopozun olumsuz bir durum olduğunu düşünenlerin depresyon puanı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur (63). Literatürdeki sonuçlar bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir bu da demek oluyor ki farklı kültürler de olsa kişilerin menopoza yükledikleri değer olumsuz olduğunda depresyon riski artmaktadır.

Çalışmamızda HRT almayanların, alanlara göre BDÖ-BB puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Topçuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise bizimkinden farklı olarak HRT'nin duygudurum değişikliklerine olumlu etkisi gösterilememiştir (62). Birkhauser de çalışmasında östrojen replasmanı ile depresyon arasında ilişki bulamamıştır (64). Yumru'nun çalışmasında da HRT ile depresyon skorları arasında ilişki gösterilememiştir (65). Literatür ile olan farklılıkların sebebi araştırma yapılan bölgenin sosyokültürel farklılığı olduğu düşünülebilir.

Eşi ile mutsuz olduğunu ifade edenlerin BDÖ-BB puanları mutlu olduğunu ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda benzer sonuçlarla karşılaşmaktayız. Güvener araştırmasında evlilikte uyum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir, uyum ne kadar az ise depresyon puanları o kadar yüksektir (66). Düzgün de çalışmasında evlilik uyumu az olan kişilerin depresyon riskinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır (67). Görülüyor ki eşi ile mutlu olan ya da bir başka değerlendirmeye eşi ile uyumu yüksek olan kişilerde depresyon görülme sıklığı daha düşüktür. Aynı evi paylaşan, günün önemli bir kısmında bir arada olan insanların birbirleri ile olan ilişkileri duygu durumları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır.

Katılımcıların eşlerinin doğum yerlerine göre BDÖ-BB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Eşi Doğu Anadolu bölgesi doğumlu olanların BDÖ-BB puanları İç Anadolu, Karadeniz ve Marmara bölgesi doğumlulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Katılımcılarımızın kendi doğum yerlerine baktığımızda da yine benzer şekilde Doğu Anadolu bölgesi doğumlu olanların BDÖ-BB puanları daha yüksek bulunmuştur. Doğum yeri eşi ile aynı bölgede olanların BDÖ-BB puanlarında ise farklı olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı coğrafik bölgede doğmuş olmanın kültürel benzerlikler

nedeniyle BDÖ-BB puanları üzerine etkisi olabileceği düşünülmüş ancak çalışma sonucu bu durumu desteklememiştir.

Eşi ile akraba olmak BDÖ-BB puanları üzerine istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Ayhan da araştırmasında eşler arasında akrabalık bağı olması ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki göstermemiştir (68). Irmak'ın çalışmasında da yine akrabalık bağı varlığı ile depresyon ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamaktadır (69). Eşlerin birbiriyle akraba olmasının depresyon üzerine etkisinin olmaması, evlilik sonrası akrabalık bağının önemini ve etkisini yitirmiş olmasına, evliliğin akrabalıktan daha önemli bir bağ oluşturmaya bağlanabilmektedir.

Çalışmamızda eşin eğitim seviyesi BDÖ-BB puanları üzerine istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Ayhan'ın çalışmasında da benzer sonuca ulaşılmıştır, eşlerin eğitim seviyelerine göre kadınların depresyon ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (68). Çalışmamızdan farklı şekilde Irmak'ın çalışmasında depresyon ölçeği puanları eşlerin eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Eşi lise mezunu olanların puanları ön lisans ve üstü mezunu olanlardan anlamlı düşüktür. Eşi yüksek lisans mezunu olanların puanları ise ilköğretim ve lisans mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksektir (69). Atintaş'ın çalışmasında ise evlilik uyumu ile eşin eğitim seviyesinde pozitif yönde anlamlı ilişki gösterilmiştir (70). Eşin eğitim seviyesinin depresyon ölçeği puanları üzerine olan etkisinin çalışmalarda farklı sonuçlar vermesi bölgeler arası sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu eşi ile farklı olanların BDÖ-BB puanları aynı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Eğitim seviyesi kişilerin hayata bakış açılarından olaylara yaklaşımlarına, zevk aldıkları aktivitelerden sohbet ettikleri konulara kadar pek çok alanı doğrudan etkileyebilmektedir dolayısıyla benzer eğitim seviyesindeki insanların evliliklerinde depresyona daha az rastlanıyor olabilir.

