



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2026-0012**

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZ
SEMPTOMLARI, YEME DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**İREM NUR ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
PROF.DR. EMİNE GERÇEK ÖTER**

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM- KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARI,
YEME DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İREM NUR ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER

AYDIN-2026

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü doğum- kadın sağlığı hemşireliği anabilim dalı yüksek lisans programı çerçevesinde İrem Nur ÜNAL tarafından hazırlanan “Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Semptomları, Yeme Davranışları ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez, aşığıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29.01.2026

Üye (T.D.)	: Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Üye	: Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Üye	: Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT	Ege Üniversitesi	

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde değerli bilgi, tecrübe ve yol göstericiliğiyle bana destek olan, eleştirel düşünme yeteneğimi geliştirmemde büyük katkıları bulunan, engin bilgisi ve motivasyonu ile değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'e,

Bu akademik sürecin zorluğunu sabırla karşılayan, bana inancını hiçbir zaman kaybetmeyen ve her anımda motivasyon kaynağım olan biricik eşime,

Bu yolculukta bana güç veren, en kıymetli destekçilerim olan aileme, koşulsuz sevgileri ve sarsılmaz inançlarıyla her zaman yanımda olan sevgili annem ve babama; desteğini ve yol arkadaşlığını her daim hissettiğim canım abime,

Akademik kazandırdığı en güzel arkadaşlık ve destek veren biricik arkadaşım Özge Köse'ye,

Hayatımın en büyük neşesi, gözbebeklerim, biricik ikizlerim Aras ve Laline... Sizler, bu yolda attığım her adımın en saf ve en güçlü sebebi oldunuz. Bu başarı, her şeyden önce sizindir.

Son olarak, bu süreçte akademik veya manevi destekleriyle yanımda olan tüm arkadaşlarıma ve beni cesaretlendiren herkese yürekten teşekkür ederim.

İrem Nur ÜNAL

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	II
TEŞEKKÜR.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
ÖZET.....	XI
ABSTRACT.....	XII
I 1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Klimakteriyum Tanımı	5
2.2. Klimakteriyum Evreleri.....	7
2.2.1. Premenopoz.....	10
2.2.2. Menopoz.....	12
2.2.2.1. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar.....	13
2.2.2.1.1. Vazomotor Semptomlar.....	14
2.2.2.1.2. Psikolojik Semptomlar.....	15
2.2.2.1.3. Atrofik Değişimler.....	17
2.2.2.1.4. Kardiyovasküler sorunlar.....	18
2.2.2.1.5. Kas-İskelet Sistemi Sorunları.....	19
2.2.3.Perimenopoz.....	20
2.2.4. Postmenopoz.....	20
2.3. Yeme bozuklukları.....	21

2.4 Depresyon.....	23
2.5. Klimakterik dönem menopoz semptomları.....	24
2.6. Klimakterik dönem yeme davranış bozukluğu.....	25
2.7. Klimakterik dönem depresyon.....	27
2.8. Klimakterik dönemde Hemşirelik Yaklaşımları ve Yönetimi.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1.Araştırmanın Tasarımı.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	31
3.3.Araştırma Süreci.....	31
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.5.Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri.....	33
3.6.Veri Toplama Araçları.....	33
3.6.1.Tanıtıcı Bilgi Formu.....	33
3.6.2.Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ).....	34
3.6.3.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ).....	34
3.6.4.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	35
3.7. Ön Uygulama.....	36
3.8. Araştırmanın Verilerinin Toplanması.....	36
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	37
3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi.....	37
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
4.BULGULAR.....	39
4.1.Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri.....	39
4.2.Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özellikleri.....	40
4.3.Kadınların MSDÖ toplam puanları.....	41
4.4.Kadınların YBDÖ toplam puanları.....	42

4.5.Kadınların BDÖ Puanları ve BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Düzeyleri	43
4.6. Kadınların Sosyo-demografik ve Üreme Sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ değerlendirmesi.....	45
4.7. Kadınların Sosyo-demografik ve Üreme Sağlığına ait özelliklerine göre YBDÖ değerlendirilmesi.....	51
4.8. Kadınların BDÖ ve Sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi.....	57
4.9. Kadınların BDÖ ve üreme sağlığına ait özelliklerinin değerlendirilmesi.....	60
4.10. Kadınların MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	61
4.11. Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ karşılaştırması.....	63
5.TARTIŞMA.....	67
5.1. Kadınların MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları.....	67
5.2. Kadınların YBDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları.....	70
5.3.Kadınların BDÖ Toplam Puanı ve Dağılımı.....	71
5.4. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	71
5.5. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
5.6. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	77
5.7.Kadınların MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması.....	81
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuçlar.....	84
6.2. Öneriler.....	86
KAYNAKLAR	88

EKLER.....	118
Ek 1 Veri Toplama Formu.....	118
Ek 2 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçek İzni.....	123
Ek 3 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçek İzni.....	124
Ek 4 Beck Depresyon Ölçek İzni.....	125
Ek 5 Etik Kurul Ön Onay Formu.....	126
Ek 6 Etik Kurul Son Onay Formu.....	127
Ek 7 Kurum İzni.....	128
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	129
ÖZ GEÇMİŞ.....	130

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
AMH	: Anti-müllerian Hormon
BDÖ	: Beck's Depresyon Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KW-H	: Kruskal Wallis H Testi
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
SS	: Standart Sapma
STRAW	: Kadında Üremenin Yaşlanması Aşaması/ Staging Reproductive Aging in Women)
TMOD	: Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VMS	: Vazomotor Semptomlar
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YBDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. STRAW (Kadında Üremenin Yaşlanması Aşaması/ Staging Reproductive Aging in Women) 2001	8
Şekil 2.2. STRAW+10 Evreleme Sistemi (Kadında Üremenin Yaşlanması Aşaması/ Staging Reproductive Aging in Women).....	10

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1: Araştırma Planı.....	31
Tablo 2: Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri.....	36
Tablo 3: Kadınların Sosyo- demografik Özelliklerine göre Dağılımı.....	39
Tablo 4: Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 5: Kadınların MSDÖ Toplam Puanları.....	41
Tablo 6: Kadınların YBDÖ Puanlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 7: Kadınların BDÖ Puanlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 8: Kadınların Toplam BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Dağılımı.....	43
Tablo 9: Kadınların Sosyo- demografik ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10: Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 11: Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 12: Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 13: Kadınların MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 14: Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ karşılaştırması.....	63

ÖZET

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARI, YEME DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Ünal Nur İ. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-
Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2025.**

Amaç: Bu çalışma, klimakterik dönemdeki kadınlarda menopoz semptomları, yeme davranışları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Analitik-kesitsel tipteki araştırma, 5 Eylül 2024–10 Ağustos 2025 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniğine başvuran 40–65 yaş aralığındaki 337 kadın ile yürütülmüştür. Veriler Tanıtıcı Veri Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizde One-Way ANOVA, Kruskal Wallis H testi ve Çoklu Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Kadınların büyük çoğunluğu 40–49 yaş aralığında, evli, üniversite mezunu ve gelir getiren bir işte çalışmaktadır. MSDÖ toplam puanı $17,90 \pm 9,25$ ile orta düzeyde bulunmuştur. YBDÖ toplam puan ortalaması $1,24 \pm 1,28$; BDÖ toplam puanı ise $12,54 \pm 11,41$ olarak belirlenmiştir. MSDÖ ile YBDÖ arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki ($r=0,165$; $p=0,002$), MSDÖ ile BDÖ arasında orta düzeye yakın pozitif ilişki ($r=0,328$; $p<0,001$) ve YBDÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde pozitif ilişki ($r=0,334$; $p<0,001$) saptanmıştır.

Sonuç: Menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça depresyon düzeylerinin anlamlı biçimde yükseldiği belirlenmiştir. Bulgular, menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik değişimlerin birlikte ele alınması gerektiğini ve kadınlara yönelik bütüncül değerlendirme ile erken psikososyal destek programlarının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Klimakterik dönem, menopoz, depresyon, yeme davranışı, kadın sağlığı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN MENOPAUSAL SYMPTOMS, EATING BEHAVIORS, AND DEPRESSION LEVELS IN WOMEN DURING THE CLIMACTERIC PERIOD AND THE FACTORS AFFECTING THEM

Ünal Nur İ. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Master's Thesis, Aydın, 2025.

Objective: This study was conducted to determine the relationship between menopausal symptoms, eating behaviors, and depression levels in women during the climacteric period, as well as the factors affecting these variables.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was carried out between September 5, 2024, and August 10, 2025, with 337 women aged 40–65 years who applied to the Menopause Outpatient Clinic of the Department of Obstetrics and Gynecology at Aydın Adnan Menderes University Hospital. Data were collected using the Introductory Information Form, the Menopause Symptom Rating Scale (MSRS), the Eating Disorder Evaluation Scale (EDES), and the Beck Depression Inventory (BDI). Statistical analyses included One-Way ANOVA, Kruskal–Wallis H test, and Multiple Correlation Analysis.

Results: The majority of the women were aged 40–49 years, married, university graduates, and employed in an income-generating job. The mean total MSRS score was 17.90 ± 9.25 , indicating a moderate level of menopausal symptoms. The mean total EDES score was 1.24 ± 1.28 , and the mean total BDI score was 12.54 ± 11.41 . A weak positive correlation was found between MSRS and EDES ($r = 0.165$; $p = 0.002$), a moderate positive correlation between MSRS and BDI ($r = 0.328$; $p < 0.001$), and a moderate positive correlation between EDES and BDI ($r = 0.334$; $p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that as the severity of menopausal symptoms increased, depression levels increased significantly. The findings highlight the necessity of addressing physical and psychological changes together during the menopausal period and emphasize the importance of holistic assessment and early psychosocial support programs for women.

Keywords: Climacteric period, menopause, depression, eating behavior, women's health

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak insan yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamaktadır. Kadınlar doğumlarından itibaren çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopozal geçiş ve yaşlılık olmak üzere farklı evrelerden geçmektedir. Bu evrelerin her biri hem fizyolojik hem de psikolojik değişimlerin yaşandığı doğal süreçlerdir. Klimakterik dönem, kadının üreme çağından üreme sonrası döneme geçiş sürecidir ve biyolojik, psikolojik ile sosyal değişimlerin bir arada yaşandığı önemli bir yaşam evresidir. Genellikle 40-45 yaşlarında başlayan bu dönem, menopoz sonrası yaşlılık evresine kadar devam eder (WHO, 2022). Klimakterik süreç premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz evrelerinden oluşur. Premenopoz evresinde hormonal dalgalanmalar ve adet düzensizlikleri görülürken; perimenopoz, menopoza geçişi temsil eden dönemi kapsar. Kadın yaşam döngüsünün en kritik ve zorlayıcı dönemlerinden biri menopozdur (Özcan ve Oskay, 2013). Menopoz, eski Yunanca kökenli olup “men” (ay) ve “pausis” (sonlanma) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022) menopoza, “over aktivitesinin kaybolmasıyla birlikte menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması” tanımını getirmiştir. Klinik olarak menopoz tanısı, son adet tarihinden itibaren 12 ay boyunca adet görülmemesiyle retrospektif olarak konulmaktadır (IMS, 2022). Bu süreç, östrojen ve progesteron hormonlarındaki azalma ile karakterizedir ve kadında çeşitli fizyolojik, vazomotor, psikolojik ve metabolik sorunlara yol açabilir.

Postmenopoz ise östrojen düzeylerinin belirgin biçimde azaldığı ve doğurganlığın sona erdiği evredir (EMAS, 2022). Bu evre de sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozukluğu, duygudurum değişiklikleri, cinsel istekte azalma ve kemik yoğunluğunda azalma gibi semptomlar sıklıkla gözlemlenir (Kaya,2022).

Günümüzde klimakterik dönem yalnızca biyolojik bir olgu olarak değil, biyopsikososyal bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Kadınların bu dönemi algılama biçimleri; eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, aile yapısı, kültürel faktörler ve psikolojik destek mekanizmalarıyla yakından ilişkilidir (Yılmaz 2022). Dünya genelinde kadın nüfusunun artmasıyla birlikte menopoz sonrası dönemi yaşayan kadın sayısı da giderek yükselmektedir. Birleşmiş Milletler verilerine göre 2023 yılında kadınların doğumda beklenen yaşam süresi

73,4 yıl, erkeklerde ise 70,8 yıldır. Türkiye’de kadınların beklenen yaşam süresi 80 yıldır (TÜİK, 2024). Bu durum kadınların yaşam süresinin üçte birini menopozda geçirdiğini göstermektedir.

Menopoz dönemi yalnızca adet döngüsünün sonlanması değil, aynı zamanda fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin de başladığı bir dönemdir. Vazomotor semptomlara ek olarak uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon, yeme davranışlarında değişiklikler ve kilo alımı sık gözlenmektedir (Özcan & Oskay, 2013; Erdoğan, 2024).

Menopozal geçiş süreci kadınlarda farklı semptomlarla ortaya çıkmakta olup bu semptomlar bireyler arasında çeşitlilik göstermektedir (Aksu Pelit, 2025). Menopoz döneminde görülen semptomlar vücudun farklı sistemlerini etkileyerek hem fiziksel hem de psikolojik şikâyetlere yol açmaktadır. Bu dönemde kadınların en sık yaşadığı semptomlar arasında vazomotor belirtiler (sıcak basması ve gece terlemesi), uyku bozuklukları, kas-eklem ağrıları, duygudurum değişiklikleri ve vajinal kuruluk yer almaktadır (BMC Public Health, 2024).

Sıcak basması dünya genelinde kadınların yaklaşık %52,7’sinde görülmekte olup bazı bölgelerde bu oranın %64,4’e kadar çıktığı bildirilmektedir (BMC Public Health, 2024). Bölgesel farklılıklar incelendiğinde, orta şiddetli vazomotor semptomların görülme sıklığı Avrupa’da %40, Amerika Birleşik Devletleri’nde %34 ve Japonya’da %16 olarak rapor edilmiştir (North American Menopause Society [NAMS], 2021). Ayrıca 40–65 yaş arası kadınlarda yapılan İskandinav kökenli çalışmalarda, kadınların yaklaşık %60’ında vazomotor semptomların bulunduğu ve bu semptomların yaşam kalitesini belirgin düzeyde olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Avis ve diğerleri, 2005).

Östrojen düzeylerindeki azalma ile ilişkili olarak sıcak basması görülme oranlarının bazı çalışmalarda %85’e kadar yükselebildiği belirtilmektedir (Healthline, 2025). Kas-eklem ağrılarının ise menopoz dönemindeki kadınlarda oldukça yaygın olduğu ve bazı çalışmalarda bu oranın %65’e ulaştığı bildirilmektedir (BMC Public Health, 2024).

Türkiye verileri incelendiğinde menopoz semptomlarının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Türkiye’de 40–59 yaş arası 1.030 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, yorgunluk (%79,2), kas-eklem ağrıları (%79,1) ve bel ağrısı (%77,8) en sık bildirilen semptomlar olarak saptanmıştır (Ceylan & Özerdoğan, 2015). Ruhsal belirtiler açısından değerlendirildiğinde ise perimenopoz ve menopoz geçiş dönemindeki kadınlarda depresyon prevalansının %27,1 olduğu, bu grubun %3,8’inde şiddetli depresyon düzeyine ulaşıldığı belirlenmiştir (Katon ve diğerleri, 2023).

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, menopo  döneminin Türkiye’de hem fizyolojik hem de psikososyal açıdan belirgin semptomlarla seyrettiğı ve bu nedenle bütüncül ve kapsamlı sağılık hizmetlerine gereksinim duyulduğı anlaşılmaktadır.

Menopoz sürecinde depresyonun yanı sıra yeme bozuklukları da artış gösterebilmektedir. Östrojen seviyesinin azalması, enerji metabolizmasında değışimlere ve iştah artışına neden olarak obezite riskini artırmaktadır (Borer ve diğ rleri, 2021). Riedy ve arkadaşlarının (2024) Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı bir çalışmada, menopoz semptomlarının artmasıyla birlikte problemlili yeme davranışlarının da yükseldiğı saptanmıştır. Benzer şekilde Liao ve arkadaşlarının (2019) çalışması, sağılıklı beslenme alışkanlıklarının depresif semptomları azalttığını, tatlı ve karbonhidrat ağırlıklı beslenmenin ise bu belirtileri artırdığını göstermiştir. Bu bulgular, menopoz döneminde hem psikolojik hem de fizyolojik sağılığın birbirini etkileyen bir bütün olduğunu ortaya koymaktadır.

Dünya Sağılık Örgütü (WHO, 2020) depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Çeşitli meta-analiz çalışmaları menopoz döneminde depresyon prevalansının %35-40 arasında değıştiğini göstermektedir (Zeng ve diğ rleri, 2019; Yadav ve diğ rleri, 2024). Özellikle perimenopozal dönemde depresif belirtilerin görülme olasılığı 1,5–3 kat artmaktadır (Ertekin, 2021). Hormonal değışikliklere ek olarak toplumsal roller, aile içi sorumluluklar, yaşılanma algısı ve fiziksel görünümdeki değışimler, bu dönemdeki kadınlara ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Klimakterik dönemde yaşılanan değışimlerin kadın sağılığı üzerine etkileri çok boyutludur. Bu süreçte yaşı, eğıtim düzeyi, gelir durumu, aile desteğı, bilgi düzeyi ve toplumun kadına bi tiğı roller semptomların şiddetini etkileyen temel faktörlerdir (Ertem, 2010; Abay & Kaplan, 2015). Menopozda yaşılanan fiziksel ve psikolojik zorluklar, yalnızca kadını değıl, ailesini ve toplumu da etkiler. Bu nedenle klimakterik dönemde kadınlara yönelik sağılık politikaları, danışmanlık hizmetleri ve hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Kadın sağılığı hemşireleri, menopoz dönemindeki kadınlara eğıtim, danışmanlık ve destek hizmetleri sunarak yaşılam kalitesinin yükselmesine katkı sağılamaktadır (Taşıkin, 2020).

Menopoz dönemi, kadınlarda hormonal değışimlerle birlikte vazomotor, psikolojik ve somatik semptomların ortaya çıktığı kritik bir geçiş dönemidir ve bu semptomlar kadınlara ruh sağılığı ve yeme davranışlarını önemli  l de etkileyebilir. Güncel çalışmaları, menopoz semptomlarının (uyku bozukluğu, sıcak basması, anksiyete, ağırı ve bilişsel şikâyetler) problemlili yeme davranışlarıyla anlamlı ilişkili olduğunu göstermektedir (Bennett ve diğ rleri,

2025; Bazán ve diğerleri, 2025). Ayrıca menopo2 dönemindeki kadınlarda depresyon riski, semptom şiddeti ile doğrudan bağlantılı bulunmuştur (Hagen ve diğerleri, 2022;). Yeme bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, özellikle tıknırcasına yeme ve gece yeme sendromunun, depresif belirtilerle pozitif korelasyon gösterdiğini ortaya koymaktadır (Hudson ve diğerleri, 2022; Santos ve diğerleri 2018). Orta yaşlı kadınlarda yapılan araştırma da, stresle yemenin depresyon ve kilo artışı arasındaki ilişkide aracılık rolü oynadığını ve bu etkiyi menopo2 durumu güçlendirdiğini göstermiştir (Klebanoff ve diğerleri, 2017). Bu bulgular ışığında, menopo2 semptomları, depresyon ve yeme davranışı bozuklukları üçlüsünün karşılıklı etkileşim içinde, kadın sağlığı açısından kritik bir risk alanı oluşturduğu ve klinik müdahalelerde bütüncül bir yaklaşım gerektirdiğı açıktır (Jeong ve diğerleri, 2022; Bazán ve diğerleri, 2025).

Sonuç olarak, klimakterik dönem kadının yaşam döngüsünde doğal ancak karmaşık bir süreçtir. Menopo2 döneminde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler kadının yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmada klimakterik dönemdeki kadınlarda menopo2 semptomları, yeme davranışları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ile bu durumları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilecek bulgular, klimakterik dönemde kadınların yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik hemşirelik uygulamaları ve sağlık hizmetleri için rehberlik edecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopo2 semptomları, yeme davranışı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.3.Araştırma Soruları

- Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopo2 semptomları, yeme davranışları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopo2 semptomları, yeme davranışları ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Klimakteryum Tanımı

Klimakteriyum, Yunanca bir kelime olan “merdiven basamağı” anlamına gelir.(Aksu Pelit, 2025; Şahin Hotun, 2024; Türk, 2023). Klimakterik dönem, 40-45 yaşlarında başlar, yaşlılık döneminin başlangıcı sayılan 65 yaşa kadar sürer (WHO, 2022). Klimakterik dönem, kadının üreme döneminden üreme sonrası döneme geçiş süreci olup biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri içeren doğurganlık fonksiyonlarının yavaşladığı bir yaşam evresidir.(Aksu Pelit, 2025; Şahin Hotun, 2024. Bu dönem, premenopozal, perimenopozal, menopozal ve postmenopozal fazları kapsar. (International Menopause Society [IMS], 2023); Türk, 2023; Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Şahin Hotun, 2024). Temel olarak, over fonksiyonlarının giderek azalması, östrojen ve progesteron düzeylerinde düşme, adet döngüsünün düzensizleşmesi ve sonunda menstrüasyonun kalıcı olarak sona ermesi ile karakterizedir (Türk, 2023; Çelik & Aydın, 2021). Kadınların yaşam süresinin uzamasıyla birlikte bu dönemin halk sağlığı açısından önemi artmaktadır (Fang ve diğerleri, 2024).

Dünya genelinde 50 yaş ve üzeri kadınların toplam kadın nüfusuna oranı yaklaşık %25-30 seviyesindeyken, Türkiye'de bu oran nüfusun yaşlanma eğilimiyle birlikte %30-35 bandına ulaşmış durumdadır (WHO, 2021; TÜİK, 2023). Küresel ölçekte yaklaşık 1,2 milyar kadın klimakterik ve postmenopozal süreçte yaşarken, Türkiye'de bu dönemi deneyimleyen kadın sayısı 10 milyonu aşarak Sosyo-demografik yapının önemli bir parçası haline gelmiştir (United Nations, 2022; Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, 2024).

Klimakterik dönemde kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı olarak kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, sıcak basması, uyku sorunları, depresyon ve cinsel istekte azalma gibi çeşitli fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelebilir (Çelik & Pasinlioğlu, 2013).Küresel çapta yapılan sistematik bir derleme ve meta-analizde, somatik semptomlar arasında en sık bildirilen semptom kas-eklem rahatsızlıkları (%65,43), en düşük bildirilen ise karıncalanma hissi (formikasyon) (%20,5) olmuştur (Fang ve diğerleri, 2024). Ayrıca çalışmada, ülke gelir düzeyine bağlı olarak sıcak basması prevalansında farklılıklar saptanmıştır; yüksek gelirli ülkelerde daha düşük, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek semptom oranları bulunmuştur (Fang ve diğerleri, 2024). Vazomotor semptomların (sıcak basması, gece terlemesi) yaşam kalitesi üzerindeki etkisi de farklı coğrafyalarda çalışılmıştır. Avrupa, ABD ve

Japonya’da yapılan geniş bir anket çalışmasında, orta-şiddetli VMS prevalansının sırasıyla %40, %34 ve %16 olduğu ve bu semptomların yaşam kalitesi ile iş-verimliliğini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Smith ve diğerleri, 2025). Türkiye de klimakterik dönem kadınlarda semptom görülme oranları yüksektir. Klimakterik dönem kadınlarda görülen semptomlara bağlı olarak sağlık sorunları izlenme oranları ise %60- %63 arasında değişkenlik göstermektedir (JournalAgent, 2024). Kadınlarda görülen vazomotor semptomlar arasında en yaygın olanlar (%93)sıcak basması ve (%91) gece terlemesi olduğu bildirilirken yorgunluk (%51-79), uykusuzluk (%35-85), sinirlilik (%40) ve eklem ağrıları (%30) olarak değişkenlik gösterdiği yapılan çalışmalar sonucu raporlanmıştır. (TJFMP, 2023; Ozcivit ve diğerleri, 2025). Kadınların yaklaşık %58,9'u ise bu dönemde cinsel işlev bozukluğu veya vajinal kuruluk gibi sorunlar yaşamaktadır (JournalAgent, 2024).

Klimakterik dönemde ürogenital sendrom semptomları da yaygındır; Uluslararası Cinsel Sağlık Danışma Raporuna göre klimakterik dönemdeki kadınlar tarafından vajinal kuruluk, kaşıntı, irritasyon ve dispareni gibi semptomların bildirilme oranı %14 ile %87 arasında değişmektedir (ICSM, 2024).

Depresyon, menopoz sonrası dönemde sık rastlanan semptomlardan biri olmakla beraber sistematik bir meta-analizde 50 çalışmayı kapsayan veriye göre, postmenopozal kadınlarda depresyon prevalansı %28,00 olarak bulunmuştur. (Li ve diğerleri, 2024).

Bu veriler ışığında, klimakterik dönem kadın sağlığı üzerindeki Sosyo-demografik, kültürel ve ekonomik etkileriyle çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olarak görülmelidir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde semptom prevalansının yüksek olması ve semptomların hem bireysel yaşam kalitesine hem de toplumsal ekonomik yüküne katkısı, sağlık sistemlerinin bu döneme özel stratejiler geliştirmesini gerektirmektedir. Mevcut literatürde kullanılan semptom değerlendirme araçları (MENQOL, MRS, Greene Skalası gibi) çalışmalar arasında tutarsızlık yaratmakta ve karşılaştırılabilirliği azaltmaktadır (Fang ve diğerleri, 2024). Bu nedenle, uluslararası kılavuzlar ve araştırma programları, semptom değerlendirme yöntemlerinin standardize edilmesine ve uzunlamasına izlemlere daha fazla odaklanmayı önermektedir.

2.2. Klimakteriyum evreleri

Menopoz evrelemede yaygın olarak kullanılan sistem, Kadında Üremenin Yaşlanması Aşaması (Stages of Reproductive Aging Workshop +10- STRAW+10) sınıflandırmasıdır (Harlow ve diğerleri, 2012; Ambikairajah ve diğerleri, 2022). Üreme Yaşlanmasının Aşamaları Çalıştayında (2001) kadın hayatı; reproduktif, menopozal geçiş ve menopoz sonrası olmak üzere üç bölüm şeklinde ele alınmıştır. Üreme ve yaşlanma evreleri için standartlaşmış bir yapı haline gelen STRAW, orta yaş grubunda yer alan kadınların tutarlı bir şekilde sınıflandırılmasını ve kadın sağlığı üzerine yapılan araştırmalara önemli bir katkı sunmaktadır.

2001 yılında ilk kez gerçekleştirilen Üreme Yaşlanmasının Aşamaları Çalıştayı (STRAW Stages of Reproductive Aging Workshop) kadın hayatını; reproduktif, menopozal geçiş ve menopoz sonrası olmak üzere üç bölüm şeklinde ele alınmıştır. “The final menstrual period” (FMP) (stage 0) adetini bitişini ifade eden, toplam yedi aşama içermektedir. Üreme ve yaşlanma evreleri için standartlaşmış bir yapı haline gelen STRAW, orta yaş grubunda yer alan kadınların tutarlı bir şekilde sınıflandırılmasını ve kadın sağlığı üzerine yapılan araştırmalara önemli bir katkı sunmaktadır. 2011 yılında yapılan Üreme Yaşlanmasının Aşamaları Çalıştayı’nın hipotalamus hipofiz-over aksındaki bilgilerin güncellenmesi de değişiklikler yaşanması ile STRAW, STRAW+10 olarak revize edilmiştir. STRAW+10 evreleme sistemine göre, Sosyo-demografik özellikler, kültürel özellikler ve sosyal yapı bakılmaksızın, bütün kadınlara uygulanabileceği ortaya konulmuştur. Kötü yaşam koşulları, sigara ve alkol kullanımı gibi durumlar, hormonal düzeyi etkilemektedir fakat bu durumlar, menopoz sürecine geçişin zamanını ya da hormonal seviyedeki değişikliklerin gidişatına etki etmemektedir. 2001’de yapılan STRAW Şekil 2.1’de gösterilmiştir. (Ambikairajah ve diğerleri, 2022).

Son adet tarihi (SAT)								
Evrerler:	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Terminoloji:	Reprodüktif dönem			Menopozal geçiş dönemi		Postmenopoz		
	Erken	Zirve	Geç	Erken	Geç*		Erken*	Geç
Evrenin süresi:	Değişken			Perimenopoz		1 yıl	4 yıl	Ölene kadar
	Değişken			Değişken				
Menstrüel sikluslar:	Değişken -regüler	Regüler		Değişken siklus uzunluğu (Normal süresinde n >7 gün farklı olması)	≥2 atlanmış siklus ve amenore dönemleri (≥60 gün süre ile)	12 ay amenore	Yok	
Endokrin:	Normal FSH		↑ FSH	↑ FSH			↑ FSH	

Şekil 2.1. STRAW (Kadında Üremenin Yaşlanması Aşaması/ Staging Reproductive Aging in Women) 2001

*büyük olasılıkla vazomotor sendromla karakterize edilen aşamalar

STRAW'a göre ergenlik sonrası üreme döneminin; erken, zirve ve geç aşamalarını ifade etmek için -5, -4 ve -3 kullanılmaktadır. Menopoza geçiş süreçleri ise -2 ile erken ve -1 ile geç olarak ifade edilmektedir. 0-10 aylık kanamanın olmadığı ve sonrasında son kanamanın olduğu süreci ifade ederken, +1 ile menopoz sonrası sürecin erken aşamasını, +2 ile ise geç aşamasını ifade etmekte kullanılmaktadır (Soules ve diğerleri, 2001). STRAW 2001, obezite, sigara kullanımı veya polikistik over sendromu (PKOS) gibi değişkenlerin hormon seviyeleri üzerindeki etkisini yeterince açıklayamamakla birlikte sadece FSH ve adet düzeni üzerinde çalışmıştır.