6. SONUÇLAR

İstanbul ili Eyüpsultan İlçesi'nde bulunan İslambey Aile Sağlığı Merkezi'ndeki bir aile hekimliği biriminde kayıtlı olan postmenopozal kadınların BDÖ-BB'den aldıkları puanların sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmesini yapmayı amaçladığımız çalışmamız 189 postmenopozal 65 yaş altı kadın gönüllüyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 55,3'tür.

Katılımcılara uygulanan BDÖ-BB'den alınan ortalama puan $3,52 \pm 3,02$ bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde boşanmış olanların BDÖ-BB puanları evli, hiç evlenmemiş ve eşi vefat etmiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Boşanmanın beraberinde getirdiği alışık olunmayan yalnızlık hissi, boşanırken yaşanan çekişmeler ve varsa çocuk velayet olayları, özgüven kırılmaları, toplumun ön yargıları gibi pek çok olumsuzluğun bu duruma sebep olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda menopoza giriş yaşı 45 yaş altı olanların BDÖ-BB puan ortalamaları 45-55 yaş arasında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Kültürel farktörlerin de etkisiyle kadın olmayı doğurganlıkla özdeşleştirmek ya da kendini henüz psikolojik olarak hazır hissetmeden menopoza girmek, menopozu yaşlanma veya kadınlığı kaybetmek olarak yorumlamak bu duruma sebep oluyor olabilir.

Katılımcılardan menopozda geçirilen toplam süresi 5 yıl altı olanların BDÖ-BB puanları 5-10 yıl arası ve 10 yıl üstü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Bu durum menopoz başlangıcında kadınların henüz kabullenemedikleri sürece alışmakta zorluk çektikleri ve bu nedenle de depresyon puanlarının yüksek çıktığı anlamına gelebilir. Süreç ilerledikçe durumu kanıksayan ve aynı zamanda postmenopozal fiziksel şikayetlerde de azalma gerçekleşen kadınların depresyon puanları düşmektedir.

Araştırmamızda HRT almayanların HRT alanlara göre BDÖ-BB puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. HRT sayesinde menopoza giriş süreci uzamakta ve menopozal şikayetlerde azalma yaşanmaktadır dolayısıyla kişiler yeni sürece daha

yumuşak bir geçiş yaparak mental olarak da hazırlanmaktadır. Elde ettiğimiz sonuç bu gerekçelere bağlanabilir.

Çalışmamız ışığında görülüyor ki menopoza kadın için çok özel bir süreçtir. Bu sürecin en sağlıklı şekilde yaşanması için post menopoza kadınlara çeşitli önerilerde bulunmalı ve yakın takipte olmalıyız.

Başından boşanma geçmiş olan post menopoza kadınlara özellikle de depresif duygudurum saptadıklarımıza psikolojik destek almaları şiddetle tavsiye edilmelidir. Erken menopoza girmiş olan kadınların psikolojik desteğe ihtiyaçları olup olmadığı dikkatlice gözlenmeli ve gerekiyorsa bu kişiler HRT açısından değerlendirilip üst merkeze yönlendirilmelidir. Kadınlara sigaranın zararları hatırlatılmalı, kullanıyorlarsa bırakmaları için teşvikte bulunulmalı, gerekiyorsa uygun sigara bıraktırma teknikleri önerilmelidir. Düzenli egzersizin postmenopoza semptomlar kadar depresif duygudurum üzerine olan olumlu etkileri de anlatılıp kişinin yaşına ve fiziki durumuna uygun bir egzersiz önerisinde bulunulmalıdır. Kadınların menopoza karşı olan olumsuz bakış açılarını değiştirip olumlu yaklaşım kazanmalarına yardımcı olunmalıdır. Eşi ile mutsuzluğunu ifade edenlere gerekirse eş terapisi vb. önerilerde bulunulmalıdır.