2011 yılında gerçekleştirilen Üreme Yaşlanması Aşamaları Çalıştayı STRAW ölçeğinin aşamaları üzerinde revizelerin yapılması gerekliliği üzerinde durmuş, fertilizasyon ve kontrasepsiyon konularını ön planda tutmuştur. STRAW +10 revizyonunda erken ve geç menopoza geçiş için basitleştirilmiş kanama kriterleri, geç reproduktif dönem (aşama -3) ve erken menopoza geçiş aşamasında (aşama -2) kriterlerde önerilen modifikasyonlar eklenmiştir. Foliküler stimulan hormon, östradiol (E2), anti-müllerian hormon (AMH) ve inhibin-B'yi 4 içeren endokrinolojik parametreler ile antral folikül sayısı destekleyici kriterler olarak düzenlenmiştir. Geç menopozal geçiş (Evre -1) aşamasının süresi 1-3 yıl olarak evreleme sistemine eklenmiştir. Erken postmenopoz (Evre +1) aşaması kendi içinde üç alt aşamaya ayrılmış, süreler hakkında bilgi revize edilmiştir (Ambikairajah ve diğerleri, 2022).

STRAW+10 aşamaları üreme dönemi, menopozal geçiş ve postmenopoz olmak üzere 3 dönemden oluşmaktadır. Üreme Dönemi kendi içerisinde 3'e ayrılmaktadır. Evre -5 dönemde adetler düzenlidir ve hormon seviyeleri stabildir. Evre -4 üreme potansiyelinin en yüksek olduğu dönemdir. Evre -3 ise STRAW+10 ile iki alt evreye ayrılmıştır. Evre -3b adetler düzenlidir ancak AMH ve AFC seviyeleri düşmeye başlar (Butler & Santoro, 2011). Evre 3a ise adet döngüsü hafifçe kısalır (örneğin 28 günden 25 güne düşer). FSH seviyeleri erken foliküler fazda hafifçe yükselir (Harlow ve diğerleri, 2012). Menopozal geçiş dönemi, klinik olarak en belirgin değişikliklerin yaşandığı süreçtir (Santoro ve diğerleri, 2011). Evre -2 ardışık adet döngüleri arasında 7 gün veya daha fazla değişkenlik olmasıyla tanımlanır. FSH seviyeleri değişkenlik gösterirken, AMH ve AFC düşüktür (Schiller ve diğerleri, 2016). Evre -1 dönemi en az 60 gün süren bir adet gecikmesi (amenore) yaşanmasıdır (Santoro ve diğerleri, 2011). Bu evre genellikle sıcak basması gibi vazomotor semptomların başladığı evredir (Schiller ve

diğerleri, 2016). FSH bu evrede sıklıkla >25 IU/L seviyesindedir (Schiller ve diğerleri, 2016). Postmenopoz Evre +1 son adetten sonraki ilk 5 yılı kapsar (Butler ve diğerleri, 2011). Evre+1a dönemi son adetten sonraki ilk 1 yıldır. "Klinik Menopoz" tanısının konduğu süredir (Kaunitz, 2012). Evre +1b sonraki 1-2 yıldır. Hormonal dalgalanmaların stabilize olmaya başladığı süreçtir (Hall, 2015). Evre +2 dönemi ise son adetten 5-8 yıl sonra başlar ve yaşamın sonuna kadar sürer. Bu evrede over fonksiyonları tamamen durmuştur; somatik yaşlanma ve ürogenital atrofi (kuruluk vb.) ön plandadır (Butler ve diğerleri, 2011).

Klinik uygulamada STRAW+10 sınıflandırması; semptom yönetimi (vazomotor semptomlar), hormon replasman tedavisi kararı ve uzun süreli risk (osteoporoz, kardiyovasküler) değerlendirmesinde yol göstermektedir (TMOD, 2022).

MENARS					STRAW + 10						FMP (0)		
AŞAMA	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2			
Terminoloji	REPRODÜKTİF				MENOPOZ GEÇİŞİ		MENOPOZ SONRASI						
	Erken	Zirve	Geç		Erken	Geç	Erken		Geç				
Süre	Değişken				Değişken	1-3 yıl	2 Yıl (1+1)	3-6 yıl	Kalan yaşam süresi				
Birincil Kriterler													
Adet döngüsü	Değişikenden düzenliye	Düzenli	Düzenli	Akış uzunluğundaki küçük değişiklikler	Ardışık döngülerin uzunluğunda 7 gün ya da fazla kalıcı değişken uzunlukta adet döngüsü,	60 gün ya da daha fazla adet görmeme süresi							
Destek Kriterleri													
Endokrin													
FSH			Düşük	Değişken Düşük	Değişken Düşük	>25 IU/L**	Değişken Düşük	Sabit					
AMH			Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Çok Düşük					
Inhibin-B			Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Çok Düşük					
Antral folikül Sayısı			Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Çok Düşük	Çok Düşük					
Tanımlayıcı Karakteristikler													
Semptomlar						Muhtemel vazomotor semptom	Çok Muhtemel vazomotor semptom			Ürogenital atrofi semptomlarının artışı			

Şekil 2.2. STRAW+10 Evreleme Sistemi (Kadında Üremenin Yaşlanması Aşamaları/ Staging Reproductive Aging in Women)

2.2.1. Premenopoz

Klimakteriyumun ilk fazı olarak adlandırılmaktadır.(Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013) Uluslararası kurumlar bu kavramı ‘menopozdan önceki yıllar’ olarak tanımlar; klinik olarak ise ‘perimenopoz’ terimi daha yaygın biçimde kullanılmaktadır (IMS, 2023; NAMS, 2023; ACOG, 2023; NICE, 2024). Premenopoz Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG)’nin yaptığı tanıma göre premenopoz süreci kadının menopoza girmeden önceki sürecini tanımlamakla beraber menopoz öncesi 2 ile 4 yıllık süreci

kapsamaktadır (ACOG, 2021). Kadının üreme döneminin sonlarına doğru over fonksiyonların azalmaya başladığı fakat adet döngülerinin hala sürdüğü dönemdir.(Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013) Östrojen ve progesteron düzeylerinde düzensiz iniş-çıkışların yaşandığı bu dönem fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin ortaya çıkmasına neden olur (NAMS, 2023). Premenopoz döneminde siklus uzunluğu değişiklikleri, kanama miktarında artış ya da azalma, memede hassasiyet ve premenstrüel semptomların şiddetlenmesi gibi belirtiler görülür (ACOG, 2024).

Dünya genelindeki kadın nüfusunun yaklaşık %50-55'lik büyük bir çoğunluğu bu evrededir; bu oran genellikle 45 yaş altındaki üreme çağındaki kadınları kapsamaktadır (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UN DESA], 2024). Türkiye'deki kadın nüfusunun yaklaşık %60-65'lik kısmı bu evrededir; bu oran ülkemizin genç ve dinamik nüfus yapısı nedeniyle dünya ortalamasından bir miktar daha yüksektir (TÜİK, 2024).

Dünya genelinde yapılan çalışmalar, premenopozdaki kadınların %35–50'sinde sıcak basması ve terleme gibi erken vazomotor semptomların başladığını bildirmektedir (Freeman, 2022). Premenopozdaki kadınların yaklaşık %40–45'i duygu durum değişiklikleri, hassasiyet, anksiyete ve uyku bozuklukları yaşamaktadır (Bromberger, 2022). Kadınların %80 ile %96'sı klimakterik dönemde en az bir semptom bildirmektedir (Impacts of Menopause, 2024). 2023-2024 yıllarını kapsayan bir çalışmada, semptomların genel prevalansı %46,3 olarak saptanmış; bunların büyük kısmının hafif ile orta şiddette olduğu belirtilmiştir (China CDC Weekly, 2025). Vazomotor Semptomlar (Sıcak Basması/Terleme) Dünya genelindeki kadınların yaklaşık %75-80'i bu semptomları yaşamaktadır (Grand View Research, 2024).

En sık bildirilen semptomlar arasında insomnia (%50), yorgunluk (%48,2) ve sinirlilik/anksiyete (%46,9) yer almaktadır (China CDC, 2025). Türkiye'de yapılan çalışmalar, premenopoz semptomlarının prevalansının %50'nin üzerinde olduğunu ve özellikle adet düzensizlikleri, yorgunluk, çarpıntı ve anksiyete yakınmalarının yaygın şekilde görüldüğünü göstermektedir (Durna & Özşahin, 2021).

Premenopoz dönemi çoğunlukla 40'lı yaşların başlarında başladığını; ancak genetik yapı, yaşam tarzı, sigara kullanımı, kronik hastalıklar ve çevresel etkenlere bağlı olarak daha erken ya da geç ortaya çıkabilmektedir (Mayo Clinic, 2024a). Düşük beden kitle indeksi, yoğun stres, otoimmün hastalıklar ve bazı kanser tedavileri premenopozal geçişi hızlandıran önemli faktörlerdendir (Santoro, 2022).

Premenopoz yönetimi, semptom şiddeti, bireysel risk faktörleri ve kadının yaşam kalitesi göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Düzenli egzersiz, yeterli uyku, stres yönetimi ve sağlıklı beslenme bu dönemin temel önlemleri arasında yer alır (WHO, 2023). Premenopoz dönemindeki hormonal sürecin düzenlenmesinde düşük doz kombine oral kontraseptifler sıklıkla kullanılır ve adet düzenini sağlarken vazomotor ve psikolojik semptomlarda iyileşme sağlar (ACOG, 2024). Hormon kullanımı için kontrendikasyon bulunan kadınlarda ise Serotonin SSRI/SNRI grubu ilaçlar, gabapentin ve bilişsel davranışçı terapi alternatif olarak değerlendirilmektedir (NICE, 2023).

Sağlık profesyonelleri için premenopoz dönemi, kadınlara erken danışmanlık verilmesi açısından kritik bir fırsat dönemidir. Bu evrede kemik sağlığı, kardiyovasküler risk faktörleri, glukoz ve kan basıncı takibi; ayrıca yaşam tarzı düzenlemeleri hakkında eğitim verilmesi, ilerleyen menopoz döneminde daha ağır semptomların ve komplikasyonların önlenmesine katkı sağlar (Rosenberg, 2023). Premenopozun doğru yönetilmesi, kadınların bu geçiş sürecini daha sağlıklı ve konforlu yaşamalarına olanak tanır (WHO, 2023).

2.2.2. Menopoz

Menopoz kavramı günümüzdeki kullanım haliyle ilk kez 1821 yılında Fransa'da doktorluk yapan De Gardanne tarafından kullanılmış ve menopozun semptomları ile birlikte tıbbi müdahale gerektiren bir durum olduğunu ifade etmiştir (Santoro ve diğerleri, 2021). Küresel olarak doğal menopoz yaşı 45-55 arasında, gelişmiş ülkelerde ise 50-52 iken, gelişmekte olan ülkelere 47-49 seviyelerine düşmektedir (IMS, 2024; Taşkın, 2023). Menopozal dönemdeki kadınlar, küresel iş gücünün 5'te 1'inden fazlasını oluşturmaktadır (UNFPA, 2024). Türkiye'de doğal menopoza girme yaşı yapılan çalışmalar sonucunda 47 ile 49 arasında değiştiğini göstermektedir (TMOD, 2024; Cömert, 2024). 2025 yılı verilerine göre, dünyadaki toplam kadın nüfusunun yaklaşık %12'si (yaklaşık 1.1 milyar kadın) postmenopoz dönemindedir (World Health Organization [WHO], 2024). Türkiye'de 2025 yılı itibarıyla yaklaşık 8.5 milyon kadın postmenopozal dönemdedir (World Population Review, 2026).

Menopoz menstrüasyonun kesilmesi yani overlerin östrojen üretiminde belirgin şekilde azalma gerçekleşmesi, FSH (folikül uyarıcı hormon) düzeylerinde yükseliş ve LH (luteinize edici hormon) artışla beraber menstrual döngülerin sonlanması olarak ifade edilmektedir.(IMS, 2022;Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013).Kadının son adet kanamasını yaşadığı ve

ardından en az 12 ay boyunca adet görmediği dönem olarak da tanımlanmaktadır (WHO, 2010; Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Şahin Hotun, 2024). Klinik olarak bu dönemde vazomotor semptomlar (sıcak basması, terleme), uyku problemleri, duygusal dalgalanmalar, cilt elastikiyet kaybı, saç dökülmesi ve vajinal atrofi yaygın olarak görülür (NAMS, 2022; Aksu Pelit, 2025; Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Şahin Hotun, 2024).

2.2.2.1. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

Menopoz dönemi, kadın yaşam döngüsünün doğal bir evresi olmakla birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla karmaşık bir geçiş sürecini temsil etmektedir. Üreme yaşlanmasının evreleri, Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) sınıflamasına göre tanımlanmakta olup menopoz, over fonksiyonlarının geri dönüşümsüz biçimde azalmasıyla karakterize edilmektedir (Soules ve diğerleri, 2001). Bu süreçte östrojen ve progesteron düzeylerinde meydana gelen düşüş, hipotalamus-hipofiz-ovaryen aksın işleyişini değiştirerek endokrin, metabolik ve nörovegetatif sistemlerde belirgin etkiler oluşturmaktadır (Greendale ve diğerleri, 2023; Kelsey, 2011). Östrojen reseptörlerinin birçok doku ve organda bulunması nedeniyle, hormon düzeylerindeki azalma kadınlarda çok sayıda fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle ilişkilidir (Santoro ve diğerleri, 2015).

Epidemiyolojik olarak yapılan çalışmada menopozal geçiş sürecindeki kadınların büyük çoğunluğunun bir veya birden fazla semptom yaşadığını ve bu semptomların önemli bir bölümünün yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Avis ve diğerleri, 2015). En sık bildirilen semptomlar arasında sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor belirtiler, uyku bozuklukları, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, kas-iskelet sistemi ağrıları, kilo artışı ve metabolik değişiklikler yer almaktadır (Kelsey, 2011; Santoro ve diğerleri, 2015). Vazomotor semptomlar menopozun en karakteristik bulguları arasında yer almakta ve menopozal geçiş sürecindeki kadınların önemli bir bölümünü etkilemektedir (Avis ve diğerleri, 2015).

Menopoz döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak uyku bozuklukları ve buna eşlik eden bilişsel yakınmalar sık görülmekte, bu durum kadınların günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Santoro ve diğerleri, 2015). Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde ise menopozal geçiş sürecinin depresif belirtiler açısından artmış bir risk

dönemi olduğu, özellikle duygu durum dalgalanmaları ve depresyon görülme sıklığında artış yaşandığı bildirilmektedir (Freeman, 2016). Ayrıca östrojen eksikliğine bağlı olarak genitoüriner sistemde atrofi gelişebilmekte; vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı ve idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlık gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Kelsey, 2011; Santoro ve diğerleri, 2015).

Menopoz sonrası dönemde kemik mineral yoğunluğunda azalma, kas gücünde düşüş ve kardiyometabolik risklerde artış gibi uzun dönem sağlık sorunları da önem kazanmaktadır (North American Menopause Society [NAMS], 2023). Dünya Sağlık Örgütü menopozu, sağlıklı yaşlanma sürecinin önemli bir bileşeni olarak ele almakta ve bu dönemde kadınların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin korunmasının önemini vurgulamaktadır (World Health Organization [WHO], 2024). Benzer şekilde, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) menopoz semptomlarının erken tanınması ve bütüncül yaklaşımla yönetilmesini önermekte; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ise menopoz döneminde kadınlara yönelik koruyucu ve destekleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine dikkat çekmektedir (NICE, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2024). Tüm bu bulgular, menopozun yalnızca fizyolojik bir geçiş süreci olmadığını, kadınların yaşam kalitesini, psikolojik iyilik halini ve sosyal rollerini doğrudan etkileyen çok boyutlu bir dönem olduğunu ortaya koymaktadır.

2.2.2.1.1. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar (VMS), menopoz döneminde en sık bildirilen belirtiler arasında yer almakta olup genellikle sıcak basması (hot flush) ve gece terlemeleri (night sweats) şeklinde görülür. Isı merkezi olan hipotalamustaki östrojen yoksunluğu ve nörokinin B (NKB) düzeylerindeki değişiklikler, bu semptomların fizyopatolojisinde temel rol oynar (NAMS, 2023; ACOG, 2023; NICE, 2024). Vazomotor semptomlar, östrojen seviyesinin düşmesi ve folikül uyarıcı hormon seviyesinin artması sonucunda görülmektedir. Adet düzensizliği ile gerçekleşen ve hormonlardaki değişimler ile birlikte over işleyişinin azalması; uykusuzluk, ateş basması, sık sık terleme, depresyon hali, kabızlık ve cinsel isteksizlik görülmektedir. Vazomotor değişiklikler bahsi geçen semptomlara verilen genel ismi ifade etmektedir (Göksever ve Erata 2010). Menopoz evresinde ve postmenopozal süreçte, sıcak basmalarının etkisi fiziksel olarak birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Kadınların %60-90'ında sıcak basmasının görüldüğü ve kadınların gündelik hayatını etkilediği belirtilmektedir (Gözüyeşil ve diğerleri 2016).

Vazomotor Semptomlar, menopoza geçiren kadınların yaklaşık %50–80’inde görülmekte olup bazı olgularda ortalama 5–7 yıl veya daha uzun sürebilmektedir (Freeman ve diğerleri., 2022; WHO, 2024). Özellikle perimenopoz döneminde en yüksek sıklıkla ortaya çıkar ve etnik, genetik ve yaşam tarzı farklılıkları semptomun şiddetini etkilemektedir (NICE, 2024; WHO, 2024). Vazomotor semptomlar sadece fiziksel rahatsızlıkla sınırlı kalmaz; uyku bozukluğu, depresif semptomlar, anksiyete ve yaşam kalitesinde belirgin düşüş ile ilişkilendirilmiştir (Demir ve diğerleri, 2023; Thurston ve diğerleri, 2022).

Yapılan sistematik bir derleme çalışmasına göre perimenopozal kadınlarda sıcak basması görülme sıklığı %12,5- %66,7, gece terlemesi görülme sıklığı ise %7,1 - %64,9 arasında olarak bildirilmiştir (Islam ve diğerleri, 2015). Menopoz sürecindeki kadınlarla gerçekleştirilen başka bir çalışmada; kadınların %46,7'sinde sıcak basması, %46,4'ünde ise gece terlemesi semptomlarının görüldüğü raporlanmıştır (Duffy ve diğerleri, 2012).

Tedavide en etkili yaklaşım hormon replasman tedavisidir (HRT). Hormon replasman tedavisi, uygun hasta gruplarında VMS sıklığını ve şiddetini azaltmada altın standart olarak önerilmektedir (NAMS, 2023; BMS, 2024; ACOG, 2023). Ancak kardiyovasküler hastalık, meme kanseri veya venöz tromboembolizm riski olan bireylerde dikkatli kullanılmalıdır (NICE, 2024). Bu nedenle son yıllarda non-hormonal seçenekler önem kazanmıştır. SSRI/SNRI grubu antidepresanlar (örneğin paroksetin, venlafaksin), gabapentin, oksibutinin ve yeni geliştirilen nörokinin-3 reseptör antagonistleri (fezolinetant, elinzanetant) alternatif olarak değerlendirilmektedir (Simon ve diğerleri, 2023; Fraser ve diğerleri, 2024; Depypere ve diğerleri, 2023). Ayrıca, bilişsel davranışçı terapi (CBT), hipnoz, akupunktur ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi non-farmakolojik yaklaşımlar semptomların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini azaltmada etkili bulunmuştur (Hunter ve diğerleri, 2022; WHO, 2024; NAMS, 2023). Bu yöntemler özellikle HRT kullanamayan veya tercih etmeyen kadınlar için önerilmektedir. Sonuç olarak, VMS yönetimi bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Hormonal ve non-hormonal tedavi seçeneklerinin yanı sıra psikososyal destek, yaşam tarzı düzenlemeleri ve yeni farmakolojik ajanlar ile semptomların kontrol altına alınması mümkündür (NAMS, 2023; WHO, 2024; NICE, 2024).

2.2.2.1.2. Psikolojik Semptomlar

Menopoza giriş ile meydana gelen östrojen seviyesindeki düşme, kadın üzerinde fiziksel değişikliklerin yanında psikolojik değişikliklere de sebep olmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Menopoz geçişi sırasında ortaya çıkan psikolojik semptomlar; duygu durum değişiklikleri (depresyon, irritabilite), anksiyete, uyku bozuklukları, konsantrasyon ve hafıza sorunları (bilişsel şikâyetler) ile dışa vurulan stres yanıtlarını içerir ve bu semptomlar kadınların yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilir (Freeman ve diğerleri, 2022; WHO, 2024; NAMS, 2023). Fizyolojik mekanizmalarda östrojen dalgalanmaları, serotonerjik/noradrenerjik değişiklikler, hipotalamik-hipofiz aksı etkileri ve nörokinin B/NK3 yolakları öne çıkmaktadır (Depypere ve diğerleri, 2023; Freeman ve diğerleri, 2022). Epidemiyolojik çalışmalar perimenopozal dönemde depresyon ve anksiyete insidansının arttığını; bazı araştırmalarda perimenopoz dönemindeki kadınlarda majör depresyon riskinin premenopozal döneme göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu göstermektedir (Thurston ve diğerleri, 2023; ACOG, 2023). Simon ve Reape'nin (2009) yürüttükleri çalışmada, menopoz sürecinde olan kadınların; %91'inde irritabilite hali, sinirlilik hali, %86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyonda azalma, %81'inde karakter değişikliği, %77'sinde uyku düzeninde bozulma, %77'sinde motivasyonda azalma, %75'inde hafıza değişiklikleri gibi psikolojik belirtilerin görüldüğü raporlanmıştır. Psikolojik belirtilerin yaygınlığı çalışmalara göre değişmekle birlikte menopozdaki kadınların yaklaşık %30'unda depresif belirtiler, %40–50'sinde anksiyete ve irritabilite görüldüğünü göstermektedir (Avis ve diğerleri., 2023). Uyku bozuklukları hem bağımsız bir psikolojik semptom olarak hem de vazomotor semptomların sonucu olarak sık görülür; uyku bozukluğu depresyon ve anksiyeteyi tetikleyerek kısır döngü oluşturabilir (Hunter ve diğerleri, 2022; NAMS, 2023). Bilişsel yakınmalar özellikle dikkat, kelime bulma ve kısa dönem hafıza sorunları geçici olup genellikle menopozla ilişkilidir (Greendale ve diğerleri, 2023; Fraser ve diğerleri, 2024). Risk faktörleri arasında geçmiş depresyon öyküsü, düşük sosyal destek, kronik hastalıklar ve yoğun vazomotor semptomlar yer almaktadır (WHO, 2024; NICE, 2024).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, menopoz döneminde kadınların önemli bir kısmında depresif belirtiler, sinirlilik, anksiyete ve uyku bozukluğu görüldüğünü ve psikolojik semptomların yaşam kalitesiyle ters ilişkili olduğunu göstermiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2023; Kaya, 2024). Menopoz algısı, kültürel faktörler, eş desteği ve sosyal çevre düzeyinin de psikolojik belirtilerin şiddetinde belirleyici olduğu bildirilmiştir (Demir, 2023; Öztürk ve

diğerleri, 2022). Depresif belirtilerin tanımlanması için Beck Depresyon Envanteri, HADS ve Menopoz Semptom Ölçekleri gibi değerlendirme araçlarının kullanılması önerilmektedir. (NAMS, 2023; ACOG, 2023). Tedavide bilişsel davranışçı terapi (CBT), mindfulness temelli stres azaltma (MBSR) ve grup terapileri depresyon ve anksiyetede etkili bulunmuştur (Hunter ve diğerleri, 2022; BMS, 2024). Farmakolojik olarak SSRI/SNRI'ler ve HRT'nin uygun hastalarda semptomları azalttığı bildirilmiştir (Thurston ve diğerleri, 2023; NAMS, 2023). Ayrıca egzersiz, uyku hijyeni, stres yönetimi ve sıcaklık düzenlemesi gibi yaşam tarzı önlemleri de destekleyici tedaviler arasında yer alır (WHO, 2024; NICE, 2024).

Sonuç olarak, menopoz döneminde psikolojik semptomların yönetimi biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Kültürel farklılıklar, yaşam tarzı ve bireysel risk faktörleri dikkate alınarak kişiye özel müdahaleler planlanmalıdır (BMS, 2024; Yılmaz ve diğerleri, 2023).

2.2.2.1.3. Atrofik Değişimler

Menopoz sonrası dönemde östrojen düzeylerinde meydana gelen belirgin azalma, kadın ürogenital sisteminde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açar. Östrojenin azalmasıyla birlikte vajina, vulva, üretra ve mesane epitelleri trofik destekten yoksun kalır; bu durum, epitel kalınlığında azalma, glikojen içeriğinde düşüş, kolajen ve elastin sentezinde azalma ile sonuçlanır (NAMS, 2020; Hayati, 2022). Bu süreç, dokuların incilmesi, elastikiyetin kaybolması, vaskülarizasyonun azalması ve mukozal bariyer bütünlüğünün bozulmasına neden olur (Panyawongudom ve diğerleri, 2023). Histolojik düzeyde, vajinal epitelde yüzeysel hücrelerin azalması, parabazal hücrelerin artması ve mukozal tabakada atrofi gözlenir (Hayati, 2022). Bu değişiklikler vajinal rugae'nin kaybolmasına, dokuların soluk ve kırılgan bir görünüm kazanmasına yol açar. Aynı zamanda glikojenin azalması vajinal laktobasillerin beslenmesini olumsuz etkiler ve bu da vajinal pH'nın 3.5–4.5 düzeyinden 6,0–7,0 seviyelerine yükselmesine neden olur. Artan pH, patojen mikroorganizmaların çoğalmasına zemin hazırlayarak vajinal enfeksiyonlara yatkınlık oluşturur (Komesu ve diğerleri, 2021). Bu morfolojik değişimler klinik olarak vajinal kuruluk, yanma, kaşıntı, dispareni (ilişki sırasında ağrı) ve idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlık şeklinde kendini gösterir (Kingsberg ve diğerleri, 2021). Ayrıca, üretra ve mesane mukozasında da benzer atrofik değişimler gözlenmesi

nedeniyle idrara çıkma sıklığında artış, acil işeme hissi ve urge inkontinans gibi üriner semptomlar da tabloya eşlik eder (Faubion ve diğerleri, 2022).

Son yıllarda menopoza sonrası vajinal ve üriner değişimleri bir arada tanımlamak üzere “Genitoüriner semptom (GÜS)” terimi kullanılmaktadır. Bu terim, hem vulvovajinal atrofi (VVA) hem de üriner semptomları kapsayarak menopoza sonrası östrojen eksikliğine bağlı değişimlerin bütüncül değerlendirilmesini sağlar (NAMS, 2020). Genitoüriner Sendrom’un patofizyolojisinde temel mekanizma, östrojen reseptörlerinin azalmasıyla birlikte lokal immün yanıtın zayıflaması ve mukozal yenilenmenin yavaşlamasıdır (Faubion ve diğerleri, 2022).

Tedavi yaklaşımlarında güncel rehberler, ilk basamakta non-hormonal tedaviler (vajinal nemlendirici, hyaluronik asit jelleri, pelvik taban egzersizleri) önermekte, semptomatik olgularda ise lokal östrojen veya vajinal DHEA kullanımının etkili olduğunu belirtmektedir (Lira-Junior ve diğerleri, 2023; Tandon ve diğerleri, 2021). Lazer ve enerji temelli tedaviler son yıllarda ilgi görse de, kontrollü klinik verilerin yetersiz olduğu ve uzun dönem güvenlik sonuçlarının henüz netleşmediği vurgulanmaktadır (Nappi ve diğerleri, 2022). Ayrıca 2023 yılında yapılan bir çalışmada, jinekolojik malignite öyküsü olan kadınlarda GÜS yönetiminin özel protokoller gerektirdiği ve hormonal tedavi yerine topikal hyaluronik asit gibi güvenli alternatiflerin tercih edilmesi gerektiği bildirilmiştir (Jochum ve diğerleri, 2023).

Sonuç olarak, menopoza döneminde gelişen atrofik değişimler; östrojen eksikliğine bağlı olarak epitel incilmesi, elastikiyet kaybı, mukozal kuruluk ve mikrobiyal dengenin bozulmasıyla karakterizedir. Bu değişiklikler yalnızca fiziksel rahatsızlıklara değil, aynı zamanda cinsel yaşam ve psikolojik iyilik hali üzerinde de olumsuz etkilere yol açmaktadır (Kingsberg ve diğerleri, 2021; Lira-Junior ve diğerleri, 2023). Bu nedenle, menopoza sonrası dönemde GÜS’nin erken tanısı, multidisipliner yaklaşım ve bireye özel tedavi planı oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Faubion ve diğerleri, 2022).

2.2.2.1.4. Kardiyovasküler sorunlar

Menopoz, östrojen düzeylerindeki belirgin düşüş sonucu gelişen fizyolojik bir süreçtir ve bu hormonal değişiklik kadınlarda kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini anlamlı biçimde artırır. Östrojenin azalmasıyla birlikte endotelial disfonksiyon, arteriyel sertlik, visseral yağ birikimi, insülin direnci ve dislipidemi ortaya çıkar; bu mekanizmalar ateroskleroz gelişimini

hızlandırarak menopoz sonrası dönemde koroner arter hastalığı, inme ve kalp yetmezliği riskini yükseltir (El Khoudary ve diğerleri, 2020; Visseren ve diğerleri, 2021).

Epidemiyolojik çalışmalar, erken menopoz (<45 yaş) geçiren kadınlarda ilerleyen yaşlarda KVVH riskinin yaklaşık %36 oranında arttığını göstermektedir (Pant ve diğerleri, 2024). Postmenopozal dönemde hipertansiyon, abdominal obezite, insülin direnci ve dislipidemi insidansı belirgin şekilde artmakta, bu da metabolik sendromun yaygınlığını artırmaktadır (Jeong ve diğerleri, 2022).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, dolaşım sistemi hastalıkları 2020–2021 yıllarında tüm ölümlerin yaklaşık %36–42’sini oluşturmuş; kadınlarda menopoz sonrası dönemde KVVH, önemli bir mortalite nedeni hâline gelmiştir (TÜİK, 2021; Unal, 2020). Menopoz geçişi yaşayan kadınlarda kardiyovasküler riskin erken dönemde değerlendirilmesi ve yaşam tarzı düzenlemeleri büyük önem taşır. Düzenli fiziksel aktivite, Akdeniz tipi beslenme, kilo kontrolü ve sigara bırakma, riski azaltan temel müdahalelerdir (ESC, 2021). Hormon replasman tedavisi (HRT), erken menopoz yaşayan genç kadınlarda koruyucu etki gösterebilse de tüm popülasyon için kardiyovasküler koruma açısından temkinli yaklaşılmalıdır (Abramson ve diğerleri, 2021).

Sonuç olarak, menopoz kardiyovasküler hastalıkların gelişimi açısından kritik bir dönüm noktasıdır. Bu nedenle, erken tanı, düzenli takip ve risk faktörlerinin etkin yönetimi hem yaşam kalitesini artırmak hem de mortaliteyi azaltmak için gereklidir. Yeni araştırmalar, menopoz semptomları ile kardiyovasküler biyobelirteçler arasındaki ilişkiyi daha net ortaya koymalı ve özellikle erken menopoz yaşayan kadınlar için hedefe yönelik koruyucu stratejiler geliştirilmelidir (El Khoudary ve diğerleri, 2020; Pant ve diğerleri, 2024).

2.2.2.1.5. Kas-İskelet Sistemi Sorunları

Menopoz geçişi ve sonrasındaki dönem, östrojen düzeylerindeki azalmanın kemik ve kas metabolizması üzerindeki etkileri nedeniyle kas-iskelet sistemi açısından önemli riskler taşır. Östrojen eksikliği kemik yıkımını hızlandırır, kas kütlesi ve güç kaybını tetikler; sonuçta osteoporoz, sarkopeni, düşme ve kırık riski artar (Saari ve diğerleri, 2020; Walsh, 2023).

Menopoz sonrası hızlı kemik mineral yoğunluğu kaybı gözlenir; özellikle lomber omurga ve femur boyun bölgesi risk altındadır. Bu durum, kemik mikro-mimarisi ve mekanik

dayanımda bozulmaya yol açar ve kırık riskini artırır (Zhang ve diğerleri, 2023). Menopoz ile birlikte Apendiküler yağsız kütle indeksi ve kas gücünde azalma bildirilmiştir. Bu azalma sarkopeni gelişimini hızlandırır ve fonksiyonel kapasitede düşüşe neden olur. Direnç egzersizi ve yeterli protein alımı kas koruyucu etki gösterir (Saari ve diğerleri, 2020).

Haftada en az 2–3 direnç egzersizi seansı ve denge çalışmaları düşme riskini azaltır. Yeterli enerji ve protein alımı (özellikle yaşlılıkta 1.0–1.2 g/kg/gün hedeflenebilir), kalsiyum ve D vitamini desteği kemik-kas sağlığını destekler. Sigaranın bırakılması, alkolün sınırlandırılması ve düzenli fiziksel aktivite koruyucu etkilidir. Osteoporoz tanısı konan kadınlarda kılavuzlara uygun antiresorptif veya anabolik tedaviler; gerektiğinde endokrin/romatoloji yönlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu (BMD) ölçümü, düşme riski değerlendirmesi ve kas fonksiyon testleri önerilmektedir (Jeong ve diğerleri, 2022).

2.2.3.Perimenopoz

Siklus bozukluklarının başladığı premenopoz dönemiyle beraber menopoz dönemi ve sonraki 1 yılı kapsayan dönemdir.(Aksu Pelit, 2025; Çelik Sis & Pasinlioğlu, 2022; Şahin Hotun, 2024) Perimenopoz dönemi sadece doğal menopoz yaşayan kadınlarda görülen bir evredir.(Şahin Hotun, 2024)Menopoza geçiş aşaması olan bu dönemde dünya genelinde yaklaşık 500 milyon kadın bulunmaktadır ve Sosyo-demografik projeksiyonlar 2030 yılına gelindiğinde 45-55 yaş aralığındaki kadın sayısının bu rakama tam olarak ulaşacağını öngörmektedir (The Menopause Society, 2025).

Perimenopoz, yumurtalık foliküllerinin azalması ve hormon salınımindaki dalgalanmaların başladığı, adet düzeninde değişikliklerin görüldüğü geçiş dönemidir (Li ve diğerleri, 2024). Bu dönem, yaşa bağlı olarak kadın sağlığı açısından kritik bir evredir; Davis ve arkadaşlarının yaptıkları ve 5.509 kadını içeren çalışmaya göre perimenopozal dönemdeki kadınların %37,3'ünün orta-şiddetli düzeyde vazomotor semptom (sıcak basması ve gece terlemesi) yaşadıkları belirlenmiştir (Davis ve diğerleri, 2025).

Perimenopoz, fizyolojik olarak normal bir geçiş süreci olmasına rağmen, kadınların önemli bir kısmı semptomatik yük nedeniyle hem fiziksel (vazomotor, uykusuzluk) hem psikolojik (depresyon, anksiyete) semptomlar deneyimledikleri için günlük hayatlarında zorluk yaşamaktadırlar (Li ve diğerleri, 2024).

2.2.4.Postmenopoz

Menopoz sonrası dönem olarak adlandırılmaktadır ve son menopozdan itibaren başlar.(Aksu Pelit, 2025; Çelik Sis & Pasinlioğlu, 2022; Şahin Hotun, 2024) Postmenopoz, son âdet kanamasından itibaren en az 12 ay süreyle menstrüasyonun durması ve yumurtalıklardan östrojen sentezinin kalıcı olarak azalmasını içeren yaşam evresidir. Yapılan bir sistematik derlemede postmenopozal kadınlarda vaginal kuruluk prevalansı %44,8 olarak rapor edilmiştir, bu oran diğer menopoz evrelerine göre anlamlı olarak yüksektir (Fang ve diğerleri, 2024).

Postmenopozal depresyon da önemli bir sorundur. Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında postmenopozal kadınlarda depresyon prevalansının %28,0 olduğu saptamıştır. Bu çalışmada depresyon ile ilişkili faktörler; kronik hastalık varlığı, evli olmama durumu ve daha önce mental hastalık öyküsü bulunma olarak bildirilmiştir (Li ve diğerleri, 2024)

Postmenopozal dönemin sağlık üzerindeki uzun vadeli etkileri arasında kardiyovasküler risk, kemik yoğunluğunda azalma ve metabolik değişikliklerinde bulunması bu dönemin halk sağlığı açısından kritik bir izlem gerektirdiğini öne çıkarmaktadır (Fang ve diğerleri, 2024).

Sonuç olarak, postmenopozal dönem doğal bir fizyolojik süreç olmasına rağmen, semptom yükü (uyku bozuklukları, depresyon, genitoüriner semptomlar) ve kronik hastalık riski yüksek olduğundan, sağlık sistemleri bu dönemdeki kadınlara özel destek sistemleri geliştirmelidir (Tang ve diğerleri, 2025).

2.3. Yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları, bireyin yemek yeme davranışında, beden algısında ve ağırlık kontrolünde ciddi bozulmalarla karakterize edilen, genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu gelişen psikiyatrik hastalıklardır (American Psychiatric Association [APA], 2022). Bu bozukluklar arasında anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) ve diğer belirtilmemiş yeme bozuklukları yer almaktadır (Treasure ve diğerleri, 2020). Yeme bozukluklarının temel özelliği, bireyin vücut ağırlığı, şekli ve yeme davranışıyla ilgili aşırı uğraş içinde olması ve bu durumun kişinin işlevselliğini olumsuz etkilemesidir (Zipfel ve diğerleri, 2022).

DSM-5-TR'ye göre (APA, 2022), anoreksiya nervoza, enerji alımının kısıtlanması sonucu oluşan önemli kilo kaybı, kilo alma korkusu ve beden algısında bozulma ile tanımlanır. Bulimiya nervoza, yineleyen aşırı yeme ataklarıyla birlikte kilo almayı önlemek için uygunsuz telafi edici davranışların (kusma, laksatif kullanımı vb.) varlığıyla karakterizedir (Culbert ve diğerleri, 2021). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ise aşırı yeme davranışları mevcut olup, telafi edici davranışlar görülmemektedir (Fairburn ve diğerleri, 2020).

Yeme bozukluklarının etiyolojisi çok faktörlüdür. Genetik yatkınlık (Watson ve diğerleri, 2019), nörobiyolojik farklılıklar (Frank, 2021), çocukluk çağı travmaları (Molendijk ve diğerleri, 2020) ve kültürel güzellik standartlarının etkisi (Holland ve diğerleri, 2022) önemli rol oynamaktadır.

Yeme bozukluklarının prevalansı dünya genelinde artış göstermektedir. Küresel ölçekte yapılan meta-analizler, yaşam boyu yeme bozukluğu görülme sıklığının kadınlarda %8, erkeklerde %2 civarında olduğunu bildirmektedir (Galmiche ve diğerleri, 2019). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, özellikle gelişmiş ülkelerde en sık görülen yeme bozukluğu türüdür (Udo ve diğerleri, 2019). Yapılan çalışmalarda, COVID-19 pandemisi süresince yeme bozukluğu vakalarının %25-40 oranında arttığı belirlenmiştir (Phillipou ve diğerleri, 2020; Monteleone ve diğerleri, 2021).

Epidemiyolojik veriler, yeme bozukluklarının erken yaşta başladığını, ortalama başlangıç yaşının 15–25 arası olduğunu göstermektedir (Treasure ve diğerleri, 2020). Ancak son yıllarda çocukluk döneminde ve ileri yaşta da görülme oranlarının arttığı bildirilmektedir (Kerr-Gaffney ve diğerleri, 2021).

Yeme bozuklukları mortalite açısından psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek oranlara sahiptir (Arcelus ve diğerleri, 2019). Özellikle anoreksiya nervozada mortalite oranı %5–10 arasında değişmekte, intihar ve komplikasyonlar bu artışta belirleyici olmaktadır (Frank, 2021; Zipfel ve diğerleri, 2022). Erken tanı, çok disiplinli tedavi yaklaşımı ve toplum temelli önleme programları, yeme bozukluklarının yükünü azaltmada önemli rol oynamaktadır (Treasure ve diğerleri, 2020; Byrne ve diğerleri, 2023).

Yeme bozukluklarının yönetimi, tıbbi stabilizasyon, psikoterapi ve beslenme rehabilitasyonunu içeren multidisipliner bir yapıyı gerektirir; özellikle anoreksiya nervozada yakın tıbbi izlem ve komplikasyon yönetimi tedavinin temelini oluşturur (NICE, 2017). Psikoterapide bilişsel davranışçı terapi bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu için

birinci basamak tedavi olarak önerilmekte, semptom sıklığını ve dürtüsel yeme davranışlarını anlamlı biçimde azaltmaktadır (Fairburn, 2020).

Son yıllarda dijital tedavilerin yaygınlaşması önemli bir eğilim olup, internet tabanlı CBT programları ve rehberli self-help uygulamaları tıknırcasına yeme semptomlarında belirgin iyileşme sağlamış, ulaşılabilirliği artırarak bekleme sürelerini azaltmıştır (Sander ve diğerleri, 2024).

2.4. Depresyon

Depresyon (majör depresif bozukluk ve ilgili duygu durum bozuklukları), bireyin duygusal, bilişsel ve fiziksel işlevlerinde belirgin bozulmaya neden olan yaygın bir ruhsal hastalıktır. Temel olarak iki haftadan uzun süren kalıcı çökkün ruh hali veya anhedoni (önceden zevk alınan etkinliklerden keyif alamama) ile karakterizedir. Bu temel belirtilere genellikle iştah ve kilo değişiklikleri, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, enerji azlığı, değersizlik ve suçluluk duyguları, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü ile ölüm ya da intihar düşünceleri eşlik eder (APA, 2022; WHO, 2023).

Depresyonun görülme sıklığı dünya genelinde oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkin nüfusun yaklaşık %5'i depresyon yaşamaktadır (WHO, 2023). Lancet'in (2023) küresel yük raporuna göre depresyon, dünya genelinde engellilikle kaybedilen yaşam yıllarının (YLD) önde gelen nedenlerinden biridir. Kadınlarda görülme oranı erkeklerden yaklaşık iki kat fazladır ve bu farkın hormonal, biyolojik ve psikososyal faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (NIMH, 2023; NICE, 2022). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik araştırmalar da benzer sonuçlar bildirmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin (2023) verilerine göre ülkemizde yaşam boyu depresyon prevalansı %8-12 arasında değişmekte, özellikle kadınlarda, düşük gelir düzeyine sahip bireylerde ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksek oranlar bildirilmektedir.

Depresyonun epidemiyolojisi yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, genetik yatkınlık, yaşam olayları ve kültürel faktörlerle yakından ilişkilidir. Ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlaması sıktır; yaşlılıkta ise çoğu zaman kronik fiziksel hastalıklar, yalnızlık ve bilişsel gerilemeyle ilişkilidir (Mayo Clinic, 2024b). Sosyal destek eksikliği, travmatik yaşam olayları, doğum sonrası dönem (postpartum depresyon) ve kronik stres depresyon riskini artıran önemli faktörlerdir (Türk Psikiyatri Derneği, 2024).

Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de ciddi ekonomik ve sağlık yükü oluşturduğunu göstermektedir. Avrupa genelinde yapılan çalışmalarda, depresyonun sağlık harcamaları içinde ruhsal bozukluklar arasında en büyük paya sahip olduğu ve üretkenlik kaybına neden olduğu bildirilmiştir (OECD, 2023; WHO, 2023). Türkiye’de yapılan ulusal düzeydeki ruh sağlığı araştırmalarında da depresyonun en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu ve özellikle şehirleşme, işsizlik, pandemi sonrası sosyal izolasyon gibi faktörlerle birlikte artış gösterdiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Depresyonun etiyolojisi çok faktörlü olup, genetik yatkınlık, nörobiyolojik mekanizmalar (nörotransmitter dengesizlikleri, nöroplastisite değişiklikleri), hormonal bozukluklar, çevresel stresörler ve psiko-sosyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar (Nature Neuroscience, 2024; NIMH, 2023). Uluslararası kılavuzlar da (APA, 2022; NICE, 2022; Türk Psikiyatri Derneği, 2023) tanı, risk değerlendirmesi (özellikle intihar riski) ve tedavi planı oluşturmada standart yaklaşım önerilmektedir. Tedavi yaklaşımları bireyselleştirilmiş biçimde belirlenir. Hafif olgularda psikoterapi (ör. bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi) öncelikli iken; orta ve şiddetli olgularda antidepresan ilaçlar, psikoterapi ve gerekirse biyolojik tedaviler (EKT, TMS, esketamin) birlikte uygulanabilir (NIMH, 2023; Cleveland Clinic, 2024). Sonuç olarak depresyon hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli bir sağlık sorunudur. Erken tanı, bütüncül tedavi ve toplumsal farkındalık depresyonun yükünü azaltmak açısından kritik öneme sahiptir (WHO, 2023; Türk Psikiyatri Derneği, 2024; Lancet,2023).

2.5.Klimakterik Dönem ve Menopoz Semptomları

Klimakterik dönem, üreme yaşamının sonuna doğru görülen ve hormonal dalgalanmalarla karakterize olan geçiş süreci olup, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz evrelerini içeren fizyolojik bir dönüşüm dönemi olarak tanımlanmaktadır (NAMS, 2023). Bu süreçte östrojen ve progesteron düzeylerinin düzensizleşmesiyle birlikte özellikle vazomotor semptomlar başta olmak üzere çeşitli fiziksel, psikolojik ve ürogenital yakınmalar ortaya çıkmaktadır (ACOG, 2022). Güncel epidemiyolojik veriler, kadınların yaklaşık %75’inde vazomotor semptomların; %40–60’ında uyku bozukluğu ve yorgunluğun; %50’sinden fazlasında ise duygudurum dalgalanmaları ve irritabilitenin görüldüğünü bildirmektedir (Freeman, 2023).

Vazomotor semptomlar (sıcak basması ve gece terlemesi), menopozun en sık ve yaşam kalitesini en çok etkileyen belirtileri olup, ortalama 7–10 yıl arasında sürebilmekte; bazı kadınlarda 10 yılın üzerine çıktığı bildirilmektedir (Avis, 2022). Çalışmalar, vazomotor semptomların uyku kalitesinde bozulma, bilişsel performansta azalma ve iş yaşamında verimlilik düşüşüyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Thurston, 2024). Ayrıca, bu semptomların kardiyovasküler hastalık riskinde artışla ilişkili olabileceğine dair bulgular da giderek güçlenmektedir (El Khoudary, 2020).

Psikolojik semptomlar arasında depresyon, anksiyete, irritabilite ve duygusal dalgalanmalar bulunmakta olup, perimenopoz döneminin depresyon gelişimi açısından en riskli evre olduğu ortaya konmuştur (Soares, 2023). Hormonal dalgalanmaların serotonin ve dopamin sistemleri üzerindeki etkisi, uyku bozukluğu ve yaşam stresörlerinin birleşmesi psikolojik belirtilerin şiddetini artırabilmektedir (Gordon, 2022). Güncel çalışmalar, menopoz geçişindeki depresif belirti prevalansının %30–45 arasında değiştiğini ve özellikle vazomotor semptom şiddeti arttıkça depresif belirtilerin daha yoğun görüldüğünü bildirmektedir (Bromberger, 2022).

Ürogenital semptomlar ise östrojen eksikliğine bağlı olarak vajinal kuruluk, disparoni, sık idrara çıkma ve üriner enfeksiyonlara yatkınlık şeklinde ortaya çıkmakta; postmenopozal kadınların yaklaşık %40–60'ının genitoüriner menopoz sendromu yaşadığı bildirilmektedir (NICE, 2023). Bu yakınmalar ilerleyici özellik taşıdığı için erken değerlendirme ve tedavi önemlidir.

Güncel araştırmalar ayrıca yaşam tarzı faktörlerinin (egzersiz, Akdeniz tipi beslenme, kilo yönetimi) menopoz semptomlarının şiddetini belirgin ölçüde azaltabileceğini göstermektedir (Greendale, 2023). Hormonal tedavi ise orta-ağır vazomotor semptomların etkili tedavisi olmaya devam etmekte; kişisel risk profiline göre uygulanması önerilmektedir (NAMS, 2023). Non-hormonal yaklaşımlar (SSRI/SNRI, gabapentin, CBT-I) özellikle hormonal tedavi kullanamayan kadınlarda etkili seçenekler olarak görülmektedir (Kaunitz, 2024).

Genel olarak güncel literatür, klimakterik dönemde görülen semptomların yüksek prevalansa sahip olduğunu, yaşam kalitesini belirgin olarak etkilediğini ve bireyselleştirilmiş, kanıta dayalı yönetim stratejilerinin kadın sağlığında kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır (WHO, 2023).

2.6.Klimakterik Dönem ve Yeme Bozuklukları

Klimakterik dönem, hormon düzeylerindeki dalgalanmalara bağlı olarak hem fiziksel hem psikolojik değişikliklerin yoğun yaşandığı bir süreçtir ve bu biyolojik geçişin yeme davranışı üzerinde önemli etkileri olabileceği bildirilmektedir (NAMS, 2023). Perimenopoz ve menopoz döneminde östrojen düzeylerinin azalması, iştah düzenlemesi, leptin–insülin dengesi ve yağ dağılımı üzerinde belirgin değişikliklere yol açarak bazı kadınlarda aşırı yeme, duygusal yeme veya kısıtlayıcı yeme davranışlarının artmasına neden olabilmektedir (Brown, 2022).

Güncel çalışmalar, özellikle perimenopoz döneminin duygudurum dalgalanmaları, uyku bozukluğu ve artmış stres düzeyi nedeniyle yeme bozukluğu gelişimi açısından daha hassas bir dönem olduğunu göstermektedir (Soares, 2023). Bu dönemde görülen anksiyete ve depresif belirtilerin duygusal yeme davranışlarını tetiklediği; tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) riskinin menopoz geçişinde anlamlı şekilde arttığı ortaya konmuştur (Bromberger, 2022). Ayrıca, menopoz sırasında kilo alımı ve vücut kompozisyonundaki değişikliklere bağlı olarak beden algısının bozulması, yeme davranışındaki dengesizlikleri güçlendirebilmektedir (Henry, 2022).

Bazı kadınlarda ise kilo kontrolü amacıyla aşırı kısıtlama, yoğun diyet yapma veya kompensatuvar davranışlara yönelme görülebilmektedir; bu durum özellikle geçmişte yeme bozukluğu öyküsü olan kadınlarda tekrar nüks riskini artırmaktadır (Mulders, 2023). Perimenopoz döneminde östrojen azalmasının impulsivite ve ödül sistemini etkileyerek tıknırcasına yeme nöbetlerine biyolojik zemin hazırladığı da son nörohormonal araştırmalarda vurgulanmaktadır (Klaning, 2023).

Tedavi açısından, klimakterik dönemde psikoterapi (CBT, duygu düzenleme odaklı yaklaşımlar) yeme davranışlarını düzenlemede etkili bulunurken, özellikle BED ve duygusal yeme davranışlarında CBT-ED uygulamalarının semptom şiddetini azalttığı gösterilmiştir (Fairburn, 2020). Depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği vakalarda hem psikoterapi hem uygun farmakoterapi birlikte değerlendirilmeli; gerektiğinde menopoz semptomlarının (uyku bozukluğu, vazomotor yakınmalar) yönetimi yeme davranışı üzerindeki yükü hafifletebilmektedir (ACOG, 2022). Ayrıca, yaşam tarzı müdahaleleri—düzenli egzersiz, protein ağırlıklı dengeli beslenme, yeterli uyku, mindfulness temelli yaklaşımlar—menopoz döneminde hem metabolik dengeyi hem de yeme davranışını desteklemektedir (Greendale, 2023).

Genel olarak kanıtlar, klimakterik dönemin biyolojik, ruhsal ve davranışsal hassasiyetleri nedeniyle yeme bozukluklarının ortaya çıkabileceği veya var olan bozuklukların şiddetlenebileceği bir dönem olduğunu; erken değerlendirme, beden algısı yönetimi ve psikolojik destek ile riskin azaltılabileceğini göstermektedir (WHO, 2023).

2.7. Klimakterik Dönem ve Depresyon

Klimakterik dönem, üreme kapasitesinin azaldığı ve hormonal dengenin ciddi biçimde değiştiği bir geçiş sürecidir; bu değişim özellikle östrojen düzeylerindeki düşüş nedeniyle duygudurum üzerinde belirgin etkiler yaratmakta ve depresyon riskini artırmaktadır (Freeman, 2016). Östrojen, serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesinde kritik rol oynadığı için hormon seviyelerindeki dalgalanmalar depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Soares ve diğerleri, 2008).

Klimakterik dönemde depresyon gelişme riski belirgin şekilde artmaktadır (Alblooshi ve diğerleri, 2023). Yapılan meta-analizler, menopoz dönemindeki kadınlarda depresyon prevalansının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu ve özellikle perimenopoz döneminin en riskli evre olduğunu göstermektedir (Badawy, 2024; Jia, 2024). Bu artışın temel mekanizmaları arasında östrojen seviyelerindeki düzensiz dalgalanmalar, serotonerjik ve GABAerjik sistemlerdeki değişiklikler, sıcak basmaları ve uyku bozukluklarının biyolojik etkileri yer almaktadır (Gibson ve diğerleri, 2025; Kandasamy ve diğerleri, 2024). Perimenopoz dönemi, hormonal düzensizliğin en yoğun yaşandığı dönem olduğu için depresyon açısından özellikle kritik bir zaman dilimidir (Maki ve diğerleri., 2019). Bunun yanında vazomotor semptomların şiddeti ile depresyon arasında anlamlı pozitif ilişki bulunduğu ve bu semptomların tedavisinin depresif belirtileri de azaltılabileceği ifade edilmektedir (Thurston ve diğerleri, 2018). Ayrıca yaşam olayları, bakım yükü, fiziksel semptom şiddeti ve uyku bozukluğu gibi psikososyal ve davranışsal faktörler depresif belirtileri tetikleyebilmektedir (Hawkins, 2025; Davis, 2023).

Perimenopoz döneminde östrojen dalgalanmalarının duygu durum merkezlerini etkilediğini gösteren çalışmalar, bu dönemin biyolojik duyarlılık penceresi olduğuna dikkat çekmektedir (Panay, 2024; The Menopause Society, 2023). Özellikle vasomotor semptomların (VMS) şiddetinin artması, depresyon riskini bağımsız olarak yükseltmektedir (NICE, 2024).

Meme kanseri öyküsü olan veya hormonal tedavisi kontrendike olan kadınlarda ise depresyon yükü daha da yüksek bulunmuştur (ESHRE, 2024).

Menopoz sürecine geçişle birlikte değişen hormon dengesi, geçmiş yaşam öyküsünde depresyon semptom ve tanısı olmayan kadın için yeni bir depresif ruh halinde olma durumu ile güçlü şekilde ilişkili görülmektedir. Menopoza geçiş sürecinin başlaması ile birlikte kadın, menopoz öncesi yıllarla kıyaslandığında, daha yüksek depresyon riski taşıdığı görülmektedir (TEMD, 2023). 2009 yılında Dökmen'in yaptığı çalışmaya göre kadınların farklı menopoz döneminde olmasının ruh sağlığını ve vücut algısını anlamlı ölçüde değiştirmedığı anlaşılmaktadır. Anksiyete ve depresyon belirtileri, bedensel yakınmaları, benlik algıları, öfke ve düşmanlık duyguları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Dökmen, 2009).

Yapılan epidemiolojik çalışmalara göre, menopoz dönemindeki kadınlarda depresyon prevalansı %30–36 civarında olup, perimenopozal ve postmenopozal dönemde hafif değişiklikler gözlenmektedir (Ai ve diğerleri, 2024). Türkiye'de yapılan araştırmalar, 45–55 yaş arası menopoz geçişi dönemindeki kadınlarda depresif belirtilerin yaklaşık %27,1 oranında olduğunu ve bu semptomların şiddetinin yaş, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Özellikle yaşlanan anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkili, 2023). Depresyonun patofizyolojisi, östrojen eksikliği ile nörotransmitter sistemlerinde meydana gelen değişimlerle açıklanabilir; serotonin, dopamin ve noradrenalin yollarındaki düzensizlikler duygu durumunda dalgalanmalara yol açar ve estrojen eksikliği inflamasyon yollarını (ER α /ER β /GPER-NLRP3/NF- κ B) etkileyerek depresyon gelişimini tetikleyebilir (Jiang ve diğerleri, 2024). Ayrıca menopoz semptomlarının yoğunluğu, özellikle sıcak basmaları ve uyku bozuklukları, depresyon şiddeti ile pozitif korelasyon göstermektedir (Wang ve diğerleri, 2022). Depresyon riskini artıran faktörler arasında önceki depresyon öyküsü, kronik hastalık varlığı, erken menopoz ve düşük sosyal destek yer almakta; bu faktörlere sahip kadınlarda depresyon riski daha yüksektir (BMC Psychiatry, 2024; BMC Psychology, 2023). Öte yandan, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve menopoz semptomlarının etkin yönetimi depresyonun önlenmesinde koruyucu etki göstermektedir (BMC Psychiatry, 2024). Klinik açıdan, menopoz döneminde depresyonun erken tespiti ve uygun yönetimi yalnızca psikolojik sağlığı korumakla kalmaz, aynı zamanda kardiyovasküler hastalık, kemik yoğunluğu kaybı ve diğer kronik durumların gelişimini de etkileyebilir (Seeley ve diğerleri, 2020; Ai ve diğerleri, 2024).

Kadınların duygu durumları dikkatle izlenmeli, risk altındaki bireylerde erken müdahale sağlanmalı ve gerekirse psikiyatrik destek ile birlikte yaşam tarzı düzenlemeleri uygulanmalıdır

(Jiang ve diğ erleri, 2024; Wang ve diğ erleri, 2022; BMC Psychiatry, 2024). Tedaviye yönelik çalışmalar, bilişsel davranışçı terapisinin (CBT) menopo  dönemindeki depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Kim, 2024). Uygun hastalarda menopo  hormonu tedavisinin (MHT/HRT) vasomotor semptomları ve uyku bozukluklarını azaltarak depresif belirtilere dolaylı olumlu katkılar sağlayabileceği bildirilmiştir (NICE, 2024; Panay, 2024). Non-hormonal seçenekler arasında SSRI/SNRI'lerin hem vasomotor semptomları hem de depresyonu azalttığı gösterilmiştir (The Menopause Society, 2023).  alışmalar ayrıca yaşam tarzı müdahaleleri, egzersiz, stres yönetimi ve düzenli uyku hijyeninin destekleyici rolüne dikkat çekmektedir (Kandasamy ve diğ erleri, 2024; Davis, 2023).

Sonuç olarak klimakterik dönem, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin birleşmesiyle depresyon açısından kritik bir dönem olup, uyku bozuklukları, sıcak basmaları ve gece terlemeleri gibi semptomlar yaşam kalitesini azaltmakta; uykusuzluk ve fiziksel rahatsızlık depresyonun başlamasında önemli aracılar olarak tanımlanmaktadır (Joffe ve diğ erleri, 2011).Riskli bireylerin erken tanı, düzenli tarama ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarıyla desteklenmesi gerekmektedir (Hawkins, 2025; Gibson ve diğ erleri, 2025). Klimakterik dönemde depresyonun tanınması ve erken müdahale edilmesi hem ruh sağlığını hem de genel yaşam kalitesini korumak açısından kritik önem taşımaktadır (Maki ve diğ erleri, 2020).