Çalışmamız tek merkezli, sosyodemografik olarak heterojen özellikler taşıyan küçük bir popülasyonda yapılmıştır. Sonuçların Türkiye geneline atfedilebilmesi için daha geniş çaplı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kafes, A. Y. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective. 2021; 3 (1): 186-194.
2. Ocaktan M E, Özdemir O, Akdur R Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi. 12(2): 63-73.
3. Çelik F H, Hocaoglu Çiçek.Özgür R. ‘Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016; 6(1): 51-66.
4. Gülvan Ö. Aile Sağlığı Merkezine Kan Tahlili Yaptırmak İsteğiyle Başvuran Hastalarda Depresyon Görülme Sıklığı ve Beck Depresyon Ölçeği Kullanılarak Scorun Ölçülmesi. 2022.
5. Çelik A S, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014: 16–29.
6. Elsabagh E E M, Allah E S A. Menopausal Symptoms and The Quality of Life Among Pre/Post Menopausal Women from Rural Area in Zagazig City. Life Sci J. 2012; 9(2): 283-291.
7. What is Depression (Internet). 2021 (Erişim tarihi: 10.03.2023). Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>
8. What is Depression (Internet). 2023 (Erişim tarihi: 10.03.2023). Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression#part_2256
9. Depressive Disorder (Depression) (Internet). 2023 (Erişim tarihi: 10.03.2023). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5 (Internet). American Psychiatric Association. 2013 (Erişim tarihi: 10.03.2023): 155–188. Available from: [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic and statistical manual of mental disorders _ DSM-5 %28 PDFDrive.com %29.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_DSM-5%20PDFDrive.com%29.pdf)
11. Tolentino J C, Schmidt S L. DSM-V Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. Front. Psychiatri (Internet). 2018 (Erişim tarihi: 10.03.2023); 9:450. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00450/full>

12. Öztürk M O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Ankara: Bayt Yayınları;2008.
13. Sayıl I. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Ankara: Antıp Yayınları; 1996.
14. Gürcan Yıldırım İ. Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Bireylerde Depresyon Semptomları ve Özbakım Aktiviteleri (İnternet). 2018 (Erişim tarihi: 11.03.2023). Available from:<http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/61039.pdf>
15. Yalçın B M, Öztürk O. Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım. TJFMPC. 2016; 10(4): 250-258.
16. Özer D, Kocabıyık A, Girgin V, Demirarslan P. Erken Başlangıçlı Depresyonlarda Aile Yüklülü ğü (Gözden Geçirme). Düşünen Adam. 2002; 15(4): 215-220.
17. Opmeer E M, Kortekaas R, Aleman A. Depression and the Role of Genes Involved in Dopamine Metabolism and Signalling. Progress in neurobiology. 2010; 92(2): 112-133.
18. Albayrak E Ö, Ceylan M E. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. Düşünen Adam. 2004; 17(1): 27-33.
19. Joffe R T, Marriott M. Thyroid Hormone Levels and Recurrence of Major Depression. Am J Psychiatry. 2000; 157: 1689–1691.
20. Eşel E. Depresyondaki Nöroendokrinolojik Bulgular. J Clin Psy. 2002; 5(4): 35-50.
21. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni. 2011; 45(2): 65-74.
22. Sarıkaya A. Sağlık Bakanlığının Birinci Basamakta Depresyon Sorgulaması için Önerdiği Sorular ile Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması (İnternet). 2020 (Erişim tarihi: 13.03.2023). Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
23. Unsal A, Tozun M, Ayranci U. Prevalence of Depression Among Postmenopausal Women and Related Characteristics. Climacteric. 2011; 14(2): 244–251.
24. Beyhan Y, Taş V. Mental Sağlık ve Beslenme. Zeugma Health Res. 2019; 1(1):31-36.

25. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013; 50: 344-351.
26. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice Y E, Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *J Clin Psy*. 2002; 5(1): 8-15.
27. Heslin M, Desai R, Lappin J M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, et al. Biological and Psychosocial Risk Factors for Psychotic Major Depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016; 51: 233-245.
28. Ostler K, Thompson C, Kinnmonth A L K, Peveler R C, Stevens L, Stevens A. Influence of Socio-Economic Deprivation on the Prevalence and Outcome of Depression in Primary Care: the Hampshire Depression Project. *The British Journal of Psychiatry*. 2001; 178(1): 12-17.
29. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and Socio-Economic Risk Factors: 7-Year Longitudinal Population Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 293-298.
30. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *J Clin Psy*. 2007; 10(6): 3-10.
31. Coşkun S. 1. Basamakta Depresyona Yaklaşım, Etkili İletişim ve Kullanılan Ölçekler(İnternet).(Erişimtarihi:14.03.2023).Availablefrom:<https://docplayer.biz.tr/8125869-1-basamakta-depresyona-yaklasim-etkili-iletisim-ve-kullanilan-olcekler-asist-dr-seda-coskun.html>
32. Steer R A, Cavalieri T A, Leonard D M, Beck A T, Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to Screen for Major Depression Disorders. *General Hospital Psychiatry*. 1999; 21(2): 106-111.
33. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Aile Hek Derg*. 2005; 9(3): 117-122.
34. Erdem Ö, Erten Bucaktepe P G. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Tarama Yöntemleri. *Dicle Med J*. 2012; 39 (3): 458-461.
35. Tezvaran Z, Akan H, İzırak G. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi. *Turkish Family Physician*. 2010; 1(3): 1-7.

36. Varma G S, Oğuzhanoglu N K, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. J Clin Psy. 2005; 8:109-115.
37. Shuster L T, Rhodes D J, Gostout B S, Grossardt B R, Rocca W A. Premature Menopause or Early Menopause: Long-Term Health Consequences. Maturitas .2009; 65: 161–166.
38. Çelikkanat Ş. 40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporozla İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi (İnternet). 2012 (Erişim tarihi: 14.03.2023). Availablefrom:<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=csdLwgv24ZKq1h2Bz5X2hA&no=aAl6gz8f0LEkkuIb6nnbBg>
39. Tozlu F. Doğal Menopoz, Cerrahi Menopoz ve Erken Menopozun Yaşam Kalitesi, Cinsel Fonksiyonlar ve Depresyon Üzerine Etkisi (İnternet). 2019 (Erişimtarihi:14.03.2023).Availablefrom:<https://acikerisim.sakarya.edu.tr/bitstream/handle/20.500.12619/98054/0451534.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender (İnternet). Academic Press. 2008 (Erişim tarihi: 14.03.2023):729-738. Availablefrom:https://books.google.com.tr/books?id=7SXhBdqeigYC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
41. Koyuncu T. Beylikova'da Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkiğinin Değerlendirilmesi (İnternet). 2015 (Erişim tarihi: 14.03.2023). Availablefrom:<http://openaccess.ogu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11684/588/10086156.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Güzel A, Ergün G. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 9 (2): 279-289.
43. Öztürk S. Kadınlarda Görülen Depresyon ve Sosyokültürel Faktörlerin Etkisi (İnternet). 2005 (Erişim tarihi: 16.03.2023). Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
44. Adana F, Uluman Ö, Arslantaş H, Ergin F. İlköğretim Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015; 6 (1): 1-8.

45. Duç E. Menopoz Evrelerindeki Kadınlarda Cinsiyet Roller, Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi Üzerine Bir İnceleme (İnternet). 2014(Erişimtarihi:16.03.2023).Availablefrom:https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=NN0Rgpm8viSRDzeoboWGow&no=fOIW0hwn_DX7yNcbGaO7qg
46. Dökmen Z Y. Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. Türk Psikoloji Yazıları. 2009; 12(24): 41-55.
47. Lök N, Bademli K. Yetişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 14(40): 101-110.
48. Taşkiran G. Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İnternet). 2019 (Erişim tarihi:17.03.2023). Availablefrom:<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=owjj08yofO0rDo9iVuLuqA&no=jYL-gGflBwMTxnAaB51tHw>
49. Altunkalem K. Postmenopozal Kadınlarda Akdeniz Diyetine Uyumun Depresyon, Menopoz Semptomları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkinin Değerlendirilmesi (İnternet). 2022 (Erişim tarihi: 17.03.2023). Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
50. 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.
51. Tekir Ö. Yaşar Ö, Çevik C, Dikoğlu M, Özsezer Kaymak G. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeylerininİncelenmesi.DÜ Sağlık Bil EnstDerg. 2018; 8(1): 15-21.
52. Mykletun A, Overland S, Aaro L E, Liabo H-M, Stewart R. Smoking in Relation to Anxiety and Depression: Evidence from aLargePopulation Survey: The HUNT Study. European Psychiatry. 2008; 23 (2): 77- 84.
53. Güleç M, Bakır B, Özer M, Uçar M, Kılıç S, Hasde M. Association Between Cigarette Smoking and DepressiveSymptomsamongMilitaryMedicalStudents in Turkey. Psychiatry Research. 2005; 134 (3): 281–286.
54. Özdemir Ö Ç, Uysal M F. Postmenopozal Dönemde Pilates Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. ACU Sağlık Bil Derg. 2018; 9 (1): 25-32.