2.8. Klimakterik Dönemde Hemşirelik Yaklaşımları ve Yönetimi

Klimakterik dönem, kadın yaşamında östrojen ve progesteron hormonlarının azalmasıyla karakterize edilen ve menopo  öncesi, menopo  ve postmenopo  kapsayan bir süreçtir; bu dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler bir arada görülebilir (Santoro ve diğ erleri, 2023). Hemşirelik yaklaşımı, bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesini artırmak, semptomları yönetmek ve sağlık risklerini azaltmak amacıyla bütüncül ve bireyselleştirilmiş bakım modelini içerir (WHO, 2022). Hemşireler, öncelikle menopo  semptomlarını değerlendirmek için kapsamlı bir anamnez ve semptom ölçekleri kullanarak, sıcak basmaları, gece terlemeleri, uyku bozuklukları, duygudurum değişiklikleri, vajinal atrofi ve cilt elastikiyetinde azalma gibi belirtileri sistematik olarak izlemelidir (Fuh ve diğ erleri, 2021). Ayrıca, kardiyovasküler riskler, kemik mineral yoğunluğu kaybı, kilo artışı ve metabolik sendrom açısından kadınları taramak hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Lobo ve

diğerleri, 2022). Hemşirelik yönetimi hem eğitici hem de destekleyici bir yaklaşımı kapsar; bu bağlamda sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, stres yönetimi, uyku hijyeni ve sigara/alkol kullanımının sınırlandırılması konusunda danışmanlık yapılır (Erdélyi ve diğerleri, 2024). Psikolojik destek, depresyon ve anksiyete semptomlarının erken tanısı ve gerektiğinde uygun yönlendirmeler de hemşirelik yaklaşımının ayrılmaz bir parçasıdır (Ai ve diğerleri, 2024). Hemşireler ayrıca farmakolojik tedavi planlamasında, hormon replasman tedavisi veya semptom yönetimi için hekimle iş birliği içinde çalışmalı ve hastaların tedaviye uyumunu izlemelidir (Sharma ve diğerleri, 2023). Grup eğitimleri, danışmanlık seansları ve bireysel bakım planları ile kadınların kendi sağlıklarıyla ilgili farkındalığı artırılabilir; bu sayede semptomların şiddeti azalır ve yaşam kalitesi yükselir (BMC Women's Health, 2023). Sonuç olarak, klimakterik dönemde hemşirelik yaklaşımı, biyopsikososyal model çerçevesinde bütüncül, bireyselleştirilmiş ve multidisipliner bir yönetimi içermekte olup, kadınların sağlıklı yaşlanmasını destekleyen temel bir sağlık hizmeti sunmaktadır (WHO, 2022; Santoro ve diğerleri, 2023).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tasarımı

Araştırma analitik-kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekoloji Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde gebe izleme polikliniği ve kadın hastalıkları polikliniğinden oluşmaktadır. Farklı il ve ilçelerden kadınların başvurusu sebebiyle araştırmanın bu hastanede yapılması uygun görülmüştür. Bu durum araştırmaya alınan kadınların çeşitliliği bakımından önemlidir.

3.3.Araştırma Süreci

Araştırma süreci Tablo 1 de görülmektedir.

Tablo 1: Araştırma Planı

İşlemler	Tarih
- Literatür taraması yapılması - Araştırma konusunun belirlenmesi	15 Ocak 2024-10 Ağustos 2024
Etik kurul ön onayı ve son onayının alınması	05 Ağustos 2024-15 Aralık 2025
- Katılımcıların belirlenmesi - Verilerin toplanması	5 Eylül 2024-10 Ağustos 2025
- Veri analizi yapılması - Analizlerin raporlanması	15 Ağustos 2025-30 Kasım 2025
- Tezin yazılması - Tezin basımı ve ilgili yerlere dağıtılması	10 Haziran 2024-30 Aralık 2025

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniği'ne başvuran, 40-65 yaş arasında olan klimakterik dönemdeki kadınlar oluşturulmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılacak etki büyüklüğü için Gürkan (2005) tarafından yapılan 'Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği' isimli çalışmasından elde edilen veriler kullanılmıştır (Gürkan, 2005). Etki büyüklüğünün orta etki düzeyinde olacağı değerlendirilerek, tip I hata miktarı $\alpha=0.05$, etki büyüklüğü orta düzey etki (0.21) olarak alınmış, testin hedeflenen gücü $1 - \beta=0.85$ iken istatistiksel analizler için gerekli olan örneklem büyüklüğü menopoz semptomları değerlendirme ölçeğine göre en az $n=284$ olarak belirlenmiştir. Çalışma verilerinde kayıp veri ve uç değerlerin olması ihtimali düşünülerek örneklem sayısına %10 oranında ekleme yapılarak 312 kadına ulaşılması planlanmıştır. Örneklem sayısında 337 kişiye ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma, Çıkarılma Kriterleri ve Bağımlı- Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 40-65 yaş arasında olma,
- Okur yazar olma,
- Türkçe okuyup anlayabilme,
- Pre-peri ve postmenopozal dönemde olan kadınlar

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Psikiyatrik bozukluk tanısı alan kadınlar (anksiyete bozukluğu, depresyon vb.)
- Cerrahi yolla menopoza giren kadınlar

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

Araştırma veri toplama formunu eksik veya hatalı dolduran kadınlar araştırmadan çıkarılma kriterlerini oluşturmaktadır. Elde edilen veriler araştırma için kullanılmayacaktır.

Bağımlı- Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmada bağımlı değişkenler Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması olup; bağımsız değişkenler yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, çocuk sayısı, emzirme süresi, son 12 ay içerisinde adet görme, son bir yıl içerisinde adet döngüsünde aylık sapma durumu ve hormon replasman tedavisi görme durumudur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri Toplama formu Tanıtıcı Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)’nden oluşmaktadır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Hazırlanan formda yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, çocuk sayısı, emzirme süresi, son 12 ay içerisinde adet görme, son bir yıl içerisinde adet döngüsünde aylık sapma durumu ve hormon replasman tedavisi görme durumunu içeren toplam 11 adet soru bulunmaktadır (Riedy ve diğerleri, 2024; Barbhuiya, 2024; Temple ve arkadaşları, 2024; Baker ve diğerleri, 2019; Mangweth-Matzek ve diğerleri, 2025).

3.6.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (Ek-1)

Ölçek, Schneider, Heinemann ve arkadaşları (1992) tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce 'ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerliliği 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenirlik geçerliliğini Gürkan (2005) yılında yapılmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Somatik

şikayetler alt boyutu 4 maddeden oluşmakta olup minimum 0 maksimum 16 puan alınmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı 0,65'tir. Psikolojik şikayetler alt boyutu 4 maddeden oluşmakta olup minimum 0 maksimum 16 puan alınmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı 0,79'dur. Ürogenital şikayetler alt boyutu 3 maddeden oluşmakta olup minimum 0 maksimum 12 puan alınmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı 0,72'dir. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir (Gürkan, 2005). Ölçeğin toplamından minimum 0, maksimum 44 puan alınmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,84'tür. (Gürkan, 2005). Bu çalışma için ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır (Ek-2). Etik kurul dosyasına eklenmiştir.

3.6.3.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) (Ek-1)

Ölçek yeme bozukluklarını değerlendirmek için Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilmiştir ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 28 gün boyunca yeme davranışlarını 4 alt boyutu ile değerlendirir. Alt boyutları: Kısıtlama, Şekil Endişesi, Kilo Endişesi ve Yeme Endişesi. Ölçeğin Türkçe versiyonunun ergenlerde geçerlik ve güvenirlik çalışması Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. EDE-Q'daki her madde 7 puanlık Likert tipi bir ölçekte puanlanır (0 = hiçbir zaman, 1 = 1-5 gün, 2 = 6-12 gün, 3 = 13-15 gün, 4 = 16-22 gün, 5 = 23-27 gün, 6 = her gün). Ölçeğin puanları, ölçeğin tamamındaki veya ölçeğin her bir alt ölçeğindeki maddelerin puanlarının toplamına göre değerlendirilir ve daha yüksek puanlar yemeye ilişkili daha yüksek düzeyde psikopatolojiyi gösterir. On üç maddeden oluşan EDE-Q- 13 Yeme Kısıtlaması (YE), Şekil ve Ağırlığın Aşırı Değerlendirilmesi (SWO), Beden Memnuniyetsizliği (BD), Tıkınırcasına Yeme ve Arınma olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik çalışması Lev-Ari ve diğerleri (2021) tarafından yürütülmüştür ve ölçek orijinal EDE-Q ile güçlü bir pozitif korelasyon göstermiştir. Ölçeğin alt boyutlarının (EDE-Q-13) Cronbach alfa değerleri Şekil ve Ağırlığın Aşırı değerlendirilmesi için 0,99, Beden Memnuniyetsizliği için 0,89, Yeme Kısıtlaması için 0,92, Tıkınırcasına Yeme için 0,89 ve Arınma için 0,63 olarak bildirilmiştir. EDE-Q-13 son 28 günü kapsayan sorulara verilen cevaplara göre yapılır. Cevaplara verilen gün sayısına göre aşağıdaki tabloya uygun olarak 7'li Likert yöntemine göre puanlanma yapılır. Ölçeğin puanlaması gün sayısına göre 0 gün 0 puan,

1-5 gün 1 puan, 6-12 gün 2 puan, 13-15 gün 3 puan, 16-22 gün 4 puan, 23-27 gün 5 puan, her gün 6 puan olarak değerlendirilmektedir. EDE-Q-13 puanlaması ölçeğin tamamındaki ve ölçeğin her bir alt boyutundaki maddelerin toplam puanına göre değerlendirilir. Alt boyut puanları madde sayısına bölünürken toplam puan alt boyut puanları toplandıktan sonra alt boyut sayısına bölünerek puan hesaplanır. Yüksek puan yeme ile ilişkili psikopatolojinin daha yüksek olduğunu gösterir (Esin ve Ayyıldız, 2022). Ölçeğin kullanım izni yazarından alınmıştır ve etik kurul dosyasına eklenmiştir (Ek-3). Bu çalışma için de Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır.

3.6.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-1)

Ölçek Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilmiş olup Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur. Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmeye yarayan BDÖ, 21 maddeden oluşan dördümlük tip bir ölçektir. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giderek 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Alınan puanların artması depresyonun arttığı anlamına gelmektedir. Ölçekten alınan puanların, 0-9 puan arasında olması depresyonun olmadığını, 10-16 puan arasında olması hafif depresyonu, 17-29 puan arasında olması orta şiddetli depresyonu, 30-63 puan arasında olması ise şiddetli depresyonu göstermektedir (Hisli, 1989). Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kullanım izni yazarından alınmıştır ve etik kurul dosyasına eklenmiştir (Ek-4). Bu çalışma için de Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2: Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri (n=337)

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's alpha değerleri
MSDÖ	0,91
Somatik şikayetler alt boyutu	0,79
Psikolojik şikayetler alt boyutu	0,88
Ürogenital şikayetler alt boyutu	0,84

YBDÖ	0,92
Kısıtlı yeme alt boyutu	0,94
Beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyutu	0,95
Beden memnuniyetsizliği alt boyutu	0,95
Tıkınırcasına yeme alt boyutu	0,86
Arınma alt boyutu	0,86
BDÖ	0,94

3.7. Ön Uygulama

Soru formunda yer alan soruların klimakterik dönem kadınlar tarafından anlaşılabilirliği, cevaplanma durumu ve uygulama süresinin değerlendirilmesi için forma son halini vermek üzere 10 kadına 20 Eylül 2024- 25 Eylül 2024 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniğine başvuran, 40-65 yaş aralığında bulunan, araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar ile 5 Eylül 2024-10 Ağustos 2025 tarihler arasında yürütülmüştür. Veriler hafta içi 3 gün olacak şekilde poliklinik hizmetlerinin verildiği saatler arasında, araştırmacının da uygun olduğu günlerde toplanmıştır. Veri toplama formu, görüşmelerin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi ve kadınların mahremiyetinin sağlanması için klinikte bulunan boş ya da uygun olan odada yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Araştırmayı kabul eden kadınlardan sözlü onamları alındıktan sonra BGOF imzalamaları sağlanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Araştırma verileri toplanırken kurumun günlük rutinlerini etkilememeye özen gösterilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan kadınlar muayene sonrasında kan, idrar gibi tetkikler için laboratuvara yönlendirilmiştir. Bu sebep ile araştırma verileri çoğunlukla muayeneye öncesinde toplandığı için veriler kadınların muayene öncesi stres düzeyinden etkilenmiş olabilir. Ayrıca kadınların muayene öncesinde zaman kısıtlılığı sebebiyle acele etmeleri de güçlük yaşanmasına neden olmuştur.

Araştırma Sınırlılıkları:

Araştırma tipi kesitsel çalışma olduğu için veriler zamanla değişkenlik gösterebilmektedir. Araştırma örneklem belirlenmesi gelişigüzel örneklem olduğu için veriler seçilen örneklem gruplarına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Araştırma verileri katılımcıların beyanlarına dayandığı için verilerin güvenilirliği ve doğruluğu katılımcı beyanı ile sınırlı kalmaktadır.

3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 26.0 paket programında analiz edilmiştir. Katılımcıların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ilişkin veriler tanımlayıcı istatistikler (aritmetik ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde) kullanılarak verilmiştir. Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerin ölçek puanlarına etkisini değerlendirmek için önce verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olması durumunda verilerin normal dağılıma uygun olduğu kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Normal dağılan verilerde ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) testi kullanılmıştır. Varyans analizinden elde edilen sonuçlara göre gruplar arasında anlamlı fark saptandığında, önce homojenlik testi uygulanmış ve varyansların homojen olması nedeniyle Post hoc Tukey HSD uygulanmıştır. Normal dağılmayan verilerde ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçeklerin puanlarının arasındaki ilişkinin gücünün ve ilişkisinin

belirlenmesinde Çoklu Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.08.2024 tarihinde ön onay (Protokol No: 2024/405 Sayı No: E-76261397-050.99-581592), araştırma tamamlandıktan sonra 04.09.2023 tarihinde (Protokol: 2021-265) son onay alınmıştır (Ek-5 ve Ek-6). Araştırmanın yürütüldüğü Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden 22.08.2024 tarihinde araştırma izni alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya katılım sağlayan kadınlardan yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin izni için, geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan yazarından kullanım izni alınmıştır. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği için Doç. Dr. Özlem Can 'dan, Yeme bozuklukları değerlendirme ölçeği için Doç. Dr. Feride Ayyıldız'dan, Beck Depresyon Ölçeği için Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından kullanım izinleri alınmıştır. (Ek-2, Ek-3 ve Ek-4) Araştırmaya katılan kadınlar katılmaları konusunda baskı yapılmamış olup gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Kadınların Sosyo- demografik Özellikleri

Tablo 3: Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine göre Dağılımı (n=337)

Değişkenler	Ortalama	Min-max
Yaş	50,36	40-65
	Sayı(n)	Yüzde (%)
40-49 yaş arası	173	51,3
50 yaş ve üzeri	164	48,7
*Beden Kitle İndeksi (BKİ (kg/m²))		
Zayıf (<18.5)	6	1,78
Normal (18.5-24.99)	135	40,06
Fazla kilolu (≥25-29.99)	129	38,28
Obez (≥30.00-34.99)	56	16,62
Orta derece obez (35.00 – 39.99)	7	2,08
Morbid obez (40.00 – 49.99)	4	1,18
Medeni durumu		
Evli	256	76,00
Bekar	81	24,00
Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	42	12,46
Ortaokul mezunu	41	12,17
Lise mezunu	87	25,82
Üniversite mezunu	143	42,43
Yüksek lisans/doktora mezunu	24	7,12
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Çalışan	225	66,8
Çalışmayan	112	33,2
Meslek (n=225)		
Memur	120	53,3
İşçi	52	23,1
Serbest meslek	27	12,0
Diğer	26	11,6

Ekonomik durum		
İyi (Gelir giderden fazla)	39	11,6
Orta (Gelir gidere denk)	248	73,6
Kötü (Gelir giderden az)	50	14,8

Tablo 3’de kadınların Sosyo-demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmaya toplamda 337 kadın dahil edilmiştir. Kadınların Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %51,3’ünün 40-49 yaş arasında %48,7’sinin 50 yaş ve üzeri olduğu ve yaş ortalamasının ise 50,36 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların beden kitle indeksinin %40,06 oranında normal kategoride olduğu, %76,00’sinin evli, %42,43’ünün üniversite mezunu, %66,8’inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %53,3’ünün memur, %73,6’sının gelir durumunun orta (gelir gidere denk) olduğu belirlenmiştir.

4.2. Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özellikleri

Tablo 4: Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerinin Dağılımı (n=337)

Üreme sağlığına ait özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk sayısı		
Hiç çocuğu yok	46	13,65
1	106	31,45
2	138	40,95
3 ve üzeri	47	13,95
Emzirme süresi		
Hiç emzirme deneyimi olmamış	36	10,7
6 aydan az	50	14,8
6-12 ay	126	37,4
13 ay ve üzeri	125	37,1
Son 12 ay içerisinde adet görme durumu		
Adet gören	196	58,2
Adet görmeyen	141	41,8
Son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşama durumu		
Evet	138	40,9
Hayır	199	59,1

Hormon replasman tedavisi alma

Evet	81	24,0
Hayır	256	76,0

Tablo 4’ de çalışmaya katılan kadınların üreme sağlığına ait özellikleri değerlendirildiğinde %40,95’inin 2 çocuk sahibi olduğu, %37,4’ünün emzirme süresinin 6-12 ay arasında olduğu, %58,2’sinin son 12 ay içerisinde adet gördüğü, %59,1’nin ise son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşamadığı, %76,0’nın ise hormon replasman tedavisi gördüğü belirlenmiştir.

4.3. Kadınların MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Tablo 5: Kadınların MSDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum Maksimum	Ortanca	Ortalama±SS
Somatik şikayetler alt boyutu	0-16	7.00	6.68±3.76
Psikolojik şikayetler alt boyutu	0-16	8.00	7.44±3.82
Ürogenital şikayetler alt boyutu	0-12	3.00	3.78±3.05
Ölçek toplam puanı	0-39	19.00	17.90±9.25

Tablo 5’de kadınların MSDÖ toplam ve alt boyutları puanları verilmiştir. Bu tabloya göre ölçeğin somatik şikayetler alt boyutunda alınabilecek puanlar 0–16 aralığında olup, ortanca değerinin 7.00, ortalama puanın ise 6.68±3.76 olduğu görülmektedir. Ortalama ve ortanca değerlerin birbirine oldukça yakın olması, somatik şikayetlerin örneklem genelinde orta düzeyde yaşandığını düşündürmektedir. Standart sapmanın görece yüksek olması, bireyler arasında somatik semptomların şiddeti açısından belirgin farklılıklar bulunduğunu göstermektedir.

Psikolojik şikayetler alt boyutunda minimum ve maksimum puan aralığı 0–16 olup, ortanca değerin 8.00 ve ortalama puanın 7.44±3.82 olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, psikolojik şikayetlerin alt boyutlar arasında en yüksek ortalama puana sahip olduğunu ve katılımcıların psikolojik belirtileri somatik ve ürogenital şikayetlere kıyasla daha belirgin yaşadıklarını

göstermektedir. Standart sapmanın yüksekliği, psikolojik semptomların bireyler arasında heterojen bir dağılım sergilediğine işaret etmektedir.

Ürogenital şikayetler alt boyutunda puan aralığı 0–12 olarak belirlenmiş, ortanca değer 3.00, ortalama puan ise 3.78 ± 3.05 bulunmuştur. Ortalama ve ortanca değerlerin düşük olması, ürogenital semptomların örneklem genelinde görece daha az düzeyde yaşandığını düşündürmektedir. Ancak standart sapma değeri, bu alt boyutta da bireysel farklılıkların mevcut olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçek toplam puanı değerlendirildiğinde, alınabilecek puanların 0–39 aralığında olduğu, ortanca değer 19.00 ve ortalama puanın 17.90 ± 9.25 olduğu görülmektedir. Toplam puan ortalamasının ölçeğin orta değerine yakın olması, katılımcıların genel semptom düzeyinin orta seviyede olduğunu göstermektedir.

4.4. Kadınların YBDÖ Toplam ve Alt Puanları

Tablo 6: Kadınların YBDÖ Toplam ve Alt Puanlarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum-Maksimum	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Kısıtlı yeme alt boyutu	0-6	2.00	1.46 ± 1.68
Beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyutu	0-6	2.00	1.65 ± 1.99
Beden memnuniyetsizliği alt boyutu	0-6	2.00	1.87 ± 2.21
Tıkınırcasına yeme alt boyutu	0-6	1.66	0.94 ± 1.27
Arınma alt boyutu	0-6	1.00	0.30 ± 0.81
Ölçek toplam puanı	0-6	1.80	1.24 ± 1.28

Araştırmada kadınların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde, tüm alt boyutların 0 ile 6 puan arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek toplam puanı ise ortalama $1,24 \pm 1,28$ olup, genel olarak örneklem yeme bozukluğu davranışlarına ilişkin eğilimlerinin düşük-orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Kısıtlı yeme alt boyutu için elde edilen $1,46 \pm 1,68$ ortalama değeri, katılımcıların zaman zaman kısıtlayıcı yeme davranışları sergilediğini göstermektedir. Bu puanın geniş standart

sapma ile birlikte değerlendirilmesi, bireyler arasında kısıtlı yeme davranışı açısından heterojen bir dağılım olduğunu düşündürmektedir.

Beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyutu ortalaması $1,65\pm1,99$ olup alt boyutlar arasında en yüksek ortalamaya sahip ikinci puandır. Bu bulgu, kadınlarda beden ağırlığına ilişkin bilişsel ve duygusal kaygıların belirgin olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın yüksek olması, bazı kadınlarda bu kaygının yoğun yaşanırken bazılarında oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Beden memnuniyetsizliği alt boyutu $1,87\pm2,21$ ortalamasıyla tüm alt boyutlar arasında en yüksek değere sahiptir. Bu sonuç, kadınların beden algısı ve görünüm memnuniyetsizliği konusunda daha belirgin sorunlar yaşadığını göstermektedir. Aynı zamanda yine yüksek standart sapma bireysel farklılıkların fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Tıkınırcasına yeme alt boyutu puanı $0,94\pm1,27$ olup diğer psikopatolojik davranışlara göre daha düşük düzeydedir. Bu bulgu, örnekleme aşırı yeme ataklarının daha az görüldüğünü işaret etmektedir.

Arınma (purging) alt boyutu ise $0,30\pm0,81$ puan ile en düşük ortalamaya sahiptir. Bu durum, kusma, müshil kullanımı veya benzeri telafi edici davranışların örnekleme oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir.

4.5. Kadınların BDÖ Puanları ve BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Düzeyleri

Tablo 7: Kadınların BDÖ Puanlarına Göre Dağılımı

Ölçek Puanı	Minimum-Maksimum	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Ölçek toplam puanı	0-51	9	$12,54\pm11,41$

Araştırmaya katılan kadınların ölçek toplam puanı 0-51 arasında olup ortanca değeri 9 ve ortalama standart sapması $12,54\pm11,41$ olarak bulunmuştur.

Tablo 8: Kadınların Toplam BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Dağılımı

Depresyon Düzeyleri	n	%	BDÖ Ortalama±SS
Depresyonda değil (0-9 puan)	174	51,6	4.06±3.25
Hafif düzeyde depresyonda (10-16 puan)	60	17,8	12.46±1.88
Orta düzeyde depresyonda (17-29 puan)	68	20,2	21.57±3.45
Şiddetli düzeyde depresyonda (30-63 puan)	35	10,4	37.28±6.50

Kadınların BDÖ toplam puanları incelendiğinde, ölçekten alınabilecek puanların 0 ile 51 arasında değiştiği, çalışmada ise kadınların BDÖ ortalama puanının ise 12.54±11.41 olduğu belirlenmiştir. Kadınların BDÖ ortalama puanlarının depresyon düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde depresyonda olmayan kadınların alabileceği puan aralığı 0–9 puan olup, BDÖ ortalaması 4.06±3.25 iken örneklem sayısının %51,6’sını (n=174) oluşturmaktadır. Hafif düzeyde depresyonda olan kadınların alabileceği puan aralığı 10–16 puan olup, BDÖ ortalaması 12.46±1.88 iken araştırmaya katılan kadınların %17,8’i (n=60) bu gruptadır. Orta düzeyde depresyonda olan kadınların alabileceği puan aralığı 17–29 puan arasında değişiklik gösterirken BDÖ puanı 21.57±3.45 olup kadınların %20,2’sini (n=68) oluşturan bu grubun depresif belirtilerin belirgin şekilde arttığı görülmektedir. Şiddetli depresyonda olan katılımcılar 30–63 puan aralığında olup, BDÖ ortalama puanının 37.28±6.50 olduğu ve kadınların %10,4’ü (n=35) bu grup içerisinde yer aldığı belirlenmiştir.

4.6. Kadınların Sosyo- demografik ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Tablo 9. Kadınların Sosyo- demografik ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	MSDÖ Toplam Puan			Somatik Şikayetler Alt Boyut Puanı			Ürogenital Şikayetler Alt Boyut Puanı			Psikolojik Şikayetler Alt Boyut Puanı		
	Ort±SS	Test/p	Post Hoc	Ort±SS	Test/p	Post Hoc	Ort±SS	Test/p	Post Hoc	Ort±SS	Test/p	Post Hoc
Yaş Grubu												
40-49 Yaş	15,28±9,61	t=-5,594		5,43±3,84	t=-6,619		3,02±2,90	t=-		6,82±4,12	t=-	
50 Yaş ve üzeri	20,67±8,00	p=0,000		7,99±3,19	p=0,000		4,57±3,01	4,811 p=0,000		8,09±3,38	3,098 p=0,002	
Medeni Durum												
Evli	18,16±99,36	t=0,910		6,77±3,78	t=0,823		3,96±3,02	t=1,948		7,41±3,84	t=-	
Bekar	17,11±98,93	p=0,364		6,38±3,67	p=0,411		3,20±3,08	p=0,052		7,51±3,81	0,236 p=0,837	
Eğitim Durumu												
İlkokul Mezunu	19,07±9,26	F=7,139 p=0,000	2>3,4 3>5	7,19±3,69	F=9,614 p=0,000	2>4,5 3>4,5	4,33±3,37	F=5,713 p=0,000	2>4,5	7,54±3,80	F=3,271 p=0,012	2>5
Ortaokul Mezunu	22,97±8,48			8,65±3,14			5,39±2,95			8,92±3,73		
Lise Mezunu	19,28±8,87			7,71±3,54			4,04±2,87			7,52±3,79		
Üniversite Mezunu	16,04±8,77			5,62±3,63			3,16±2,76			7,25±3,21		
Yüksek lisans/Doktora mezunu	13,29±10,24			4,95±3,89			2,83±3,70			5,50±4,15		

Tablo 9. Kadınların Sosyo- demografik ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Gelir Getiren İşte Çalışma durumu												
Çalışan	16,49±9,19	t=-4,053		6,05±3,78	t=-4,442		3,37±2,87	t=-		7,06±3,83	t=2,572	
Çalışmayan	20,74±8,76	p=0,000		7,93±3,40	p=0,000		4,60±3,23	3,555		8,19±3,71	p=0,001	
								p=0,000				
Ekonomik Durum												
İyi(gelir>gider)	14,74±9,62	F=6,905 p=0,001	3>1,2	5,92±3,88	F=3,323 p=0,037		3,15±3,14	F=3,569 p=0,029	1<3	5,66±3,86	F=9,609 p=0,000	1<2,3 2<3
Orta(gelir=gider)	17,63±9,12			6,56±3,76			3,68±2,96			7,37±3,79		
Kötü(gelir<gider)	21,74±8,53			7,84±3,45			4,76±3,23			9,14±3,31		
BKİ (kg/m²)												
Zayıf	13,33±11,77 12,50	KW- H=16,416 p=0,001	2<3,4	4,66±4,36	KW- H=16,708 p=0,001	2<3,4	2,83±3,48	F=5,136 p=0,002	2<3,4	5,83±4,62	F=3,154 p=0,025	2<3
Normal	15,46±9,91 15,00			5,68±4,02			3,03±3,02			6,74±4,11		
Fazla kilolu	19,76±8,06 21,00			7,42±3,32			4,31±2,90			8,02±3,39		
Obez	19,65±8,72 19,00			7,44±3,37			4,34±2,07			7,86±3,77		
Çocuk Sayısı												
Hiç çocuğu yok	16,78±9,09	F=2,377 p=0,070		6,26±3,65	F=1,781 p=0,151		3,28±3,41	F=2,711 p=0,045	4>3	7,23±3,45	F=1,315 p=0,269	
1	18,25±9,71			6,75±4,00			3,85±3,04			7,64±3,84		
2	17,00±8,86			6,39±3,69			3,52±2,73			7,07±3,91		
3 ve üzeri	20,89±9,08			7,76±3,37			4,85±3,40			8,27±3,84		

Tablo 9. Kadınların Sosyo- demografik ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Emzirme Durumu												
Hiç emzirme deneyimi olmamış	16,11±9,44	F=8,474 p=0,000	2>1,4	6,13±3,94	F=13,992 p=0,000	3>2,4	2,72±3,14	F=7,971 p=0,000	3>1,4	7,25±3,68	F=1559 p=0,199	
6 aydan az	17,82±8,92			6,74±3,53			3,74±3,08			7,34±3,59		
6-12 ay	20,92±8,20			8,18±3,26			4,74±2,71			8,00±3,68		
13 ay ve üzeri	15,41±9,55			5,30±3,73			3,13±3,09			6,97±4,07		
Son 12 ay içerisinde adet görme durumu												
Adet Gören	15,60±9,53	t=-5,815 p=0,000		5,53±3,73	t=-7,101 p=0,000		3,13±2,92	t=-4,760 p=0,000		6,93±4,04	t=-2,876 p=0,004	
Adet Görmeyen	21,11±7,82			8,28±3,16			4,68±2,00			8,14±3,40		
Son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşama durumu												
Evet	18,58±8,86	t=1,123		6,86±3,45	t=0,696		3,92±2,98	t=0,761		7,79±3,77	t=1,426	
Hayır	17,42±9,53	p=0,262		6,56±3,97	p=0,487		3,66±3,09	p=0,447		7,18±3,87	p=0,155	
Hormon replasman tedavisi alma												
Evet	20,34±7,92	t=2,745 p=0,003		7,76±3,23	t=-3,009 p=0,003		4,50±3,01	t=-2,463 p=0,014		8,07±3,31	t=-1,709 p=0,088	
Hayır	17,13±9,52			6,33±3,85			3,55±3,03			7,24±3,96		

Tablo 9’da Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre MSDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada toplam puan aralığı 0-39 arasında, 40–49 yaş aralığındaki katılımcıların MSDÖ toplam puan ortalaması 15.28 ± 9.61 olduğu ve 50 yaş ve üzeri kadınlarda ise 20.67 ± 8.03 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = -5.594$, $p < 0.001$); bu bulgu yaş arttıkça menopozal semptom düzeyinin arttığını göstermektedir. Medeni duruma göre yapılan analizde evli kadınların toplam puan aralığı 0-39 iken bekâr kadınların toplam puan aralığı 0-38 arasında olup MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1.793$, $p > 0.05$). Eğitim durumuna göre katılımcıların MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($F = 7.139$, $p < 0.001$). İlkokul mezunları toplam puan aralığı 0-38, ortaokul mezunları toplam puan aralığı 6-39, lise mezunları toplam puan aralığı 0-35, üniversite mezunları toplam puan aralığı 0-34 ve yüksek lisans/doktora mezunları toplam puan aralığı 0-36 arasındadır. Buna göre lise mezunlarının MSDÖ toplam puan ortalaması 19.99 ± 8.48 ile en yüksek, yüksek lisans/doktora mezunlarının ise 13.29 ± 10.24 ile en düşük olduğu görülmüş olup ve eğitim düzeyi yükseldikçe MSDÖ toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır. Gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, çalışmayan kadınların toplam puan aralığı 0-39 ve MSDÖ toplam puan ortalamasının 20.74 ± 8.09 , çalışan kadınların ise toplam puan aralığı 0-36 iken toplam puan ortalamasının 16.49 ± 9.18 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t = -4.053$, $p < 0.001$). Ekonomik duruma göre katılımcıların puan aralıkları gelir durumu iyi 0-36, gelir durumu orta 0-39 ve gelir durumu kötü 0-39 puan arasında değişkenlik gösterirken MSDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($KW = 6.905$, $p < 0.01$), geliri giderinden az olan kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının 21.47 ± 8.53 ile diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Beden Kitle İndeksi gruplarına göre yapılan analizde toplam puan ortalamaları zayıf 13.38 ± 11.77 (0-27), normal kilolu 15.26 ± 9.07 (0-38) ve fazla kilolu 19.76 ± 8.06 (1-39) kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($KW = 16.416$, $p < 0.001$), BKİ arttıkça MSDÖ toplam puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Kadınların üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre yapılan değerlendirmede, çocuk sayısına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bulgumuza göre MSDÖ toplam puan ortalaması hiç çocuğu olmayanlarda $16,78 \pm 9,09$ (0-38), bir çocuğu olanlarda $18,25 \pm 9,71$ (0-39), iki çocuğu olanlarda $17,00 \pm 8,86$ (0-34), üç ve üzeri çocuğu olanlarda $20,89 \pm 9,08$ (3-39) puan olarak saptanmıştır. Çocuk sayısı

arttıkça MSDÖ toplam puanı artmakla birlikte bu artış istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($F=2,377$, $p>0,05$). Emzirme süresine göre yapılan analizde; hiç emzirmeyen kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması $16,11\pm9,44(0-38)$ iken, 6–12 ay emzirenlerde $20,92\pm8,92(0-39)$ ve 13 ay ve üzeri emzirenlerde $15,41\pm9,55(0-39)$ olarak belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların MSDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=8,474$, $p=0,000$). Son 12 ayda adet gören kadınların MSDÖ toplam puanı $15,60\pm9,53(0-39)$, adet görmeyenlerin ise $21,11\pm7,82(0-39)$ olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-5,815$, $p<0,001$). Adet döngüsünde sapma yaşayan kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması $18,58\pm8,86(0-39)$, sapma yaşamayanların ise $17,42\pm9,53(0-39)$ olarak bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-1,123$, $p>0,05$). HRT kullanımına göre yapılan değerlendirmede, HRT alan kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması $20,34\pm7,92(0-39)$, almayanların ise $17,13\pm9,52(0-39)$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t=-2,745$, $p=0,003$).

Alt boyutlar incelendiğinde, somatik şikâyetler alt boyutu puanlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre 40–49 yaş grubundaki kadınların somatik şikâyet puan ortalaması $5,43\pm3,84(0-14)$ iken, 50 yaş ve üzeri kadınlarda bu değer $7,99\pm3,19(0-16)$ olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-6,619$, $p<0,001$). Ayrıca çalışmayan kadınların somatik şikâyet puan ortalaması $7,93\pm3,40(0-16)$, çalışan kadınların ise $6,05\pm3,78(0-14)$ olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Ekonomik durumu kötü olan kadınlarda somatik şikâyet puanının $7,84\pm3,45(0-16)$ ile daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ürogenital şikâyetler alt boyutunda yaş ve çocuk sayısı değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. 50 yaş ve üzeri kadınların ürogenital şikâyet puan ortalaması $4,57\pm3,01(0-12)$, 40–49 yaş grubundaki kadınların ise $3,02\pm2,90(0-12)$ olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-4,811$, $p<0,001$). Çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmede, üç ve üzeri çocuğu olan kadınların ürogenital şikâyet puanı $4,85\pm3,40(0-12)$, hiç çocuğu olmayan kadınların ise $3,28\pm3,41(0-12)$ olarak saptanmış ve bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,045$). Bu bulgular, yaşın ilerlemesi ve doğurganlık öyküsünün ürogenital semptomların şiddeti üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Psikolojik şikâyetler alt boyutunda da yaş ve ekonomik durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. 40–49 yaş grubundaki kadınların psikolojik şikâyet puanı $6,82\pm4,12(0-16)$ iken, 50 yaş ve üzeri grupta bu puan $8,09\pm3,38(0-16)$ olarak bulunmuş ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3,098$, $p=0,002$). Ekonomik durumu

kötü olan kadınlarda psikolojik şikâyet puanının $9.14 \pm 3.31(0-16)$ ile en yüksek düzeyde olması, sosyoekonomik yetersizliklerin menopozal dönemde ruhsal belirtileri artırabileceğini göstermektedir.

4.7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının ve Alt Boyutları

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	YBDÖ Toplam Puan			Kısıtlı Yeme Alt Boyutu			Beden Şekli ve Vücut Ağırlığı ile İlgili Endişe Alt Boyutu			Beden Memnuniyetsizliği Alt Boyutu			Tıkanırçasına Yeme Alt Boyutu			Arınma Alt Boyutu		
	Ort±ss	Test/p	Post Hoc	Ort±ss	Test/p	Post Hoc	Ort±ss	Test/p	Post Hoc	Ort±ss	Test/p	Post Hoc	Ort±ss	Test/p	Post Hoc	Ort±ss	Test/p	Post Hoc
Yaş Grubu																		
40-49 yaş arası	1.23±1.27	t=-0,269		1.37±1.66	t=-1,029		1.65±2.08	t=-0,052		1.86±2.21	t=-0,0710,944		0.96±1.30	U=14027,00		0.29±0.72	U=13880,500	
50 yaş ve üzeri	1.26±1.31	0,788		1.56±1.70	0,304		1.66±1.89	p=0,959		1.88±2.21			0.92±1.25	0,854		0.30±0.90	0,628	
Medeni Durum																		
Evli	1.28±1.26	t=1,03		1.46±1.61	t=0,0056		1.69±1.95	U=99266,000		1.95±2.18	U=8983,000		0.99±1.28	U=9068,500		0.33±0.88	U=9934,000	
Bekar	1.11±1.33	60,031		1.45±1.91	0,936		1.51±2.12	0,139		1.61±2.31	0,061		0.79±1.23	0,078		0.20±0.53	0,420	
Eğitim Durumu																		
İlkokul mezunu	1.43±1.54	F=1,794		1.50±1.81	KW-H=5,634		1.80±2.13	F=1,036		2.15±2.30			1.16±1.64	KW-H=4,800		0.55±1.31	KW-H=4,056	
Ortaokul mezunu	1.50±1.21	0,130		1.77±1.50	0,228		1.98±1.89	0,389		2.18±2.20			1.04±1.08	0,308		0.54±1.16	0,398	
Lise mezunu	0.97±1.14			1.17±1.45			1.34±1.81			1.41±1.93	F=2,105		0.71±1.04			0.20±0.65		
Üniversite mezunu	1.25±1.28			1.51±1.74			1.65±2.05			1.85±2.25	0,080		1.01±1.31			0.24±0.60		
Yüksek lisans/doktora mezunu	1.44±1.33			1.62±2.13			1.97±2.18			2.66±2.57			0.80±1.31			0.12±0.33		

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması(Devamı)

Gelir getiren işte çalışma durumu																	
Çalışan	1.21±1.28	t=-0,692		1.43±1.74	t=-0,421 0,674		1.61±2.02	t=-0,496 0,620		1.78±2.19	t=-1,016 0,311		0.93±1.25	U=12502,000		0.29±0.77	U=12581,000
Çalışmayan	1.31±1.29	0,490		1.52±1.56			1.73±1.92			2.04±2.25			0.96±1.32	0,904		0.31±0.88	0,974
Ekonomik Durum																	
İyi (Gelir giderden fazla)	1.14±1.18	F=1,891 0,153		1.64±1.96	F=0,454 0,635		1.66±1.02	F=1,720 0,181		1.39±1.92	F=3,687 0,026		0.80±1.17			0.20±0.55	F=1,979 0,140
Orta (Gelir gidere denk)	1.20±1.25			1.41±1.59			1.55±1.92			1.80±2.17		1<3	0.90±1.19			0.31±0.74	
Kötü (Gelir giderden az)	1.57±1.48			1.58±1.89			2.13±2.24			2.59±2.50			0.26±1.66			0.28±0.75	
BKİ (kg/m²)																	
Zayıf	1.29±1.38	F=4,376 0,005		2.05±2.25	F=0,831 0,478		1.83±2.33	F=2,788 0,041		1.75±2.40	F=8,431 0,000		0.44±0.50	KW-H=8,502 0,037		0.38±0.95	KW-H=1,471 0,689
Normal	0.95±1.08			1.34±1.63			1.30±1.87			1.20±1.80		2<3,4	0.71±1.04			0.19±0.49	
Fazla kilolu	1.39±1.35			1.44±1.49			1.79±1.93		4>2	2.14±2.25			1.11±1.44		2<3	0.44±1.13	
Obez	1.56±1.41			1.68±1.90			2.09±2.21			2.70±2.52			1.11±1.32			0.23±0.50	
Çocuk Sayısı																	
Hiç çocuğu yok	0.97±1.28	KW-H=12,397 0,006		1.18±1.69	KW-H=7,837 0,05		1.21±1.81	KW-H=11,593 0,009	4>1,2	1.15±1.84	KW-H=12,263 0,007		1.03±1.50	KW-H=2,770 0,428		0.26±0.59	KW-H=1-845 0,645
1	1.09±1.26		1<4	1.23±1.51			1.34±1.82			1.66±2.19		3>1	0.90±1.29			0.29±0.87	
2	1.33±1.29			1.67±1.81			1.86±2.15			1.99±2.20			0.86±1.13			0.28±0.80	
3 ve üzeri	1.61±1.24			1.63±1.60			2.17±1.87			2.70±2.39			1.15±1.40			0.40±0.91	

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Emzirme Süresi															
Hiç emzirme deneyimi olmamış	0.93±1.2 0	F=3,940 0,009	1<3, 4	1.17±1.6 8	F=3,34 9 0,019	1.18±1.8 4	F=2,31 6 0,076	4> 3	1.12±1.8 7	KW-H=,81 0 0,500	1.00±1.4 3	KW-H=6,655 0,084	0.21±0.4 8	KW-H=6,466 0,091	
6 aydan az	1.22±1.2 5			1.26±1.5 1		1.63±2.0 3			2.17±2.4 3		0.82±1.1 1		0.21±0.5 7		
6-12 ay	1.05±1.1 2			1.25±1.4 9		1.46±1.7 8			1.64±2.0 5		0.67±0.8 7		0.23±0.7 0		
13 ay ve üzeri	1.54±1.4 2			1.84±1.8 7		1.99±2.1 7			2.20±2.3 1		1.25±1.5 4		0.42±1.0 3		
Son 12 Ay İçerisinde Adet Görme Durumu															
Adet gören	1.23±1.2 6	t=-0,211 0,833		1.45±1.7 2	t=-0,195 0,846	1.65±2.0 6	t=-,026 0,979		1.83±2.2 0	t=-0,427 0,670	0.97±1.2 8	U=13233,00 0 0,493	0.26±0.7 3	U=13714,50 0 0,868	
Adet görmeyen	1.26±1.3 2			1.48±1.6 4				1.65±1.8 9			1.93±2.2 3				0.90±1.2 7
Son 12 Ay İçerisinde Adet Döngüsünde Sapma Yaşama Durumu															
Evet	1.30±1.3 0	t=0,78 6 0,432		1.56±1.7 6	t=1,059 0,290	1.77±2.0 3	t=1,070 0,286		1.91±2.1 8	t=0,24 3 0,808	0.97±1.2 9	U=12826,00 0 0,401	0.31±0.7 9	U=13020,00 0 0,405	
Hayır	1.19±1.2 7			1.36±1.5 9				1.54±1.9 3			1.85±2.2 4				0.92±1.2 7
Hormon Replasman Tedavisi Alma															
Evet	1.39±1.2 7	t=1,14 7 0,253		1.57±1.5 7	t=-0,649 0,517	1.86±1.8 9	t=-1,081 0,281		2.09±2.2 2	t=-1,041 0,298	1.12±1.4 4	U=9405,500 0,192	0.29±0.7 2	U=10281,50 0 0,872	
Hayır	1.20±1.2 9			1.43±1.7 2				0.58±2.0 2			1.80±2.2 1				0.88±1.2 1

Tablo 10’da kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre YBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada, 40–49 yaş grubundaki kadınların YBDÖ toplam puan ortalaması $1.23 \pm 1.27(0-5,33)$, 50 yaş ve üzerindeki kadınların ise $1,26 \pm 1,31(0-6)$ olarak belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-0,269$, $p=0,788$). Kısıtlı yeme ($p=0,304$), beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe ($p=0,959$), beden memnuniyetsizliği ($p=0,944$), tıknırcasına yeme ($p=0,854$) ve arınma alt boyut puanları arasında ($p=0,628$) anlamlı farklılık bulunmamıştır.

BKİ gruplarına göre yapılan analizde ise zayıf kadınların YBDÖ toplam puan ortalaması $1,29 \pm 1,38(0-3,60)$ normal kilolu kadınların $0,95 \pm 1,08(0-4,33)$, fazla kilolu kadınların $1,39 \pm 1,35(0-6)$ ve obez–orta derece obez–morbid obez kadınların $1,56 \pm 1,41(0-6)$ olarak bulunmuş; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=4,376$, $p=0,005$). Beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyutunda da anlamlı fark saptanmıştır ($F=2,788$; $p=0,041$). Beden memnuniyetsizliği alt boyutunda güçlü düzeyde anlamlı fark vardır ($F=8,431$; $p=0,000$). Tıknırcasına yeme alt boyutunda anlamlı fark bulunmaktadır ($KW-H=8,502$; $p=0,037$). Arınma alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,689$). Bu bulgu, BKİ arttıkça yeme davranışı belirtilerinde ve beden memnuniyetsizliğinde artış görülmektedir.

Eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede ilkokul mezunlarının YBDÖ toplam puanı $1,43 \pm 1,54(0-6)$, ortaokul mezunlarının $1,50 \pm 1,21(0-4,13)$, lise mezunlarının $0,97 \pm 1,14(0-4,53)$, üniversite mezunlarının $1,25 \pm 1,28(0-5,33)$ ve lisansüstü mezunlarının $1,44 \pm 1,33(0-3,73)$ olarak hesaplanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=1,794$, $p=0,130$). Katılımcıların eğitim durumuna göre alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (tüm $p>0,05$).

Gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, çalışan kadınların YBDÖ toplam puanı $1,21 \pm 1,28(0-5,33)$, çalışmayan kadınların ise $1,31 \pm 1,29(0-6)$ olarak belirlenmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=-0,692$, $p=0,490$). Kısıtlı yeme ($p=0,674$), beden endişesi ($p=0,620$), beden memnuniyetsizliği ($p=0,311$), tıknırcasına yeme ($p=0,904$) ve arınma ($p=0,974$) alt boyutlarında da anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ekonomik duruma göre yapılan analizde, ekonomik durumu iyi olan kadınların puanı $1,14 \pm 1,18(0-4,40)$, orta düzeyde olanların $1,20 \pm 1,25(0-6)$ ve kötü olanların $1,57 \pm 1,48(0-4,33)$ olarak saptanmış; puanların ekonomik durum kötüleştikçe artış eğilimi gösterdiği ancak bu

farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F=1,891$, $p=0,153$). Ancak beden memnuniyetsizliği alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,687$; $p=0,026$). Gelir giderden az olan kadınların ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ekonomik durum kadınların beden memnuniyetsizliğini etkilemektedir. Diğer alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni duruma göre yapılan analizde evli kadınların puanı $1,28\pm 1,26(0-6)$ ve bekar kadınların puanı $1,11\pm 1,33(0-5,33)$ olarak belirlenmiş olup YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=1,306$, $p=0,031$). Evli kadınların YBDÖ toplam puanları bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kısıtlı yeme ($p=0,936$), beden şekli ile ilgili endişe ($p=0,139$), beden memnuniyetsizliği ($p=0,061$), tıknırcasına yeme ($p=0,078$) ve arınma ($p=0,420$) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kadınların üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre YBDÖ toplam puanları değerlendirildiğinde YBDÖ toplam puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($KW-H=12,397$; $p=0,006$). Beden şekli ile ilgili endişe ($p=0,009$) ve beden memnuniyetsizliği ($p=0,007$) alt boyutlarında da anlamlı fark saptanmıştır. Kısıtlı yeme ($p=0,050$ sınırdan), tıknırcasına yeme ($p=0,428$) ve arınma ($p=0,645$) alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk sayısı arttıkça kadınların beden algısı ile ilgili sorunlarının arttığı görülmektedir.

Emzirme süresine göre yapılan analizde, YBDÖ toplam puan ($p=0,009$) ve kısıtlı yeme ($p=0,019$) alt boyutunda anlamlı fark bulunmaktadır. Diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Son 12 ayda adet görme durumu, adet döngüsünde sapma yaşama durumu ve HRT kullanımı ile YBDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.8. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanları

Tablo 11: Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellik	n	Ortalama±SS	Test	p
Yaş grubu				
40-49 yaş arası	173	12.24±11.26	t=-0,486	0,627
50 yaş ve üzeri	164	12.85±11.27		
Medeni durumu				
Evli	256	12.51±11.17	t=0,677	0,947
Bekar	81	12,61±12,21		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu				
Çalışan	225	10.80±10.29	t=-3,788	0,000
Çalışmayan	112	16.04±12.72		
Ekonomik durum				
İyi (Gelir giderden fazla) ^a	39	8.79±8.80	F=5,384	0,005
Orta (Gelir gidere denk) ^a	248	12.32±11.05		
Kötü (Gelir giderden az)	50	16.56±13.73		
	n	Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Test	p
Eğitim durumu				
İlkokul mezunu ^a	42	18.92±13.89	KW- H=24,412	0,000
		14.50 (0-48)		
Ortaokul mezunu ^{a,b}	41	18.24±14.43		
		17.00 (0-51)		
Lise mezunu ^c	87	10.25±9.90		
		7.00 (0-48)		
Üniversite mezunu ^{a,b,c}	143	10.98±9.17		
		9.00 (0-45)		
Yüksek lisans/doktora mezunu ^c	24	9.20±11.44		
		1.50 (0-31)		
BKİ (kg/m²)				
Zayıf ^{a,c,d}	6	8.33±6.91	KW- H=15,607	0,001
		7.00 (0-21)		
Normal ^{a,b,d}	135	10.11±9.97		
		8.00 (0-48)		

Fazla kilolu ^{a,b,c,d}	129	12.63±10.66 10.00 (0-45)
Obez- Orta derece	67	17.62±14.03
Obez- Morbid obez ^{a,c,d}		15.00 (0-51)

Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Tablo 11 de verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların BDÖ toplam puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 40–49 yaş grubunun ortalama puanının 12.24±11.26, 50 yaş ve üzeri grubun ise 12.85±11.27 olduğu görülmüştür. Yapılan t-testi sonucunda bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-0.486$; $p=0.627$).

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada; evli kadınların BDÖ puan ortalaması 12.51±11.17 ve bekarların 12,61±12,21 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında görülen puan farkına rağmen, analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($t=-0.677$; $p=0,947$).

Gelir getiren bir işte çalışma durumuna bakıldığında ise çalışan kadınların BDÖ toplam puanının 10.80±10.29, çalışmayan kadınların ise 16.04±12.72 olduğu belirlenmiştir. Bu bulguya göre çalışma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-3.788$; $p=0.000$). Çalışmayan kadınların depresyon düzeylerinin çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların ekonomik durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F = 5,384$; $p = 0,005$). Bu sonuç, ekonomik durumun depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Ekonomik durumu iyi olan (gelirin giderden fazla olduğu) kadınların BDÖ toplam puan ortalaması 8.79±8,80 olarak saptanmıştır. Bu ortalama, Beck Depresyon Ölçeği değerlendirme ölçütlerine göre minimal düzeyde depresif belirtilere işaret etmektedir. Bu gruptaki düşük ortalama puan, ekonomik açıdan daha rahat koşullara sahip olmanın psikolojik iyilik halini desteklediğini düşündürmektedir. Ekonomik durumu orta düzeyde olan (gelirin gidere denk olduğu) kadınların BDÖ toplam puan ortalaması 12.32±11,05 olarak bulunmuştur. Bu değer, depresif belirtilerin hafif düzeyde seyrettiğini göstermektedir. İyi ekonomik duruma sahip gruba kıyasla daha yüksek olan bu ortalama, ekonomik belirsizliklerin ve sınırlı kaynakların depresif belirtileri artırabileceğine işaret etmektedir. Ekonomik durumu kötü olan (gelirin giderden az olduğu) kadınların BDÖ toplam puan ortalamasının 16.56±13.73 olduğu belirlenmiştir. Bu

değer, depresif belirtilerin hafif–orta düzeyde olduğunu ve diğer gruplara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu grupta standart sapmanın yüksek olması, depresyon düzeylerinin bireyler arasında geniş bir dağılım gösterdiğini ve bazı kadınlarda daha ağır depresif belirtilerin bulunabileceğini düşündürmektedir. Gruplar arasındaki farkın yönü incelendiğinde, ekonomik durum kötüleştikçe BDÖ toplam puanlarının anlamlı biçimde arttığı görülmektedir. Tabloya eklenen çoklu karşılaştırma (post-hoc) bulgularına göre, ekonomik durumu iyi ve orta olan grupların benzer gruplar (a) içinde yer aldığı, buna karşın ekonomik durumu kötü olan grubun bu gruplardan ayrıştığı anlaşılmaktadır. Bu durum, özellikle gelir yetersizliğinin depresyon düzeyi üzerinde belirleyici bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Kadınların eğitim durumlarına göre BDÖ toplam puanları incelendiğinde; ilkokul mezunlarının ortalama puanının 18.92 ± 13.89 , ortaokul mezunlarının 18.24 ± 14.43 , lise mezunlarının 10.25 ± 9.90 , üniversite mezunlarının 10.98 ± 9.17 ve yüksek lisans/doktora mezunlarının 9.20 ± 11.44 olduğu görülmüştür. Eğitim durumu grupları arasında yapılan Kruskal–Wallis analizi sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($KW=24.412$; $p=0.000$). Buna göre, eğitim düzeyi yükseldikçe BDÖ puanlarının azaldığı, yani depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Beden kitle indeksi (BKİ) değişkenine göre yapılan değerlendirmede ise, zayıf bireylerin BDÖ ortalama puanı 8.33 ± 6.91 ; normal kilolu bireylerin 10.11 ± 9.97 ; fazla kilolu bireylerin 12.63 ± 10.66 ve obez (orta–aşırı derece) bireylerin 17.62 ± 14.03 olarak tespit edilmiştir. Yapılan Kruskal–Wallis testi sonucunda BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($KW=15.607$; $p=0.001$). Bulgular, BKİ arttıkça BDÖ puanlarının da arttığını, yani obezite düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinin anlamlı biçimde yükseldiğini göstermektedir.

4.9. Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanları

Tablo 12: Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme sağlığına ait özellikler	n	Ortalama±SS	Test	p
Çocuk sayısı				
Hiç çocuğu yok ^a	46	11.95±12.22	F=3,109	0,027
1 ^{a,b}	106	10.45±10.07		
2 ^{a,b,c}	138	13.05±11.74		
3 ve üzeri ^{a,c}	47	16.34±11.69		
Son 12 ay içerisinde adet görme durumu				
Adet gören	196	12.66±11.78	t=0,228	0,820
Adet görmeyen	141	12.37±10.91		
Son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşama durumu				
Evet	138	12.89±11.38	t=0,460	0,646
Hayır	199	12.31±11.48		
Hormon replasman tedavisi alma				
Evet	81	10.82±10.74	t=-1,618	0,108
Hayır	256	13.08±11.58		
Emzirme süresi				
Hiç emzirme deneyimi olmamış	36	11.08±12.31	KW-H=0,205	0,902
		8.00 (0-48)		
6 aydan az	50	12.36±11.19		
		7.50 (0-45)		
6-12 ay	126	12.73±11.44		
		9.00 (0-48)		
13 ay ve üzeri	125	12.84±11.30		
		10.00 (0-51)		

Kadınların Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Tablo 14 de verilmiştir. Kadınların BDÖ toplam puanlarının üreme sağlığına ilişkin özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, çocuk sayısı

değişkeninde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F=3.109$; $p=0.027$). Hiç çocuğu olmayan kadınların ortalama BDÖ puanı $11,95\pm12,22$, bir çocuğu olanların $10,45\pm10,07$, iki çocuğu olanların $13,05\pm11,74$ ve üç ve üzeri çocuğu olanların $16,34\pm11,69$ olarak bulunmuştur. Buna göre, çocuk sayısı arttıkça BDÖ puanının da yükseldiği, özellikle üç ve üzeri çocuğu olan kadınların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Son 12 ay içinde adet görme durumuna göre yapılan analizde, adet gören kadınların BDÖ ortalaması $12,66\pm11,78$, adet görmeyen kadınların ortalaması ise $12,37\pm10,91$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-0.228$; $p=0.820$).

Son 12 ayda adet döngüsünde sapma yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde, sapma yaşayan kadınların BDÖ puanı $12,89\pm11,38$; sapma yaşamayan kadınların ise $12,40\pm10,64$ 'tür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0.460$; $p=0.646$).

Hormonal tedavi durumu incelendiğinde, hormon replasmanı alan kadınların BDÖ ortalaması $10,82\pm10,74$; almayanların ise $13,08\pm11,58$ olarak hesaplanmıştır. Ancak yapılan t-testi sonucunda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.618$; $p=0.108$).

Emzirme süresi değişkeninde, hiç emzirme deneyimi olmayan kadınların BDÖ puan ortalaması $11,08\pm12,31$; 6 aydan az emzirenlerde $12,66\pm11,19$; 6–12 ay emzirenlerde $12,73\pm11,44$ ve 13 ay ve üzeri emzirenlerde $12,58\pm11,30$ olarak belirlenmiştir. Yapılan Kruskal–Wallis testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($KW=0.205$; $p=0.902$).

4.10. Kadınların MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları

Tablo 13: Kadınların MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	MSDÖ	YBDÖ	BDÖ
MSDÖ	Pearson r	1	0,165
	p	0,002	0,000
YBDÖ	Pearson r	1	0,334
	p		0,000
BDÖ	Pearson r		1

Kadınların MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki Tablo 13 de verilmiştir. Pearson korelasyon analizi sonucunda, MSDÖ, YBDÖ ve BDÖ puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular, menopoza semptomları, yeme davranış bozukluğu belirtileri ve depresif belirtilerin birbiriyle ilişkili yapılar olduğunu göstermektedir.

MSDÖ ile YBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, iki ölçek arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0,165$; $p = 0,002$). Bu sonuç, menopoza semptomlarının şiddeti arttıkça yeme davranış bozukluğu belirtilerinin de artma eğiliminde olduğunu, ancak bu ilişkinin gücünün düşük olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle, menopozal semptomlar yeme davranışları üzerinde sınırlı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir.

MSDÖ ile BDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, iki ölçek arasında pozitif yönlü ve orta düzeye yakın bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,328$; $p < 0,001$). Bu bulgu, menopoza semptomlarının artmasıyla birlikte depresif belirtilerin belirgin biçimde arttığını göstermektedir. Korelasyon katsayısının MSDÖ–YBDÖ ilişkisinden daha yüksek olması, menopoza semptomlarının depresyonla olan ilişkisinin yeme davranış bozukluğu belirtilerine kıyasla daha güçlü olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, menopoza döneminde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimlerin depresif belirtiler üzerinde daha doğrudan bir etkisi olabileceğine işaret etmektedir.