55. Abedi P, Nikkhah P, Najar S. Effect of Pedometer-Based Walking on Depression, Anxiety, and İnsomnia Among Postmenopausal Women. *Climacteric*. 2015; 18(6): 1-16.
56. Hu L, Zhu L, Lyu J, Zhu W, Xu Y, Yang L. Benefits of Walking on Menopausal Symptoms and Mental Health Outcomes among Chinese Postmenopausal Women. *International Journal of Gerontology*. 2017; 11(3) : 166-170.
57. Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öviz A, Kındıroğlu N. Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon - Anksiyete ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15(3): 199-207.
58. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. Batı Türkiye'nin Kırsal Bir Kasabasında Kadınlar Arasında Depresyon Sıklığı ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9: 148-155.
59. Ağralı C. Menopoz Dönemindeki Kadınların Sezgisel Yeme ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki (İnternet). 2021 (Erişim tarihi: 18.03.2023). Available from: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/42425/680514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
60. Campbell K E, Dennerstein L, Finch S, Szoek C E. Impact of Menopausal Status on Negative Mood and Depressive Symptoms in a Longitudinal Sample Spanning 20 Years. *Menopause*. 2017; 24(5): 490-496.
61. Ziagham S, Sayhi M, Azimi N, Akbari M, Dehkordi N D, 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(4): 41-46.
62. Topçuoğlu A, Koç Ö, Duran B, Melahat D. Cerrahi ve Doğal Yolla Menopoza Giren Kadınların Anksiyete ve Depresyon Açısından Karşılaştırılması. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*. 2009; 43: 89-92.
63. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Khadijeh M N, Naghavi M, et al. The Relationship Between Women's Attitude towards Menopause and Menopausal Symptoms among Postmenopausal Women. *Gynecological Endocrinology* (İnternet). 2015 (Erişim tarihi: 18.03.2023); 31(11):860-865.

Availablefrom:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09513590.2015.1056138>

64. Birkhauser M. Depression, Menopause and Estrogens: is there a Correlation? *Maturitas*. 2002; 41(1): 3-8.
65. Yumru A E, Bozkurt M, Davas İ, Aksoy H E, Ayanoğlu Y T. Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisinin Depresif Semptomlar Üzerine Etkisi. *Kadın Doğum Dergisi*. 2006; 4(3): 862-865.
66. Güvener M. Evlilik Uyum Durumuna Göre Çiftlerin Depresif Durumları ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Açısından Karşılaştırılması (İnternet). 2018 (Erişimtarihi:20.03.2023).Availablefrom:<http://acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/14383/509836.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Düzgün G. Evli Kişilerde Depresyon, İlişkiye İlişkin İnanç, Kendini Ayarlama Düzeyinin Evlilik Uyumu ile İlişkisi (İnternet). 2009 (Erişim tarihi: 20.03.2023).Availablefrom:<https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/31629/tez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
68. Ayhan S. Şiddete Uğrayan Ksdınların Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerinin Evlilik Uyumlarına Etkisinin İncelenmesi (İnternet). 2017 (Erişim tarihi: 20.03.2023).Availablefrom:<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
69. İrmank B D. Yüksek Kaygı ve Depresyon Düzeyinin Evlilik Yaşamı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi (İnternet). 2017 (Erişim tarihi: 21.03.2023). Availablefrom:<https://acikerisim.isikun.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11729/1264/1264.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
70. Atintaş M C. Eşi Alkol Bağımlısı Olan ve Olmayan Kadınların Evlilik Uyumu: Eş Bağımlılık, Algılanan Güç, Depresyon, Anksiyete ve Stres Açısından Bir İnceleme (İnternet). 2015 (Erişim tarihi: 21.03.2023). Available from: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/32332/tez.%20520pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