YBDÖ ile BDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde ise, iki ölçek arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0,334$; $p < 0,001$). Bu bulgu, yeme davranış bozukluğu belirtileri arttıkça depresyon düzeyinin de arttığını göstermektedir. Korelasyon katsayısının orta düzeyde olması, yeme davranış bozukluğu belirtileri ile depresyon arasında klinik açıdan anlamlı bir birliktelik bulunduğunu ve bu iki yapının sıklıkla birlikte seyredebileceğini düşündürmektedir.

4.11. Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ karşılaştırması

Tablo 14: Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ karşılaştırması

		MSDÖ				Karşılaştırma Testi			YBDÖ				Karşılaştırma Testi			BDÖ				Karşılaştırma Testi			
		Ort.	ss	Min	Maks	İstatistik (F/t)	p	Post Hoc	Ort.	ss	Min	Maks	İstatistik (F/t)	p	Post Hoc	Ort.	ss	Min	Maks	İstatistik (F/t)	p	Post Hoc	
Yaş	40-49 yaş arası	15,28	9,61	0,00	39,00	-5,594	0,000		1,23	1,27	0,00	6,33	-0,269	0,788		12,24	11,26	0,00	51,00	-0,486	0,627		
	50 yaş ve üzeri	20,67	8,00	0,00	39,00				1,26	1,31	0,00	6,00				12,85	11,27	0,00	48,00				
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	19,07	9,26	0,00	38,00	7,139	0,000	4,5	1,43	1,54	0,00	6,00	1,794	0,130		18,92	13,89	0,00	48,00	24,412	0,000	5>1,2	3>1,2
	Ortaokul mezunu	22,97	8,48	6,00	39,00				1,5	1,21	0,00	4,13				18,24	14,43	0,00	51,00				
	Lise mezunu	19,28	8,87	0,00	35,00				0,97	1,14	0,00	4,53				10,25	9,90	0,00	48,00				
	Üniversite mezunu	16,04	8,77	0,00	34,00				1,25	1,28	0,00	5,33				10,98	9,17	0,00	45,00				
	Yüksek lisans/doktora mezunu	13,29	10,24	0,00	36,00				1,44	1,33	0,00	3,73				9,20	11,44	0,00	31,00				
Medeni Durum	Evli	18,16	99,36	0,00	39,00	0,910	0,364		1,28	1,26	0,00	6,00	3,230	0,129		12,51	11,17	0,00	51,00	-0,677	0,947		
	Bekar	17,11	98,93	0,00	38,00				1,11	1,33	0	5,33				12,61	12,21	0,00	45,00				
Çalışma durumu	Çalışan	16,49	9,19	0,00	36,00	-4,053	0,000		1,21	1,28	0,00	5,33	-0,692	0,490		10,80	10,29	0,00	46,00	-3,788	0,000		
	Çalışmayan	20,74	8,76	0,00	39,00				1,31	1,29	0,00	6,00				16,04	12,72	0,00	51,00				
Gelir durumu	İyi	14,74	9,62	0,00	36,00	6,905	0,001	1,2	1,14	1,18	0,00	4,40	1,891	0,153		8,79	8,80	0,00	36,00	5,384	0,005		
	Orta	17,63	9,12	0,00	39,00				1,20	1,25	0,00	6,00				12,32	11,05	0,00	51,00				
	Kötü	21,74	8,53	0,00	39,00				1,57	1,48	0,00	4,33				16,56	13,73	0,00	48,00				1,2
BKİ (kg/m2)	Zayıf	13,33	11,77	0,00	27,00	16,416	0,001	2,3	1,29	1,38	0,00	3,60	4,376	0,005	2<1,3,4	8,33	6,91	0,00	21,00	15,607	0,001		
	Normal	15,46	9,91	0,00	38,00				0,95	1,08	0,00	4,33				10,11	9,97	0,00	48,00				
	Fazla kilolu	19,76	8,06	1,00	39,00				1,39	1,35	0,00	6,00				12,63	10,66	0,00	45,00				
	Obez	19,65	8,72	0,00	38,00				1,56	1,41	0,00	4,80				17,62	14,03	1,00	51,00				2

Tablo 14: Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ karşılaştırması (Devamı)

Çocuk sayısı	Hiç çocuğu yok	16,78	9,09	0,00	38,00			0,97	1,28	0,00	5,33		4	11,95	12,22	0,00	48,00					
	1	18,25	9,71	0,00	39,00	2,377	0,070	1,09	1,26	0,00	4,80	12,397	0,006	10,45	10,07	0,00	45,00	3,109	0,027	4		
	2	17,00	8,86	0,00	34,00			1,33	1,29	0,00	6,00			13,05	11,74	0,00	51,00					
	3 ve üzeri	20,89	9,08	3,00	39,00			1,61	1,24	0,00	3,90			16,34	11,69	0,00	45,00					
Emzirme süresi	Hiç emzirme deneyimi olmamış	16,11	9,44	0,00	38,00			0,93	1,20	0,00	4,33			11,08	12,31	0,00	48,00					
	6 aydan az	17,82	8,92	0,00	33,00	8,474	0,000	1,22	1,25	0,00	5,33	3,940	0,009	1,3<4	12,36	11,19	0,00	45,00	0,205	0,902		
	6-12 ay	20,92	8,20	0,00	39,00		1,4	1,05	1,12	0,00	4,40			12,73	11,44	0,00	48,00					
	13 ay ve üzeri	15,41	9,55	0,00	39,00			1,54	1,42	0,00	6,00			12,84	11,30	0,00	51,00					
Son 12 ay içerisinde adet görme durumu	Adet gören	15,60	9,53	0,00	39,00			1,23	1,26	0,00	6,00			12,66	11,78	0,00	51,00					
	Adet görmeyen	21,11	7,82	0,00	39,00	-5,815	0,000	1,26	1,32	0,00	4,60	-0,211	0,833	12,37	10,91	0,00	48,00	0,228	0,820			
Son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşama durumu	Evet	18,58	8,86	0,00	39,00			1,30	1,27	0,00	6,00			12,89	11,38	0,00	46,00					
	Hayır	17,42	9,53	0,00	39,00	1,123	0,262	1,19	1,29	0,00	4,53	0,786	0,432	12,31	11,48	0,00	51,00	0,460	0,646			
Hormon replasman tedavisi alma	Evet	20,34	7,92	0,00	39,00			1,39	1,27	0,00	5,33			10,82	10,74	0,00	45,00					
	Hayır	17,13	9,52	6,00	39,00	2,745	0,003	1,20	1,29	0,00	6,00	1,147	0,253	13,08	11,58	0,00	51,00	-1,618	0,108			

Kadınların Sosyo-demografik ve üreme sağlığına ait özelliklerine göre MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ karşılaştırması Tablo 15'te verilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada, 50 yaş ve üzerindeki kadınların menopoza semptomları değerlendirme ölçeği (MSDÖ) puan ortalamasının (Ort.=20,67±8,00), 40-45 yaş grubundaki kadınlara (Ort.=15,28±9,61) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-5,594$; $p<0,001$). Buna karşın, yaş grupları arasında yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ) puanları ($p=0,788$) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları ($p=0,627$) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, yaşın ilerlemesiyle menopozal semptom yükünün arttığını, ancak depresif belirtiler ve yeme davranış bozukluğu eğilimlerinin yaş değişkeninden bağımsız olarak farklı faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim durumuna göre yapılan analizde, kadınların MSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=7,139$; $p<0,001$). Ortaokul mezunu kadınların menopoza semptom puanlarının en yüksek düzeyde olduğu (Ort.=22,97±8,48), yüksek lisans/doktora mezunu kadınların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Ort.=13,29±10,24). Benzer şekilde BDÖ puanları da eğitim durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmış olup ($F=24,412$; $p<0,001$), ilkokul mezunu kadınların depresyon puan ortalaması (Ort.=18,92±13,89), üniversite (Ort.=10,98±9,17) ve lisansüstü mezunu kadınlara (Ort.=9,20±11,44) göre daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın YBDÖ puanları eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,130$). Bu sonuçlar, eğitim düzeyinin menopoza semptomları ve depresif belirtiler üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir.

Kadınların çalışma durumuna göre yapılan değerlendirmede, çalışmayan kadınların MSDÖ puan ortalamasının (Ort.=20,74±8,76), çalışan kadınlara (Ort.=16,49±9,19) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=-4,053$; $p<0,001$). Benzer şekilde, çalışmayan kadınların BDÖ puan ortalaması (Ort.=16,04±12,72) çalışan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,788$; $p<0,001$). YBDÖ puanları ise çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,490$). Bu bulgular, çalışma yaşamının kadınların psikososyal iyilik halini destekleyici bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Gelir durumuna göre yapılan analizde, gelir durumu kötü olan kadınların MSDÖ puan ortalaması (Ort.=21,74±8,53), geliri iyi olan kadınlara (Ort.=14,74±9,62) göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($F=6,905$; $p=0,001$). Aynı şekilde BDÖ puanları da gelir durumu kötü olan kadınlarda daha yüksek saptanmış olup (Ort.=16,56±13,73), bu fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ($F=5,384$; $p=0,005$). YBDÖ puanları gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,153$).

Beden kitle indeksi (BKİ) gruplarına göre yapılan karşılaştırmada, MSDÖ ($F=16,416$; $p=0,001$), YBDÖ ($F=4,376$; $p=0,005$) ve BDÖ ($F=15,607$; $p=0,001$) puanları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Obez ve morbid obez kadınların menopoza semptomları, yeme davranış bozukluğu eğilimleri ve depresif belirtilerinin, zayıf ve normal BKİ grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmede, MSDÖ puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamışken ($p=0,070$), YBDÖ ($F=12,397$; $p=0,006$) ve BDÖ ($F=3,109$; $p=0,027$) puanları çocuk sayısına göre anlamlı biçimde farklılaşmıştır. Üç ve üzeri çocuğu olan kadınların yeme davranış bozukluğu eğilimi ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Emzirme süresine göre yapılan analizde, MSDÖ ($F=8,474$; $p<0,001$) ve YBDÖ ($F=3,940$; $p=0,009$) puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı, emzirme süresi uzadıkça bu puanların azaldığı saptanmıştır. BDÖ puanları açısından ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,902$).

Son 12 ay içerisinde adet görmeyen kadınların MSDÖ puan ortalaması ($\text{Ort.}=21,11\pm7,82$), adet gören kadınlara ($\text{Ort.}=15,60\pm9,53$) göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t=-5,815$; $p<0,001$). Hormon replasman tedavisi alan kadınların MSDÖ puanları da almayan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($\text{Ort.}=20,34\pm7,92$; $p=0,003$). Buna karşın hormon replasman tedavisinin YBDÖ ($p=0,253$) ve BDÖ ($p=0,108$) puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan kadınlarda menopoza semptomlarının yaşın ilerlemesi, düşük eğitim ve gelir düzeyi, çalışmama durumu, yüksek BKİ, adet görmeme ve hormon replasman tedavisi alma ile ilişkili olduğu; depresif belirtilerin ise özellikle sosyoekonomik dezavantajlar ve artmış beden kitle indeksi ile bağlantılı olduğu görülmektedir. Yeme davranış bozukluğu eğilimleri ise daha sınırlı değişkenlerle ilişkili olup, özellikle BKİ ve çocuk sayısı bağlamında anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.TARTIŞMA

Yapılan çalışma klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar, yeme davranışı, depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ile bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla analitik-kesitsel türden yürütülmüştür. Araştırma sonucunda menopoz semptomlarının depresyonla doğrudan ilişkili olduğunu, yeme davranışı bozukluğu belirtilerinin ise depresyonla daha güçlü bir etkileşim içinde bulunduğunu göstermektedir. Menopoz semptomları, yeme davranış bozukluğu ve depresyonu etkileyen Sosyo- demografik ve üreme sağlığına ait özellikler olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bilgiler literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular yedi başlık altında tartışılmıştır:

- Kadınların MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları
- Kadınların YBDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları
- Kadınların BDÖ Toplam Puanları
- Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Kadınların MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

5.1.Kadınların MSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda MSDÖ toplam puanı 17.90 ± 9.25 olarak bulunmuştur. Literatürde araştırma bulgumuz ile benzer olan çalışmalar mevcuttur. Çetinkaya ve arkadaşları (2024) yaptığı çalışmada MSDÖ toplam puanını $15.72 \pm 9,86$ olarak bildirmiştir. Lan ve diğerlerinin (2014) yapmış olduğu çalışmada ise MSDÖ toplam puanı 14.2 ± 8.80 olarak belirlenmiştir. Akman (2025) yaptığı çalışmada MSDÖ toplam puanını $15,75 \pm 6,68$ olarak belirlemiştir. Yaşar ve arkadaşları (2023) yapmış oldukları çalışmada MSDÖ toplam puanını

15,72±9,86 olarak bildirmiştir. Kurt ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada MSDÖ toplam puanı 17.6±8.8 olarak belirlemiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde çalışmalar mevcuttur. Ertan (2025) MSDÖ toplam puanını 26.42±5.64 olarak belirlemiştir. Ağır (2025) MSDÖ toplam puanını 24,64±7,16 olarak bildirmiştir. Gökçer (2022) yapmış olduğu çalışmada MSDÖ toplam puanı 22.22±9.97 olarak bildirmiştir. Lülebaş (2025) yapmış olduğu çalışmada MSDÖ toplam puanı 13.8±7.57 olarak belirlemiştir. Menopoz semptomlarının sayısının ve şiddetinin; Sosyo-demografik, sosyoekonomik, bireysel ve kültürel farklılıklar, yaşlanmaya bağlı değişiklikler, menopozal döneme yönelik bilgi seviyesi gibi değişkenlerden etkilendiği görülmektedir (Gönenç,2019; Duman ve diğerleri,2024; Fışkın ve diğerleri, 2017; Khatoon ve diğerleri, 2018; Çakıl,2020). Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalamasının yüksek olması, eğitim ve gelir düzeylerinin düşük ve orta olması, BKİ düzeyinin yüksek olması, menopozal geçiş süreçlerinin heterojen olması ve hormon replasman tedavisi almamalarından dolayı menopozal semptomları daha yüksek düzeyde yaşadıkları öngörülmüştür.

Çalışmamızda MSDÖ somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 6.68±3.76 olarak tespit edilmiştir. Literatürde araştırma verilerimiz ile uyumlu çalışmalar mevcuttur. Duman ve Şimşek (2024)'in araştırmasında, kadınların MSDÖ somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 6,39 ± 3,50 olarak bildirilmiştir. Kurt ve diğerleri (2020) yapmış oldukları çalışmalarında somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 7.1±3.7 olarak belirlemiştir.). Abdel-Salam ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışma da somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 6.04 ± 2.89 olarak bildirmiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde çalışmalar mevcuttur. Ağır (2025) çalışmasında somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 9,58±3,08 olarak belirlemiştir. Ertan (2025) yaptığı çalışmada somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 9.58±2.85 olarak bildirmiştir. Akman (2025) çalışmasında somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 3,22±1,63 olarak belirtmiştir. Gökçer (2022) çalışmasında somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 3.55±2.14 olarak belirlemiştir. Yaşar ve arkadaşları (2023) yapmış oldukları çalışmada somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 2,69±1,94 olarak belirlemiştir. Somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması çalışmaya katılan kadınların yaş grubu, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, menopoz süresi gibi faktörlerden etkilenebileceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda MSDÖ psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 7.44±3.82 olarak belirlenmiştir. Literatürde araştırma verilerimiz ile uyumlu çalışmalar mevcuttur. Kurt ve diğerleri (2020) yapmış oldukları çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması

6.9±4.3 olarak bildirmişlerdir. Ertan (2025) yaptığı çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 9.76±1.56 olarak bildirmiştir. Akman (2025) yaptığı çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 9,66±4,23 olarak belirtmiştir. Yaşar ve arkadaşları (2023) yapmış oldukları çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 9,43±6,06 olarak belirtmiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde çalışmalar mevcuttur. Ağır (2025) yapmış olduğu çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 10,68±3,13 olarak belirtmiştir. Gökçer (2022) yaptığı çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 13.48±6.12 olarak bildirmiştir. Gökçer ve arkadaşları (2025) yapmış oldukları çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu ortalama puanını 13,5±6,1 olarak bulmuştur. Koçak ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışmada psikolojik şikâyetler alt boyutu ortalama puanını 10,11 ± 5,66 olarak bulmuştur. Bu farklılıklar, menopoz dönemindeki psikolojik semptomların örneklem yapısına, kültürel çeşitliliğe, semptomların kabullenilmesine bağlı olarak önemli ölçüde değişebileceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda MSDÖ ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 3.78±3.05 olarak belirlenmiştir. Literatürde araştırma verilerimiz ile uyumlu çalışmalar mevcuttur. Aydın (2018) yapmış olduğu çalışma da ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 3.72 ± 3.08 olarak bildirmektedir. Çelik ve arkadaşları (2017) yaptığı çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 3,74 ± 2,77 olarak bulmuştur. Yılmaz (2019) yaptığı çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 3.3±3,08 olarak bildirmiştir. Ağır (2025) yaptığı çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 4,38±2,48 olarak belirtmiştir. Akman (2025) yaptığı çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 2,87±2,35 olarak belirtmiştir. Gökçer (2022) yapmış olduğu çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 5.18±3.24 olarak bildirmiştir. Yaşar ve arkadaşları (2023) ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 3,59±3,12 olarak bulmuştur. Kurt ve arkadaşları (2020) yapmış oldukları çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 3.4±3.0 olarak bildirmiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde çalışmalar mevcuttur. Ertan (2025) yaptığı çalışmada ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalamasını 7.07±2.52 olarak bildirmiştir. Menopoz değerlendirme ölçeklerinin metodolojik incelemelerinde, ürogenital semptomların genellikle diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük puanlandığı ancak yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Heinemann ve diğerleri, 2004). Derya ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada toplumsal cinsiyet rolleri ve cinsel yaşam kalitesiyle ilişkili tutumların, ürogenital semptomların ifade edilme biçimini etkilediği ve bu semptomların sıklıkla olduğundan daha az raporlandığı bildirilmektedir. Bu nedenle

çalışmada ürogenital alt boyut puanının düşük bulunması, kültürel faktörlerin semptom bildirimini sınırlamış olabileceğini düşündürmektedir.

5.2.Kadınların YBDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda YBDÖ toplam puanı $2,24 \pm 1,28$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kullanılan ölçeğin ait olduğu tek çalışma Esin ve Ayyıldız (2022) yaptığı ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasıdır. Esin ve Ayyıldız (2022) yapmış oldukları çalışmada YBDÖ toplam puanı $3,8 \pm 3,09$ olarak belirlemişlerdir. Elde edilen veriler çalışma ile uyumludur.

Çalışmamızda YBDÖ kısıtlı yeme alt boyut puan ortalaması $1,46 \pm 1,68$ olarak bulunmuştur. Esin ve Ayyıldız (2022) yapmış oldukları çalışmasında $1,7 \pm 1,85$ olarak bulmuştur.

Çalışmamızda YBDÖ beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyut puan ortalaması $1,65 \pm 1,99$ olarak belirlenmiştir. Esin ve Ayyıldız (2022) çalışmasında $2,1 \pm 2,05$ olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda YBDÖ beden memnuniyetsizliği alt boyut puan ortalaması $1,87 \pm 2,21$ olarak bildirilmiştir. Esin ve Ayyıldız (2022) çalışmasında $2,5 \pm 2,22$ olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda YBDÖ tıkanırcasına yeme alt boyut puan ortalaması $0,94 \pm 1,27$ olarak belirlenmiştir. Esin ve Ayyıldız (2022) $1,1 \pm 1,30$ olarak bildirilmiştir

Çalışmamızda YBDÖ arınma alt boyut puan ortalaması $0,30 \pm 0,81$ olarak bildirilmiştir. Esin ve Ayyıldız (2022) yapmış oldukları geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında $0,3 \pm 0,84$ olarak bildirilmiştir. Çalışma verileri ile Esin ve Ayyıldız (2022) yaptığı ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması verileri birbiri ile uyumluluk içerisindedir. Çalışma puan ortalamalarının Esin ve Ayyıldız (2022) yapmış oldukları yaptığı ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasından yüksek olması çalışmanın örnekleminde kaynaklı Sosyo-demografik özellikler olduğu ön görülmektedir.

5.3.Kadınların BDÖ Toplam Puanı ve Dağılımı

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda BDÖ toplam puanı 12.54 ± 11.41 , depresyonda olmayan grubun BDÖ toplam puanı 4.06 ± 3.25 , hafif düzeyde depresyon grubunda BDÖ toplam puanı 12.46 ± 1.88 , orta düzeyde depresyon grubunda BDÖ toplam puanı 21.57 ± 3.45 , şiddetli düzeyde depresyon grubunun BDÖ toplam puanı 37.28 ± 6.50 olarak belirlenmiştir. Literatürde araştırma bulgumuz ile benzer olan çalışmalar mevcuttur. Durukan ve Aslanın yaptığı çalışmada BDÖ toplam puanı 12.01 ± 9.90 , Aygün'ün yaptığı çalışmada 14.06 ± 9.12 , Ağralı'nın yaptığı çalışmada 13.29 ± 9.96 , Gündüz yaptığı çalışmada 10.35 ± 8.39 , Algül ve arkadaşları yaptığı çalışmada ise 12.6 ± 4.4 olarak belirlenmiştir (Duran ve diğerleri, 2020; Aygün, 2019; Ağralı, 2019; Algül ve diğerleri, 2015; Gündüz, 2019). Hashemian ve arkadaşları (2020) çalışmasında BDÖ toplam puanı 13.51 ± 7.80 olarak belirlemiştir. Yılmaz ve arkadaşları (2023) yaptığı çalışmada 13.04 ± 7.82 olarak bildirmiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde çalışmalar mevcuttur. Albayrak (2024) yapmış olduğu çalışmada BDÖ toplam puanı 17.57 ± 11.54 olarak bildirmiştir. Can (2022) yaptığı çalışmada ise BDÖ toplam puanı 18.33 ± 11.72 , Batır (2018) yaptığı çalışmasında BDÖ toplam puanı 13.81 ± 9.66 olarak bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları çalışmada BDÖ toplam puanı 22.8 ± 11.5 olarak raporlamıştır. Özkan ve arkadaşları (2015) yapmış oldukları çalışmada BDÖ toplam puanı 15.42 ± 9.18 olarak belirlenmiş ve "hafif şiddette depresif belirti" kategorisinde değerlendirilmiştir. BDÖ'nün sınıflama duyarlılığını inceleyen çalışmalarda, 10–16 puan aralığının genellikle hafif depresif belirtileri yansıttığı ve bireylerin işlevselliğinde sınırlı ancak anlamlı etkiler yaratabildiği belirtilmektedir (Saltukoğlu, 2017; García-Batista ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda elde edilen bulgular kadınların gelir getiren bir işte çalışması, ekonomik durum, BKİ, emzirme süresi ve menopozal geçiş evrelemesine göre değişkenlik gösterdiği öngörülmektedir.

5.4. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre MSDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada menopoz semptomlarının şiddetinin, kadınların Sosyo-demografik, sosyoekonomik ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği

belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, menopo  semptomlarının yalnızca biyolojik süreçler ve yaşa bağı hormonal değışimlerle sınırlı olmadığını; eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik koşullar ve beden kitle indeksi gibi sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra doğurganlık öyküsü, emzirme süresi, menstrüel durum ve hormon replasman tedavisi gibi üreme sağılığına özgü değışkenlerle de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmada 50 yaş veri üzerindeki kadınların MSDÖ puan ortalamalarının, 40–49 yaş grubundaki kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu bulgu, menopo  sürecinin ilerlemesiyle birlikte semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Çin’de yapılan geniş örneklemlili çalışmalarda ileri yaşı vazomotor, psikolojik ve somatik semptomların artışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lan ve diğ rleri, 2017; Wang ve diğ rleri, 2021; Tang ve diğ rleri, 2025). Benzer şekilde Etiyopya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da ileri yaşı menopo  semptom şiddeti için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Misiker ve diğ rleri, 2023). Bu durum, yaşla birlikte östrojen düzeylerindeki düşüşün yanı sıra kronik hastalıkların artması ile gerçekleştiğı düşünölmektedir.

Çalışmada medeni durum ile menopo  semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bu konuda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Makara-Studzińska ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada evli kadınların sosyal destek mekanizmaları nedeniyle daha düşük semptom bildirdiğı ifade edilirken, Zhang ve arkadaşları (2020), Sharami ve arkadaşları (2024) yapmış oldukları çalışmalarda medeni durumun semptom şiddeti üzerinde belirleyici olmadığı bildirilmiştir. Bu farklılıklar kültürel yapı, aile içi roller ve evlilikten algılanan destek düzeyi ile ilişkili olabileceğini düşöndörmektedir.

Yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça menopo  semptom puanlarının anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Özellikle üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların MSDÖ toplam puan ortalamalarının daha düşük olması dikkat çekicidir. Bu bulgu, eğitim düzeyi yüksek kadınların sağılık okuryazarlığının daha iyi olması, menopo  sürecine yönelik farkındalıklarının artması ve baş etme stratejilerini daha etkin kullanmaları ile açıklanabilir. Literatürde Çin, Türkiye ve İran’da yapılan çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin menopo  semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Li ve diğ rleri, 2012; Taşkiran, 2021; Sharami ve diğ rleri, 2024). Tang ve arkadaşları (2025) da düşük eğitim düzeyini menopo  semptomları için bağımsız risk faktörü olarak tanımlamıştır.

Gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların menopoş semptom puanlarının çalışan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Benzer şekilde ekonomik durumu kötü olan kadınların MSDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sosyoekonomik dezavantajların menopoş semptomlarını artırdığını göstermektedir. Literatürde, düşük gelir ve işsizlik durumunun psikolojik stres düzeyini artırarak menopoş semptomlarının algılanan şiddetini yükselttiği belirtilmektedir (Zhang ve diğeri, 2020; Wang ve diğeri, 2021; Logan ve diğeri, 2023). Türkiye’de Taşkiran ve arkadaşlarının (2021) kırsal alanda yaptığı bir çalışmada da ekonomik durumun menopoş semptomları ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamıştır.

Çalışmada BKİ ile menopoş semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, özellikle fazla kilolu ve obez kadınların MSDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Singhanian ve arkadaşları (2020), Wang ve arkadaşları (2025) obezitenin vazomotor semptomlar, yorgunluk ve eklem ağrıları ile ilişkili olduğu bildirilmişlerdir. Çin ve Hindistan’da yapılan çalışmalarda da yüksek BKİ’nin menopoş semptomlarının şiddetini artırdığı belirtilmiştir (Lan ve diğeri, 2017; Wang ve diğeri, 2021).

Araştırmada çocuk sayısına göre menopoş semptom puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte ($p=0,070$), üç ve üzeri çocuğu olan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde çocuk sayısının menopoş semptomları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular değişkenlik göstermektedir. Zhang ve arkadaşları (2020) doğurganlık öyküsünün menopoş semptomları üzerinde dolaylı etkileri olabileceğini, özellikle çok sayıda gebelik ve doğumun uzun vadede fiziksel yorgunluk ve hormonal dalgalanmalarla ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Nayak ve arkadaşları (2023) ise kırsal bölgede yaşayan kadınlarda yüksek doğum sayısının menopoş semptom şiddetini artırabileceğini belirtmiştir. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşamamış olması, örneklem dağılımı ve sosyokültürel faktörlerle ilişkili olabilir.

Emzirme süresine göre menopoş semptom puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Özellikle 6–12 ay emziren kadınların semptom puanlarının daha yüksek, 13 ay ve üzeri emziren kadınların ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde uzun süreli emzirmenin yaşam boyu hormonal denge üzerinde koruyucu etkileri olabileceği belirtilmektedir. Wang ve arkadaşları (2021), emzirme süresinin östrojen-progesteron dengesini etkileyerek menopoş dönemindeki semptom algısını değiştirebileceğini bildirmiştir. Zhang ve arkadaşları (2020) da emzirme öyküsünün menopoş semptomlarının şiddeti üzerinde

etkili olabileceğini vurgulamıştır. Bu bulgular, uzun süreli emzirmenin menopoz semptomları açısından potansiyel bir koruyucu faktör olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada son 12 ay içerisinde adet görmeyen kadınların menopoz semptom puanlarının, adet gören kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu bulgu, menopozal geçişin ilerlemesiyle birlikte semptomların şiddetlendiğini göstermektedir. Allshouse ve arkadaşları (2018) ile Tevdorashvili ve arkadaşlarının (2024) yapmış olduğu çalışmalar menopozal geçiş döneminde hormonal dalgalanmaların ve östrojen düzeylerindeki belirgin azalmanın vazomotor, psikolojik ve somatik semptomları artırdığı bildirmişlerdir. Wang ve arkadaşları (2021) da postmenopozal dönemde semptom şiddetinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Araştırma da son 12 ay içerisinde adet döngüsünde sapma yaşama durumu ile menopoz semptom puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,262$). Literatürde adet düzensizliklerinin perimenopozal dönemin erken göstergelerinden biri olduğu belirtilse bile semptom şiddeti üzerindeki etkisinin her zaman belirgin olmadığı ifade edilmektedir (Allshouse ve diğerleri, 2018). Zhang ve arkadaşları (2020) da adet düzensizliğinin menopoz semptomlarıyla ilişkili olmakla birlikte, tek başına belirleyici bir faktör olmadığını bildirmiştir. Bu durum, semptom şiddetinin daha çok hormonal düzeylerdeki belirgin düşüşle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada hormon replasman tedavisi alan kadınların menopoz semptom puanlarının, almayan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Bu bulgu, HRT'nin genellikle daha şiddetli semptomları olan kadınlara uygulanmasıyla açıklanabilir. Duralde ve arkadaşları (2023), Edelweishia ve arkadaşları (2025) ile Besong ve arkadaşlarının (2024) yapmış olduğu çalışmalar sonucunda HRT'nin menopoz semptomlarının tedavisinde etkili bir yöntem olduğu belirtilmekle birlikte, tedaviye başlama sürecinin genellikle semptom şiddeti yüksek olan kadınlarda olduğu belirtilmiştir. Comparetto ve Borruto (2023) da HRT kullanımının semptom şiddetinin bir göstergesi olarak değerlendirilebileceğini ifade etmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, menopoz semptomlarının şiddetinin kadınların üreme sağlığı öyküsü, hormonal durumları ve bireysel özellikleriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle emzirme süresi, menopozal durum ve hormon replasman tedavisi kullanımı semptom şiddetini belirleyen önemli faktörler olarak öne çıkarken, ileri yaş, düşük

eğitim düzeyi, işsizlik, olumsuz ekonomik koşullar ve yüksek BKİ gibi Sosyo-demografik ve yaşam tarzına ilişkin değişkenlerin de menopoz semptomlarını anlamlı düzeyde etkilediği görülmektedir. Bu bulgular, menopoz dönemindeki kadınların değerlendirilmesinde yalnızca biyolojik süreçlerin değil, üreme sağlığına ilişkin öykünün yanı sıra sosyal ve bireysel faktörlerin de ayrıntılı ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının, etkili bakım ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması açısından büyük önem taşıdığını göstermektedir.

5.5. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre YBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Yapılan çalışmada, yeme davranışı bozukluğu belirtilerinin kadınların bazı Sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, yeme davranış bozukluğu riskinin yalnızca bireysel psikolojik etmenlerle sınırlı olmadığını; beden kitle indeksi ve sosyoekonomik koşullar gibi yapısal değişkenlerle de yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, yeme davranış bozukluğu belirtilerinin kadınların üreme sağlığına ilişkin bazı özelliklere göre de farklılık göstermesi, bu bozuklukların yalnızca psikiyatrik bir sorun olarak ele alınamayacağını düşündürmektedir. Bulgular, hormonal düzen, doğurganlık öyküsü ve üreme sağlığına ilişkin süreçlerin yeme bozukluklarıyla karşılıklı bir etkileşim içerisinde olduğunu ve bu durumun kadın sağlığının bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada 40–49 yaş grubu kadınlar ile 50 yaş ve üzeri gruplar arasında yeme davranışı bozukluğu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,788$). Bu bulgu, yeme davranış bozukluğu belirtilerinin yalnızca genç yaş gruplarına özgü olmadığını, orta ve ileri yaş kadınlarda da benzer düzeylerde görülebileceğini düşündürmektedir. Literatürde perimenopoz ve menopoz döneminde hormonal dalgalanmaların yeme davranışlarını etkileyebileceği, ancak yaşı tek başına belirleyici bir faktör olmadığı vurgulanmaktadır (Baker, 2016; Harden ve diğerleri, 2014). Ziuzin (2023) yaptığı çalışmada yaşı yeme davranış bozukluğu gelişimi üzerindeki etkisinin BKİ gibi diğer değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmada BKİ gruplarına göre yeme davranışı bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$). Özellikle fazla kilolu ve obez kadınların yeme davranış bozukluğu belirti puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çok sayıda çalışma, yüksek BKİ'nin beden memnuniyetsizliği, kısıtlayıcı yeme ve tıknırcasına yeme davranışları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Çiftçi ve diğerleri, 2022; Escolar-Llamazares ve diğerleri, 2023; Jayaseelan ve diğerleri, 2024). Ziuzin (2023) yüksek BKİ'nin yeme davranış bozukluğu riskini artıran temel faktörlerden biri olduğunu vurgulamıştır. Barakat ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmalarında BKİ'nin yeme bozuklukları için en güçlü risk faktörlerinden biri olduğu ifade edilmiştir (Barakat ve diğerleri, 2023).

Medeni duruma göre yeme davranışı bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,0031$). Evli kadınların bekar kadınlara göre yeme davranış bozukluğu daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nagata ve arkadaşları (2023), O'Brien ve arkadaşları (2017) yapmış oldukları çalışmalarda medeni durumun yeme davranış bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu, daha çok algılanan sosyal destek ve aile içi ilişkilerin belirleyici olduğu ifade edilmektedir.

Eğitim düzeyine göre yeme davranışı bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,130$). Bununla birlikte ortaokul ve lisansüstü mezunu kadınların puan ortalamalarının nispeten daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde eğitim düzeyi ile yeme davranış bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiye dair bulguların tutarsız olduğu bildirilmektedir. Escolar-Llamazares ve arkadaşları (2023) yapmış olduğu çalışmada yüksek eğitim düzeyinin beden imajına yönelik baskıyı artırabileceği ifade edilirken, Mulders-Jones ve arkadaşları (2017) ile Huryk ve arkadaşları (2021) ise eğitim düzeyinin doğrudan belirleyici olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmanın bulguları, eğitim düzeyinin tek başına yeme davranış bozukluğu belirtilerini açıklamakta yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre yeme davranışı bozukluğu toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,490$). Mulders-Jones ve arkadaşları (2017) ile Barakat ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışmalarda çalışma durumunun yeme bozuklukları üzerindeki etkisinin dolaylı olduğu, stres düzeyi, iş güvencesi ve çalışma koşulları gibi değişkenlerle birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu çalışmada çalışma durumunun tek başına belirleyici olmaması, örneklemin homojen yapısı ile ilişkili olabilir.

Ekonomik duruma göre yeme davranışı bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p=0,153$), ekonomik durumu kötü olan kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Mulders-Jones ve arkadaşları (2017), Mikhail ve arkadaşları (2023), Hahn ve arkadaşları (2025) yapmış oldukları çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin yeme davranış bozukluğu belirtileriyle ilişkili olduğu, özellikle stres, gıda güvencesizliği ve psikososyal yüklerin bu riski artırdığı bildirilmişlerdir. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık elde edilememiş olsa da eğilimin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada çocuk sayısına göre yeme davranış bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,006$). Özellikle üç ve üzeri çocuğu olan kadınların yeme davranış bozukluğu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. O'Brien ve arkadaşları (2017), Gudaityte ve arkadaşları (2025) yapmış oldukları çalışmalarda doğurganlık öyküsünün, özellikle çoklu gebeliklerin, hormonal ve psikososyal yükü artırarak yeme davranışlarını etkileyebileceğini bildirmiştir. Curran (2022) yapmış olduğu çalışmada üreme sağlığı süreçleri boyunca yaşanan beden değişimlerinin, uzun sürede beden algısı ve yeme davranışları üzerinde etkili olabileceğini vurgulamıştır.

Araştırmada emzirme süresine göre yeme davranış bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,009$). Özellikle 13 ay ve üzeri emziren kadınların yeme davranış bozukluğu toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaş ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada yeme bozukluklarının emzirme davranışı ve süresi üzerinde etkili olabileceği bildirilmektedir. Yeme davranış bozukluğu öyküsü olan kadınların emzirme sürecinde yeme, kilo ve beden algısına ilişkin kaygılar yaşayabildiği ve bu durumun emzirme deneyimini etkileyebildiğini bildirmişlerdir. Gudaityte ve arkadaşları (2025) yeme bozukluklarının üreme sağlığı üzerindeki uzun dönemli etkilerine dikkat çekerek, gebelik ve emzirme dönemlerinde beslenme davranışlarının daha karmaşık hale geldiğini vurgulamıştır.

Son 12 ay içerisinde adet görme durumuna göre yeme davranış bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,833$). Bu bulgu, yeme davranış bozukluğu belirtilerinin yalnızca menstrüel varlık ya da yoklukla açıklanamayacağını düşündürmektedir. Literatürde yeme bozukluklarının amenore ve menstrüel düzensizliklerle ilişkili olduğu bildirilmekle birlikte, özellikle erişkin ve orta yaş kadınlarda semptomların menstrüel durumdan bağımsız olarak da devam edebileceği belirtilmiştir (O'Brien ve diğerleri,

2017; Baker, 2016). Porter (2025) yapmış olduğu çalışmada adet görme durumunun yeme davranış bozukluğu şiddetini her zaman yansıtmadığını, deneyimin bireysel ve çok boyutlu olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada adet döngüsünde sapma yaşama durumu ile yeme davranış bozukluğu toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,432$). Harden ve arkadaşları (2014) ile Culbert ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmalarda hormonal dalgalanmaların yeme davranış bozukluğu belirtilerinde artışa yol açabileceği belirtilse de bu etkinin her bireyde aynı şekilde ortaya çıkmadığı vurgulanmaktadır. Baker ve arkadaşları (2019), menopozal geçiş sürecinde hormonal değişimlerin semptom dalgalanmalarına yol açabileceğini, ancak döngüsel düzensizliklerin tek başına belirleyici olmadığını bildirmiştir.

Araştırmada hormon replasman tedavisi alan ve almayan kadınlar arasında yeme davranış bozukluğu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,253$). Literatürde hormonal tedavilerin yeme davranışları üzerindeki etkisinin bireysel hormon duyarlılığına bağlı olarak değiştiği belirtilmektedir (Mikhail ve diğerleri, 2019; Culbert ve diğerleri, 2016). Baker (2016) menopozal dönemde yeme davranış bozukluğu belirtilerinin hormon tedavisinden bağımsız olarak da ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, yeme davranış bozukluğu belirtilerinin özellikle beden kitle indeksi ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu, buna karşın yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durum gibi sosyo-demografik değişkenlerin tek başına belirleyici olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, yeme davranış bozukluğu belirtilerinin kadınların üreme sağlığı öyküsüyle de ilişkili olduğu; özellikle emzirme süresi ve çocuk sayısı gibi yaşam boyu üreme deneyimlerinin bu belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynayabildiği belirlenmiştir. Menstrüel durum ve hormon replasman tedavisi gibi değişkenlerin ise tek başına yeme davranış bozukluğu belirtilerini açıklamakta yetersiz kaldığı görülmüştür. Bu bulgular, yeme davranış bozukluklarının çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve biyolojik, hormonal, psikososyal, sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra yaşam boyu üreme sağlığı deneyimleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, özellikle fazla kilolu ve obez kadınların yeme davranışları açısından daha yakından izlenmesi ve bütüncül yaklaşımlarla ele alınması önem taşımaktadır.

5.6. Kadınların Sosyo- demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığına Ait Özelliklerine Göre BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada kadınların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Envanteri kullanılarak değerlendirilmiş ve depresyon toplam puanlarının bazı Sosyo-demografik ve sosyoekonomik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaştığı saptanmıştır. Bulgular, depresyonun yalnızca bireysel psikolojik etmenlerle sınırlı olmadığını; sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ve beden kitle indeksi gibi çok boyutlu faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, kadınların depresyon düzeylerinin bazı üreme sağlığı özelliklerine göre de farklılık gösterdiği belirlenmiş; depresyonun üreme öyküsü ve yaşam boyu hormonal deneyimlerle ilişkili olabileceği ortaya konmuştur. Ancak her üreme sağlığı değişkeninin depresyon düzeyini doğrudan etkilemediği görülmüş olup, bu durum depresyonun biyolojik, hormonal, psikososyal ve sosyoekonomik faktörlerin etkileşimi içinde değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmada 40–49 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri kadınlar arasında BDÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,627$). Bu bulgu, depresyon düzeylerinin orta ve ileri yaş dönemlerinde benzer düzeylerde seyredebileceğini düşündürmektedir. Segal ve arkadaşları (2008), Ciharova ve arkadaşları (2020) Economou ve arkadaşları (2024) yapmış olduğu çalışmalarda BDÖ'nin farklı yaş gruplarında geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, ancak yaşı tek başına depresyon düzeyini belirlemede sınırlı bir değişken olduğu bildirmiştir (Segal ve diğerleri, 2008; Ciharova ve diğerleri, 2020; Economou ve diğerleri, 2024).

Araştırmada BKİ gruplarına göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$). Obez ve morbid obez gruptaki kadınların BDÖ puan ortalamalarının normal ve zayıf gruplara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde obezite ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğu; beden algısı ve metabolik faktörlerin depresif belirtileri artırabileceğini bildirilmektedir (Nour ve diğerleri, 2023; Mohandas ve diğerleri, 2021).

Medeni duruma göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,509$). Ancak boşanmış kadınların puan ortalamalarının evli ve bekar kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Battat ve arkadaşlarının (2024) yaptığı

çalışmada medeni durumun depresyon üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olabileceği, özellikle sosyal destek kaybının depresif belirtileri artırabileceği belirtilmektedir.

Çalışmada eğitim düzeyine göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). İlkokul ve ortaokul mezunu kadınların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanlarının azaldığı görülmüştür. Sanz ve arkadaşları (2015), Dawes ve arkadaşları (2010), Ciharova ve arkadaşları (2020) yapmış oldukları çalışmalarda eğitim düzeyinin bilişsel baş etme becerileri, sağlık okuryazarlığı ve psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olduğu; düşük eğitim düzeyinin depresyon için risk oluşturduğu belirtilmektedir.

Gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmayan kadınların depresyon puan ortalamalarının çalışan kadınlara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, ekonomik bağımsızlığın ve sosyal üretkenliğin ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisini desteklemektedir. Dawes ve arkadaşları (2010), Economou ve arkadaşları (2024) yapmış oldukları çalışmada işsizlik ve düşük sosyal katılımın depresyon riskini artırdığı bildirilmektedir. Sanz ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada BDÖ puanlarının sosyoekonomik göstergelerle ilişkili olduğu farklı toplumlarda gösterilmiştir.

Araştırmada ekonomik duruma göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,005$). Geliri giderinden az olan kadınların depresyon puanlarının en yüksek, geliri giderinden fazla olanların ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, düşük ekonomik durumun depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Battat ve arkadaşları (2024), Pietrzak ve arkadaşları (2017) yapmış olduğu çalışmalarda ekonomik yetersizliğin stres, yaşam doyumu azalması ve depresif belirtilerle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmada çocuk sayısına göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,027$). Üç ve üzeri çocuğu olan kadınların depresyon puan ortalamalarının, hiç çocuğu olmayan ve daha az sayıda çocuğu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde doğurganlık öyküsünün, özellikle çoklu gebelik ve uzun süreli bakım sorumluluklarının, psikolojik yükü artırarak depresif belirtileri etkileyebileceği bildirilmektedir. Emzirme, gebelik ve annelik deneyimlerinin ruh sağlığı ile çift yönlü bir ilişki içerisinde olduğu; bakım yükü ve psikososyal stresin depresyon riskini artırabildiği

belirlenmektedir (Dias, 2015; Toledo ve diğeri, 2022; Butler ve diğeri, 2020). Bu bulgu, çocuk sayısının artmasının uzun vadede depresyon düzeyi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada emzirme süresine göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,902$). Emzirme süresi arttıkça depresyon puanlarının anlamlı biçimde değişmemesi, literatürde bildirilen karmaşık ve çift yönlü ilişkiyle uyumludur. Mikšić ve arkadaşları (2020) ile Dagla ve arkadaşları (2021) yaptığı çalışmalarda emzirmenin depresyon üzerinde koruyucu etkisi olduğu belirtilirken, Haga ve arkadaşları (2018), Fukui ve arkadaşları (2021) ile Kim ve arkadaşlarının (2022) yapmış oldukları çalışmalarda depresyonun emzirme süresini etkilediği, ancak emzirmenin depresyonu her zaman azaltmadığı bildirmişlerdir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, emzirme süresinin depresyon düzeyi üzerinde doğrudan belirleyici olmadığını göstermektedir.

Son 12 ay içerisinde adet görme durumuna göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,820$). Bu sonuç, depresyon düzeylerinin yalnızca menstrüel varlık ya da yoklukla açıklanamayacağını göstermektedir. Toffol ve arkadaşları (2014) ve Klusmann ve arkadaşlarının (2024) yapmış oldukları çalışmalarda menstrüel düzensizlikler ve hormonal dalgalanmaların depresif belirtilerle ilişkili olabileceği belirtilmekle birlikte, özellikle erişkin yaş grubunda bu ilişkinin her bireyde aynı şekilde ortaya çıkmadığını vurgulanmaktadır. Çalışmanın bulguları, adet görme durumunun tek başına depresyon düzeyini belirlemede sınırlı bir değişken olduğunu desteklemektedir.

Araştırmada adet döngüsünde sapma yaşama durumu ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,646$). Ji ve arkadaşları (2011) ile Toffol ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmalarda adet döngüsü düzensizliklerinin depresyonla ilişkili olabileceği belirtilse de bu ilişkinin daha çok ergenlik ve erken üreme dönemlerinde belirgin olduğunu bildirmişlerdir. Orta yaş ve menopozal geçiş dönemine yaklaşan kadınlarda ise depresyonun çok faktörlü bir yapı gösterdiği ifade edilmektedir.

Hormon replasman tedavisi alan ve almayan kadınlar arasında BDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,108$). Literatürde hormonal tedavilerin depresyon üzerindeki etkilerinin bireysel hormon duyarlılığına ve tedavi süresine bağlı olarak değişkenlik gösterebildiği belirtilmektedir. Schneider ve diğeri (1977) östrojen tedavisinin depresif belirtileri azaltabileceğini bildirmiştir (Schneider ve diğeri, 1977). Bu çalışmanın

bulguları, hormon replasman tedavisinin depresyon üzerinde tek başına belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, depresyon düzeylerinin yaş ve medeni durumdan bağımsız olarak; çalışma durumu, ekonomik düzey, eğitim durumu ve beden kitle indeksi gibi sosyoekonomik ve fiziksel faktörlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, Beck Depresyon Ölçeği 'nin farklı Sosyo-demografik gruplarda duyarlı ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koyan Segal ve arkadaşlarının (2008), Sanz ve arkadaşlarının (2015) ve Economou ve arkadaşlarının (2024) bulgularıyla örtüşmektedir (Segal ve diğerleri, 2008; Sanz ve diğerleri, 2015; Economou ve diğerleri, 2024). Bununla birlikte, depresyon düzeylerinin kadınların bazı üreme sağlığı özellikleriyle ilişkili olduğu, ancak bu ilişkinin her değişken için geçerli olmadığı belirlenmiştir. Özellikle çocuk sayısının artmasının depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu saptanırken; adet görme durumu, adet döngüsü düzensizliği, hormon replasman tedavisi ve emzirme süresi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, depresyonun biyolojik, hormonal ve psikososyal etmenlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapı olduğunu ve üreme sağlığı öyküsünün bu bütüncül çerçevede değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

5.7.Kadınların MSDÖ, YBDÖ VE BDÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Yapılan çalışmanın bulguları, menopoza semptomları, depresyon ve yeme davranış bozukluğu belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunduğunu ortaya koymakta olup, bu durum literatürde vurgulanan çift yönlü ve karmaşık etkileşim modelini desteklemektedir. Yapılan korelasyon analizinde menopoza semptomlarının şiddeti arttıkça hem yeme davranış bozukluğu belirtilerinin ($r=0,165$; $p=0,002$) hem de depresyon düzeylerinin ($r=0,328$; $p<0,001$) arttığı saptanmıştır. Ayrıca yeme davranış bozukluğu belirtileri ile depresyon arasında da orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,334$; $p<0,001$). Mangweth-Matzek ve arkadaşları (2013), Baker (2016) yaptığı çalışmalarda menopozal geçiş döneminin hormonal, psikolojik ve bedensel değişimlerle karakterize olması nedeniyle, kadınlar açısından ruhsal olarak hassas bir dönem olduğunu vurgulamaktadır (Mangweth-Matzek ve diğerleri, 2013; Baker, 2016).

Menopoz semptomları ile depresyon arasındaki orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. Llaneza ve arkadaşları (2012), Hooper ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışmalar sonucunda vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, yorgunluk ve somatik yakınmaların artmasıyla birlikte depresif belirtilerin şiddetlendiği bildirilmiştir (Llaneza ve diğerleri, 2012; Hooper ve diğerleri, 2022). Brown ve arkadaşları (2024) menopozun yalnızca fizyolojik bir süreç olmadığı, aynı zamanda ruh sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir yaşam geçişi olduğu ve depresyon riskini artırabildiğini bildirmiştir (Brown ve diğerleri, 2024). Bu çalışmada menopoz semptomları ile depresyon arasındaki anlamlı ilişki, menopoz semptomlarının psikolojik iyilik hâli üzerinde belirleyici bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Menopoz semptomları ile yeme davranış bozukluğu belirtileri arasında saptanan pozitif ilişki, her ne kadar zayıf düzeyde olsa da menopozal dönemde yeme davranışlarının değişebileceğini göstermektedir. Literatürde perimenopoz ve erken postmenopoz dönemlerinde beden memnuniyetsizliği, kilo artışı ve yeme davranış bozukluğu semptomlarında artış olduğu bildirilmektedir (Mangweth-Matzek ve diğerleri, 2013; Mangweth-Matzek ve diğerleri, 2021). Hormonal değişimlerin yanı sıra yaşlanma algısı ve beden imajındaki değişimler bu süreçte yeme davranışlarını etkilediği vurgulanmaktadır. Özellikle doğal olmayan menopoz yaşayan kadınlarda bu riskin daha belirgin olduğu belirtilmektedir (Mangweth-Matzek ve diğerleri, 2025).

Yeme davranış bozukluğu belirtileri ile depresyon arasındaki orta düzeyde ve anlamlı ilişki, depresyonun bu süreçte hem bir risk faktörü hem de bir sonuç olabileceğini göstermektedir. Riedy ve diğerleri (2024) depresif duygu durumun, problemlili yeme davranışlarını tetikleyebildiği; buna karşılık yeme davranış bozukluğu belirtilerinin de depresyonun sürdürülmesinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir (Riedy ve diğerleri, 2024). Barbhuiya, (2024) yaptığı çalışmada obezite, menopoz ve depresyon arasındaki ilişkinin döngüsel bir yapı halinde olduğu ve bu değişkenlerin birbirini karşılıklı olarak beslediği belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen korelasyon bulguları, söz konusu döngüsel yapıyı desteklemektedir.

Beden algısı ve yaşlanmaya yönelik değişimler, menopozal dönemde depresyon ve yeme davranış bozukluğu etkileşimini güçlendiren önemli psikososyal faktörlerdir. Menopozal durum ile yeme davranış bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin beden karşılaştırması ve yaşlanmaya yönelik olumsuz tutumlar aracılığıyla güçlendiği bildirilmiştir (Thompson, 2019). Temple ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan

menopozal kadınlarda beden memnuniyetsizliği ve yaşam kalitesindeki dūřuřun daha belirgin olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda, çalışmada menopoz semptomları ile yeme davranış bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin, beden algısı ve depresyon üzerinden dolaylı olarak güçlenmiş olabileceği dşnlmektedir.

Hormonal dalgalanmaların yeme davranış bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisi özellikle perimenopoz döneminde dikkat çekmektedir. Baker ve diğerleri (2019) yapmış olduğu çalışmada over hormonlardaki değişimlerin yeme davranış bozukluğu semptomlarında dalgalanmalara yol açtığı ve bu etkinin duygudurum değişimleriyle yakından ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Finch ve arkadaşlarının (2023) yapmış olduğu çalışmalarında depresyon ve beden algısının menopozal semptom örüntüsünde merkezi bir rol üstlendiğini belirtmiştir. Bu çalışmada depresyonun hem menopoz semptomları hem de yeme davranış bozukluğu belirtileri ile ilişkili bulunması, depresyonun bu üçlü yapı içerisindeki kilit rolünü desteklemektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada menopoz semptomları, depresyon ve yeme davranış bozukluğu belirtileri arasında karşılıklı, pekiştirici ve çok boyutlu bir etkileşim olduğu ortaya konmuştur. Menopoz semptomlarının artması depresif belirtileri glendirebilmekte, artan depresyon yeme davranış bozukluğu riskini yükseltmekte ve bozulmuş yeme davranışları da hem depresyonu hem de menopoz semptomlarının algılanan şiddetini artırabilmektedir. Bu nedenle menopozal dönemde kadınların değerlendirilmesinde yalnızca fizyolojik belirtilerin değil, ruhsal durum ve yeme davranışlarının da bütüncül bir yaklaşımla ele alınması büyük önem taşımaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopoz semptomları, yeme davranışı, depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 337 kadın ile analitik ve kesitsel olarak yapılan çalışmanın başlıca sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- Kadınların MSDÖ ortalama puanı 17.90 ± 9.25 ile orta düzeyde bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde; somatik şikayetler alt boyutunda ortalama puan 6.68 ± 3.76 , psikolojik şikayetler alt boyutunda ortalama puan 7.44 ± 3.82 olup, ürogenital şikayetler alt boyutunda ise ortalama puan 3.78 ± 3.05 olarak saptanmıştır.
- Kadınların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) toplam puan ortalaması 2.24 ± 1.28 olup, alt boyut ortalama puanları incelendiğinde; kısıtlı yeme 2.46 ± 1.68 , beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe 2.65 ± 1.99 , beden memnuniyetsizliği 2.87 ± 2.21 , tıknırcasına yeme 1.94 ± 1.27 ve arınma 1.30 ± 0.81 olarak saptanmıştır.
- Kadınların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puan ortalaması 12.54 ± 11.41 olup, depresyon düzeylerine göre oranları ise %51,6'sının depresyonda olmadığı, %17,8'inin hafif depresyonda, %20,2'sinin orta düzey depresyonda, %10,4'ünün ise şiddetli depresyon grubunda olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların MSDÖ toplam puanları yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, beden kitle indeksi, emzirme süresi, son 12 ayda adet görmeme durumu ve HRT kullanımı açısından anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Kadınların YBDÖ toplam puanları Sosyo-demografik değişkenlerden yalnızca beden kitle indeksi ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık göstermiş; BKİ ve çocuk sayısı arttıkça YBDÖ puanlarının yükseldiği belirlenmiştir.
- Kadınların BDÖ toplam puanları çalışma durumu, ekonomik durum, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık göstermiş; çalışmayan, ekonomik durumu kötü olan, eğitim düzeyi düşük, BKİ'si yüksek ve çocuk sayısı fazla olan kadınlarda depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- MSDÖ ile YBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, iki ölçek arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0,165$; $p = 0,002$). MSDÖ ile BDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, iki ölçek arasında pozitif yönlü ve orta düzeye yakın bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,328$; $p < 0,001$). YBDÖ ile BDÖ arasındaki ilişki

incelendiğinde ise, iki ölçek arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0,334$; $p < 0,001$).

6.2. Öneriler

Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopoş semptomları, yeme davranışı, depresyon düzeyleri arasındaki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütölen çalışmada aşğıdaki öneriler sunulmuştur.

Sağlık Kurumlarına Yönelik Öneriler

- Klimakterik dönemdeki kadınlara hizmet veren sağlık kurumlarında menopoş semptomları, yeme davranış bozukluğu ve depresyon tarama ölçeklerinin sağlık taramalarına entegre edilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde klimakterik dönemdeki kadınlara yönelik izlem protokollerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Sağlık Profesyonellerine Yönelik Öneriler

- Kadın sağlığı hemşireleri klimakterik dönemdeki kadınlardan anamnez alırken eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, emzirme süresi ve HRT alma durumu gibi faktörleri dikkate almaları,
- Kadın doğum hemşirelerinin, menopoş semptomları, depresyon ve yeme davranış bozukluğu belirtilerini birlikte ele alan bütüncöl değerlendirmeler yapmaları,
- Menopoş semptomları ile depresyon ve yeme davranış bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiler doğrultusunda, düzenli tarama ölçeklerinin (MSDÖ, BDÖ, YBDÖ) hemşirelik bakım sürecine entegre edilmesi,
- Menopoş dönemine yönelik yapılandırılmış grup eğitimleri (stres yönetimi, sağlıklı beslenme, beden algısı, egzersiz) planlanması önerilmektedir.

Kadınlara Yönelik Öneriler

- Menopoş semptomlarıyla baş etme yöntemleri (sıcak basmaları, uyku sorunları, yorgunluk) ve stres yönetimi tekniklerine yönelik eğitimlerin verilmesi,

- Sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ve düzenli fiziksel aktivitenin menopoz semptomları, depresyon ve yeme davranış bozukluğu belirtileri üzerindeki olumlu etkileri konusunda danışmanlık verilmesi,
- Depresif belirtileri olan kadınların erken dönemde fark edilmesi ve uygun ruh sağlığı hizmetlerine başvurmaları konusunda yönlendirilmesi,
- Menopoz döneminin yalnızca hormonal değişim süreci olmadığı; psikolojik iyilik hali, yeme davranışları ve beden algısı üzerinde etkili olabileceği konusunda kadınların bilinç düzeyi artırılması,
- Kadınların sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmesi,
- Hormon replasman tedavisi (HRT) konusunda kadınlara yalnızca fiziksel semptomlar değil, psikolojik etkiler açısından da danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Gelecek çalışmalarda, menopoz semptomları, yeme davranış bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişkilerin nedensel boyutunun incelenebilmesi için kohort araştırmaların planlanması,
- Hemşirelik temelli eğitim ve danışmanlık girişimlerinin menopoz semptomları, depresyon ve yeme davranış bozukluğu üzerindeki etkisini değerlendiren müdahale çalışmalarının yapılması,

KAYNAKLAR

- Abak, E., & Güzel, H. (2021). The relationship between ruminative thinking style, body image and social appearance anxiety to romantic relationship-centered and partner-focused obsessive compulsive symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*. doi:10.5505/kpd.2021.14632
- Abbas, S., Nasir, Z., Asghar, A., & Shamas, R. (2025). Hormonal changes, mood disturbances, and sleep: Understanding the triad in menopausal women. *Research Journal for Social Affairs*. doi:10.71317/rjsa.003.03.0236
- Abdel-Salam, D., Mohamed, R., Alruwaili, R., Alhablani, F., Aldaghmi, R., & Alghassab, R. (2021). Postmenopausal symptoms and their correlates among Saudi women attending different primary health centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6831. doi:10.3390/ijerph18136831
- Abramson, B. L., et al. (2021). Menopausal hormone therapy and cardiovascular outcomes: A review. *Heart*, 107(12), 984–991.
- Ağır, F. (2025). *Postmenopozal dönemdeki kadınların toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarının menopoz tutumuna ve menopoz semptomlarına etkisi* (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara).
- Ağralı C. (2021). Menopoz dönemindeki kadınların sezgisel yeme ve depresyon düzeyi arasında ilişki. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.
- Ai, Y., et al. (2024). Prevalence of depression in perimenopausal and postmenopausal women: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24, 12.
- Akı, N., & Akdemir, A. (2019). Menopoz dönemindeki kadınlarda yeme tutumu ve vücut algısının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 115-124. doi:10.5336/healthsci.2018-63661
- Akman, E. (2025). Menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uykü kalitesi ile ilişkisi (Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı).
- Aksoy, M. (2017). *Çok çocuklu kadınlarda sağlık algısı ve etkileyen faktörler* (Yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

- Aksu Pelit, S. (2025). Klimakterik dönemi ve bakım. In Ş. Sözbir Yaman, S. Kaplan, & İ. M. Gönenç (Ed.), *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği* (ss. 138–162). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Aksu Pelit, S. (2025). *Menopozal geçiş sürecinde görülen semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkileri*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Aksu, H., & Korkmaz, F. (2022). Kadınlarda çalışma durumunun sağlık davranışları üzerine etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 32(1), 45–54.
- Algül, A., Tütüncü, R., Balibey, H., Ateş, A., Başoğlu, C., Özşahin, A. (2015). Postmenopozal majör depresif bozuklukta klinik gidiş ve yaşam olayları ilişkisinin araştırılması: Vaka kontrollü açık uçlu çalışma. *Gulhane Medical Journal*, 57(3), 211-5.
- Ali, A., Hori, H., Kim, Y., & Kunugi, H. (2021). Predictors of nutritional status, depression, internet addiction, Facebook addiction, and tobacco smoking among women with eating disorders in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 735109. doi:10.3389/fpsy.2021.735109
- Allshouse, A., Pavlović, J., & Santoro, N. (2018). Menstrual cycle hormone changes associated with reproductive aging and how they may relate to symptoms. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 613–628. doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.004
- Ambikairajah, A., Agarwal, K., Thornton, M., et al. (2022). A review of menopause nomenclature: Updating STRAW+10 staging. *Reproductive Health*, 19, 29.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Management of menopausal symptoms: ACOG practice bulletin*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Management of menopausal symptoms guideline*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Management of menopausal symptoms: Practice bulletin*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *Management of perimenopausal and menopausal symptoms*. ACOG.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2024). *Practice guideline for the treatment of major depressive disorder* (4th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2019). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20(2), 112–119. doi.org/10.1037/0278-6133.20.2.112
- Avis, N. E., Crawford, S. L., & Greendale, G. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539. doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., Thurston, R. C., & Matthews, K. A. (2005). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 118–126. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183593.66175.18
- Avis, N. E., et al. (2023). Hot flashes and quality of life in midlife women. *Journal of Women's Health*, 32(4), 367–375.
- Avis, N. E., et al. (2023). Psychological symptoms in midlife women. *Journal of Women's Health*, 32(5), 489–497.
- Aydın, S. (2018). *Menopozal kadınlarda menopoz semptomları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aygün, M.S. (2019). Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz ve depresyon semptomlarının sıklıklarının ve ilişkilerinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Badawy, Y., Spector, A., Lee, Z., & Desai, R. (2024). The risk of depression in the menopausal stages: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.041
- Baker, J. H., & Runfola, C. D. (2016). Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder? *Maturitas*, 85, 112–116. doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.017
- Baker, J. H., Eisenlohr-Moul, T., Wu, Y., Schiller, C. E., Bulik, C. M., & Girdler, S. S. (2019). Ovarian hormones influence eating disorder symptom variability during the menopause transition: A pilot study. *Eating Behaviors*, 35, 101337. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101337

- Barakat, S., McLean, S., Bryant, E., Lê, Â., Marks, P., Aouad, P., Boakes, R., ... Williams, M. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11, 17. doi:10.1186/s40337-022-00717-4
- Barbhuiya, P., & Pathak, M. (2024). Impact of obesity, menopause, and depression in women's health: An attempt to decipher the complex relationship. *Current Medicinal Chemistry*. doi:10.2174/0109298673317600240930052201
- Battat, M., Omair, N., WildAli, M., Alkaissi, A., Amer, R., Koni, A., Salameh, H., & Zyoud, S. H. (2024). Assessment of depression symptoms among cancer patients: A cross-sectional study from a developing country. *Scientific Reports*, 14, 62935. doi.org/10.1038/s41598-024-62935-x
- Bayer Global. (2025). *With more science and less silence, menopause enters a new age*.
- Bazán, S., & Rivera, P. (2025). Relationship between night eating syndrome, eating disorders, and menopausal symptoms in climacteric women: A pilot study. *PubMed*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597. doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Bennett, D., Smith, A., & Jones, R. (2025). A comprehensive investigation of the association between menopause symptoms and problematic eating behavior in peri- and post-menopause cisgender women. *PubMed*.
- Besong, C., Philippeaux, S., Bham, A., Gustinvil, N., Castine, A., Varrassi, G., Sutker, P., Miller, B., Burroughs, C., Gennuso, S., Shekoohi, S., & Kaye, A. (2024). Managing menopause: The evolving role of estrogens, selective serotonin reuptake inhibitors, and phytoestrogens in balancing hormonal fluctuations. *Cureus*, 16, e70440. doi.org/10.7759/cureus.70440
- BMC Psychiatry. (2024). Prevalence and associated factors of depression in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24, 431. doi.org/10.1186/s12888-024-05875-0
- BMC Psychiatry. (2024). Risk and protective factors for depression in menopausal women. *BMC Psychiatry*. doi.org/10.1186/s12888-024-05875-0

- BMC Psychology. (2023). Early menopause and psychosocial outcomes: Evidence from cohort studies. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01267-3>
- BMC Public Health. (2024). Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24, 1767. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19280-5>
- BMC Public Health. (2025). A meta-analysis study evaluating the effects of sleep quality on mental health among the adult population. *BMC Public Health*.
- BMC Women's Health. (2023). Effects of diet and physical activity on menopausal health: Systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*.
- BMC Women's Health. (2023). Menopausal changes and vaginal microbiota alterations. *BMC Women's Health*. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02590-y>
- BMC Women's Health. (2023). Systematic reviews on exercise and nutrition interventions to prevent sarcopenia in middle aged and older women. *BMC Women's Health*.
- British Menopause Society. (2024). *Consensus statement on menopausal symptom management*. BMS.
- Bromberger, J. T. (2022). Mood and anxiety symptoms during the menopausal transition. *Journal of Women's Health*, 31(4), 512–520.
- Brown, L. (2022). *Hormonal changes and eating behavior*.
- Brown, L., Hunter, M. S., Chen, R., Crandall, C. J., Gordon, J. L., Mishra, G. D., Rother, V., Joffe, H., & Hickey, M. (2024). Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 403(10428), 969–983. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5)
- Brown, S. L., et al. (2023). The final phases of ovarian aging: Diverging functional trajectories in reproductive aging. *Journal of Clinical Medicine*, 14(16), 5834.
- Butler, L., & Santoro, N. (2011). The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Menopause*, 18(8), 847–858.
- Butler, M., Young, S., & Tuthill, E. (2020). Perinatal depressive symptoms and breastfeeding behaviors: A systematic literature review and biosocial research agenda. *Journal of Affective Disorders*, 279, 467–483. doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.080

Byrne, C. E., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. J. (2023). The impact of prevention programs for eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), 145–158.

Carboni, L., Huang, X., Tchounwou, P. B., Ferreira do Nascimento, R. O., Fajardo-Bullón, F., Santos, E., Landeira-Fernández, J., & Oliveira, L. (2023). Psychometric properties and cross-cultural invariance of the Beck Depression Inventory-II and Beck Anxiety Inventory among a representative sample of Spanish, Portuguese, and Brazilian undergraduate students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 6009. doi.org/10.3390/ijerph20116009

Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in UK females and males. *Psychological Assessment*, 31(7), 839–850. https://doi.org/10.1037/pas0000703

Ceylan, B., & Özerdoğan, N. (2015). Menopoza girme yaşını etkileyen faktörler ve menopozda yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 12(1), 43–49.

Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2015). Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women. *Climacteric*, 18(5), 705–712. https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1045485

China CDC Weekly. (2025). Prevalence and severity of menopausal symptoms in women of different ages — China, 2023–2024. *China CDC Weekly*, 7.

Ciharova, M., Cígler, H., Dostálová, V., Šivicová, G., Bezdicek, O. (2020). Beck Depression Inventory, second edition, Czech version: Demographic correlates, factor structure and comparison with foreign data. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(4), 371–379. doi.org/10.1080/13651501.2020.1775854

Cleveland Clinic. (2024). *Depression: Symptoms, causes, and treatment*. Cleveland Clinic.

Comparetto, C., & Borruto, F. (2023). Treatments and management of menopausal symptoms: Current status and future challenges. *OBM Geriatrics*, 7(3), 248. doi.org/10.21926/obm.geriater.2303248

Cömert, E. Ç. (2024). *Türkiye'de ortalama menopoza giriş yaşı ve erken menopoz*.

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2016). Hormonal factors and disturbances in eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18, 65. doi.org/10.1007/s11920-016-0701-6

- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2021). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 30–43.
- Curran, K., & Pitt, P. (2022). The reproductive impact of eating disorders in adolescents. *Seminars in Reproductive Medicine*. doi.org/10.1055/s-0042-1742326
- Çakıl NA. Evaluation of menopausal complaints and perceptions of self-efficacy in middle age women. *Sted J Contin Med Educ*. 2020;29(4):267-275.
- Çelik Sis, A., & Pasinlioğlu, T. (2022). Klimakteryum ve menopoz. In *Doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği* (ss. 717–740).
- Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2017). Kadınlarda algılanan toplumsal cinsiyet rolleri ile menopozal semptomlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3853–3866. https://doi.org/10.14687/jhs.v14i4.5071
- Çetinkaya, S., & Arslan, S. (2024). 45–60 yaş arası kadınlarda menopoz semptomları ve menopoz tutumu ile yaşam doyumunun incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,
- Çiftçi, S., Hasar, S., & Demir, H. (2022). The relationship between eating attitude and body mass index. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*. doi.org/10.52538/duhes.1081391
- Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Karagianni, D., Dagla, C., Sotiropoulou, D., Kontiza, E., Kavakou, A., & Antoniou, E. (2021). Women’s mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in Greece. *Children*, 8(2), 150. doi.org/10.3390/children8020150
- Davis, S., et al. (2025). First-of-its-kind study explores symptom prevalence across the menopause transition. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* üzerinden raporlanan Monash Üniversitesi çalışması.
- Dawes, S., Suárez, P., Vaida, F., Marcotte, T. D., Atkinson, J. H., Grant, I., Heaton, R. K., Cherner, M., & HIV Neurobehavioral Research Center Group. (2010). Demographic influences and suggested cut-scores for the Beck Depression Inventory in a non-clinical Spanish-speaking population from the US–Mexico border region. *International Journal of Culture and Mental Health*, 3(1), 34–42. doi.org/10.1080/17542860903533640

- Demir, Z., & Aydın, G. (2023). Menopoz algısı ve depresyon ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 14(3), 215–224.
- Depypere, H., et al. (2023). Non-hormonal options for managing vasomotor symptoms. *Climacteric*, 26(5), 451–462.
- DergiPark. (2023). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları semptomlar ve baş etme yöntemleri. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*.
Dergisi, 6(2), 150-156.),
- Derya, Y., Altıparmak, S., & Öztaş, H. (2021). The effect of gender roles and sexual quality of life on menopausal complaints. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. doi.org/10.33715/inonusaglik.883575
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–154. doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022
- Drevenšek, G. (2018). *Sex hormones in neurodegenerative processes and diseases*.
- Duffy, O. K., Iversen, L., & Hannaford, P. C. (2012). The impact and management of symptoms experienced at midlife: A community-based study of women in Northeast Scotland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 554–563.
- Dufour, R., Steiger, H., & Booij, L. (2024). Examining dimensionality and item quality of the Eating Disorder Examination Questionnaire in individuals with eating disorders using item response theory analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 58(3), 349–361. doi.org/10.1002/eat.24330
- Duman FN, Şimşek Küçükkelepçe D, Gölbaşı Z. Kadınlarda algılanan cinsiyet rolleri ile menopoz belirtileri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2024;8(2):464–473.
- Duman, F. N., Şimşek Küçükkelepçe, D., & Gölbaşı, Z. (2024). Determining the relationship between perceived gender roles and menopausal symptoms in women. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 8(1), 464–473. doi.org/10.30621/jbachs.1404333
- Duralde, E., Sobel, T., & Manson, J. (2023). Management of perimenopausal and menopausal symptoms. *BMJ*, 382, 072612. doi.org/10.1136/bmj-2022-072612
- Duran, A.D. ve Sinan, Ö. (2020). Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon

- Durna, Z., & Özşahin, G. (2021). Türkiye’de menopoş ve premenopoş semptomlarının değerdendirilmesi. *Türk Kadın Sağlığı Dergisi*, 18(2), 95–104.
- Economou, A., Konsolaki, E., Kalsi, I., & Psychountaki, M. (2024). The Beck Depression Inventory–II in community-dwelling middle-aged and older Greeks: Factor structure and demographic associations. *SAGE Open*, 14(2). doi.org/10.1177/21582440241252264
- Edelweishia, M., Christoper, A., Theresia, E., & Angelia, V. (2025). Review of hormonal replacement therapy options for the treatments of menopausal symptoms. *Korean Journal of Family Medicine*, 46(4), 299–306. doi.org/10.4082/kjfm.25.0039
- El Khoudary, S.R., Aggarwal, B., Beckie, T.M., et al. 2020. Menopause transition and cardiovascular disease risk: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(25): e506–e532. doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912
- Erbay, L. G., & Doğan, N. (2020). Tip 2 diyabetli kadınlarda yeme bozukluğu riski ve ilişkili faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 285-294. https://doi.org/10.5505/kpd.2020.84074
- Erdélyi, A., Pivovarov, O., & Pfeiffer, A.F.H. 2024. Mediterranean diet and menopause: Nutritional strategies to reduce metabolic risk. *Nutrients*, 16(1): 27.
- Ertan, T. U. (2025). *Menopoş dönemindeki kadınlar da eş desteğinin menopoş semptomları, cinsel yaşam sıkıntıları ve mental iyi oluş üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun).
- Ertem, G. 2010. Menopoş dönemindeki kadınların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 1–10.
- Escobar-Llamazares, M., Martínez-Martín, M., Medina-Gómez, M., González-Alonso, M., Mercado-Val, E., & Lara-Ortega, F. 2023. Sociodemographic variables and body mass index associated with the risk of eating disorders in Spanish university students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(3): 595–612. doi.org/10.3390/ejihpe13030046
- Esin, K., & Ayyıldız, F. 2022. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13) kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Journal of Eating Disorders*, 10: 6284. doi.org/10.1186/s40337-022-00628-4
- European Menopause and Andropause Society (EMAS). 2022. Menopause in the workplace: Position statement.

- European Society of Cardiology (ESC). 2021. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34): 3227–3337.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. 1994. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4): 363–370.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. 2020. Recent developments in cognitive behaviour therapy for eating disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 22(10): 64. doi.org/10.1007/s11920-020-01192-3
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. 2020. Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227): 899–911.
- Fang, Y., Liu, F., Zhang, X., Chen, L., Liu, Y., Yang, L., Zheng, X., Liu, J., Li, K., & Li, Z. 2024. Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24: 1767. doi.org/10.1186/s12889-024-19280-5
- Faro, A., & Pereira, C. 2020. Factor structure and gender invariance of the Beck Depression Inventory-II. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1): 16–31. doi.org/10.1080/21642850.2020.1715222
- Faubion, S.S., Kingsberg, S.A., & Parish, S.J. 2022. Genitourinary syndrome of menopause: Management strategies and future directions. *Menopause*, 29(2): 133–142.
- Ferreira-Maia, A.J., Gorenstein, C., & Wang, Y. 2024. Factor structure and gender equivalence of the Beck Depression Inventory-II among adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34: 195–204. doi.org/10.1007/s00787-024-02478-8
- Fışkın G, Hotun-Şahin N, Kaya İG. Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN*. 2017;3(3):122-8. doi:10.5222/jaren.2017.122.
- Finch, J., Xu, Z., Girdler, S.S., & Baker, J.H. 2023. Network analysis of eating disorder symptoms in perimenopause. *Menopause*, 30(3): 275–282. doi.org/10.1097/GME.0000000000002141
- Frank, G.K. 2021. Advances in understanding and treating anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 20(2): 255–272.
- Fraser, G. L., et al. (2024). Neurokinin pathways in menopause. *Nature Reviews Endocrinology*, 20(2), 94–105.

- Freeman, E. W., et al. (2022). Depression and anxiety in the menopause transition. *Menopause*, 29(8), 905–912.
- Freeman, E.W. 2016. Depressive symptoms and the menopausal transition. *Menopause*, 23(7): 826–832.
- Freeman, E.W. 2022. Vasomotor symptoms in the early menopausal transition. *Menopause*.
- Fuh, J.L., et al. 2021. Menopausal symptoms and management in clinical practice. *Climacteric*, 24(4): 353–361.
- Fukui, N., Motegi, T., Watanabe, Y., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Ogawa, M., Sugai, T., Egawa, J., Enomoto, T., & Someya, T. 2021. Exclusive breastfeeding and maternal-infant bonding. *Nutrients*, 13(4): 1184. doi.org/10.3390/nu13041184
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M.P. 2019. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5): 1402–1413.
- García-Batista, Z., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S., & Medrano, L.A. 2018. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-II in general and hospital population of the Dominican Republic. *PLOS ONE*, 13(6): e0199750. doi.org/10.1371/journal.pone.0199750
- Gökçer, F. T., & Pekcan, N. (2025). İstanbul'da 45-55 yaş arası kadınların menopoza ve menopoza belirtilerine yönelik tutumları: Kesitsel bir çalışma. *Afrika üreme sağlığı dergisi*, 29(11), 16–28. doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i11.2
- Göksever, H., & Erata, Y.E. 2010. Hormon profili ile perimenopozal semptomlar arasındaki ilişki. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 73: 92–96.
- 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.
- Görgel, E.B., & Çakıroğlu, F.P. 2007. *Menopoz döneminde kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Gözüyeşil, E., & Başer, M. 2016. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19: 261–268.

- Grand View Research. (2024). *Menopause market size & share: Industry report, 2030*.
- Greendale, G.A., Gold, E.B., & Crawford, S.L. 2023. Lifestyle factors and symptom improvement during the menopausal transition. *Journal of Women's Health*, 32(3): 251–259. doi.org/10.1089/jwh.2022.0451
- Greendale, G.A., Karlamangla, A.S., Maki, P.M., et al. 2023. Cognitive function during menopause. *JAMA Neurology*, 80(4): 340–348.
- Gudaitytė, M., Grinkevičiūtė, K., & Šulskutė, R. 2025. Eating disorders and their impact on reproductive health outcomes. *Health Sciences*. doi.org/10.35988/sm-hs.2025.054
- Haga, S.M., Lisøy, C., Drozd, F., Valla, L., & Slinning, K. 2018. Relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: A cross-lagged panel study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2): 235–242. doi.org/10.1007/s00737-017-0792-z
- Hagen, K., Breivik, E., & Bjorge, T. 2022. Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause*.
- Hahn, J., Flouri, E., Harrison, A., Lewis, G., & Solmi, F. 2025. Family socioeconomic position and eating disorder symptoms across adolescence. *JAMA Network Open*, 8(2): e2527934. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.27934
- Hall, J.E. 2015. Endocrinology of the menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3): 485–496.
- Harden, K.P., Kretsch, N., Moore, S.R., & Mendle, J. 2014. Hormonal influences on risk for eating disorder symptoms during puberty and adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7): 718–726. doi.org/10.1002/eat.22317
- Harlow, S.D., Gass, M., Hall, J.E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R.W., Sherman, S., Sluss, P.M., & de Villiers, T.J. 2012. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10. *Menopause*, 19(4): 387–395. https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40
- Hayati, A.N., & Sansuwito, W. 2022. Histological changes of vaginal tissue in postmenopausal women. *Southeast European Journal of Public Health*, 21(3): 34–42.
- Healthline. (2025). Hot flashes: Causes, symptoms, and treatment options. Healthline Media. https://www.healthline.com

- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H.P.G., Strelow, F., Heinemann, L.A.J., & Thai, D.M. 2004. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 45. doi.org/10.1186/1477-7525-2-45
- Henry, A. 2022. Body image and midlife changes.
- Holland, G., & Tiggemann, M. 2022. Impact of social networking sites on body image and disordered eating. *Body Image*, 40: 55–68.
- Hooper, S.E., Marshall, V.D., Becker, C.B., LaCroix, A.Z., Keel, P.K., & Kilpela, L.S. 2022. Mental health and quality of life in postmenopausal women. *Menopause*, 29(6): 707–713. doi.org/10.1097/GME.0000000000001961
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., & Kessler, R.C. 2022. Depression severity and disordered eating behaviors. *Journal of Eating Disorders*, 10: 72. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4
- Hunter, M. S., et al. (2022). Cognitive behavioral therapy for menopausal hot flashes. *Menopause*, 29(7), 789–798.
- Huryk, K., Drury, C., & Loeb, K. 2021. Socioeconomic diversity in eating disorders. *Eating Behaviors*, 43: 101548. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101548
- ICSM (International Consultation on Sexual Medicine). 2024. Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM): Recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine. *Sexual Medicine Reviews*. doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf055
- Iino, K., Tarakida, A., Abe, K., Taniguchi, R., Higuchi, T., & Takahashi, I. 2013. Role of anti-Müllerian hormone as a biomarker of the menopausal transition. *Menopause*, 20(7): 715–721.
- International Menopause Society (IMS). 2023. *Global recommendations on menopausal health*.
- International Menopause Society. (2024). *White paper on reproductive health and menopause*.
- Islam, M.R., Gartoulla, P., Bell, R.J., Fradkin, P., & Davis, S.R. 2015. Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: A systematic review. *Climacteric*, 18(2): 157–176.
- Jayaseelan, S., Yassin, M., Mahadi, A., Azmi, A., & Rajagopal, S. 2024. Prevalence and association between sociodemographic factors, body mass index and eating disorders among undergraduates. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 6(3). doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i03.23301

- Jenkins, P.E., & Rienecke, R.D. 2022. Structural validity of the Eating Disorder Examination–Questionnaire: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8): 1012–1030. doi.org/10.1002/eat.23721
- Jeong, H.G., Kim, Y.J., & Park, S.Y. 2022. Metabolic disorders in menopause: Metabolic syndrome and menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 51(2): 265–278.
- Ji, S., Long, Q., Newport, D.J., Na, H., Knight, B., Zach, E.B., Morris, N.J., Kutner, M.H., & Stowe, Z.N. 2011. Validity of depression rating scales during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2): 213–219. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.017
- Jiang, L., Wang, Y., Zhang, Y., et al. 2024. Estrogen deficiency, neuroinflammation, and depression in menopause. *Journal of Neuroinflammation*, 21: 105.
- Jochum, F., Radosa, M.P., & Solomayer, E.F. 2023. Genitourinary syndrome of menopause in gynecological cancer survivors. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 28(1): 38–45.
- Joffe, H., Massler, A., Sharkey, K.M., Alpert, J.E., & Cohen, L.S. 2011. Evaluation and management of sleep disturbance during the menopausal transition. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(5): 404–421. doi.org/10.1055/s-0031-1287667
- Joshi, N., & Huang, J. 2024. Joint modelling of biomarker variability and survival in menopausal cohorts: FSH and AMH transition patterns. *Preprint*.
- Journal of Andrology (JournalAgent). (2024). Türkiye'de menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar: Sistematiik derleme. *Journal of Andrology*.
- Kambanis, P.E., Palmer, L., Jhe, G., et al. 2025. Shape/weight concerns and binge eating in ARFID. *International Journal of Eating Disorders*. doi.org/10.1002/eat.24398
- Kaß, A., Dörsam, A., Weiss, M., Zipfel, S., & Giel, K.E. 2021. Maternal eating disorders and breastfeeding practices. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5): 693–708. doi.org/10.1007/s00737-021-01103-w
- Katon, W., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2023). Depressive symptoms during the menopausal transition: Prevalence and severity. *Climacteric*, 26(2), 145–152. https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2187459
- Kaunitz, A.M. 2012. Codifying the stages of reproductive aging. *Menopause*, 19(4): 387–395.

- Kaya, D., & Üstün, B. 2024. Türk kadınlarında menopo ve psikolojik belirtiler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 32(1): 54–62.
- Keller, F., Kirschbaum-Lesch, I., & Straub, J. 2020. Beck Depression Inventory-II: Factor structure in adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 527559. doi.org/10.3389/fpsy.2020.527559
- Kelsey, T.W., Wright, P., Nelson, S.M., Anderson, R.A., & Wallace, W.H.B. 2011. A validated model of serum anti-Müllerian hormone from conception to menopause. *PLoS ONE*, 6(7): e22024.
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. 2021. Social functioning in eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 12: 652.
- Khatoon F, Sinha P, Shahid S, Gupta U. Assessment of menopausal symptoms using modified menopause rating scale (MRS) in women of Northern India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2018;7(3):47-51. doi:10.18203/2320- 1770.ijrcog20180871.
- Kim, S., Park, M., & Ahn, S. 2022. Antepartum and postpartum depression and exclusive breastfeeding. *Clinical Nursing Research*, 31(5): 866–880. doi.org/10.1177/10547738211053507
- Kingsberg, S.A., Wysocki, S., & Krychman, M. 2021. Vulvovaginal atrophy management gaps. *Menopause*, 28(4): 456–465.
- Klaning, U. 2023. Estrogen, reward pathways and overeating.
- Klebanoff, M.A., Baer, R.J., & Cooper, L. 2017. Depressive symptoms and weight in midlife women. *American Journal of Epidemiology*, 186(10): 1232–1240.
- Klusmann, H., Kapp, C., Engel, S., Schumacher, T., Bücklein, E., Knaevelsrud, C., & Schumacher, S. (2024). Higher depressive symptoms in irregular menstrual cycles: Converging evidence from cross-sectional and prospective assessments. *Psychopathology*, 57(5), 259–266. doi.org/10.1159/000535565
- Koçak, D. Y., & Beji, N. K. (2023). Çok şiddetli menopo ve semptomları olan kadınların risk faktörlerinin modellenmesi. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Araştırmaları Dergisi*, 49(4), 1264–1272. doi.org/10.1111/jog.15556

- Komesu, Y. M., Din, M., & Richter, H. (2021). Vaginal microbiota and atrophic changes in menopause. *Frontiers in Reproductive Health*, 3, 779398. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.779398>
- Lan, T. T., Lai, J. S., & Cheung, K. H. (2014). Menopausal symptoms and the menopausal rating scale among midlife Chinese women in Macau, China. *Climacteric*, 17(5), 549–556. doi.org/10.3109/13697137.2014.898726
- Lan, Y., Huang, Y., Song, Y., Li, L., Chen, P., Ying, Q., Cai, Y., & Zhou, J. (2017). Prevalence, severity, and associated factors of menopausal symptoms in middle-aged Chinese women: A community-based cross-sectional study in southeast China. *Menopause*, 24(11), 1200–1207. doi.org/10.1097/GME.0000000000000906
- Laskowski, N. M., Halbeisen, G., Braks, K., Huber, T., & Paslakis, G. (2023). Exploratory graph analysis of the dimensional structure of the Eating Disorder Examination Questionnaire in women with eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 163, 254–261. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.063
- Lee, C. H., & Park, H. S. (2023). Hormonal variability and sleep disturbance across reproductive aging stages: Insights from STRAW+10. *Journal of the Endocrine Society*, 7, 1–14. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvadXXX>
- Lev-Ari, L., Bachner-Melman, R., & Zohar, A. (2021). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): Expanding on the short form. *Journal of Eating Disorders*, 9, Article 403. doi.org/10.1186/s40337-021-00403-x
- Li, J., Liu, F., Liu, Z., Li, M., Wang, Y., Shang, Y., & Li, Y. (2024). Prevalence and associated factors of depression in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24, Article 431. doi.org/10.1186/s12888-024-05875-0
- Li, L., Wu, J., Pu, D., Zhao, Y., Wan, C., Sun, L., Shen, C., Sun, W., Yuan, Z., Shen, Q., He, X., Jiang, J., Luo, N., He, Y., Qian, Q., Cai, P., & Zhang, M. (2012). Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in Chinese women. *Maturitas*, 73(4), 354–360. doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.008
- Li, Z., Guo, J. P., & Huang, L. (2024). Perimenopausal syndrome and hypertension during perimenopause in South China: Prevalence, relationships and risk factors. *BMC Women's Health*, 24, 215.

- Lira-Junior, R., de Almeida, D. B., & Silva, R. M. (2023). Nonhormonal therapies in genitourinary syndrome of menopause: A systematic review. *Pharmaceuticals*, 15(1), 20.
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120–130. doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017
- Lobo, R., et al. (2022). Cardiovascular and metabolic risk management in postmenopausal women. *Maturitas*, 157, 60–69.
- Logan, S., Wong, B., Tan, J., Kramer, M., & Yong, E. (2023). Menopausal symptoms in midlife Singaporean women: Prevalence rates and associated factors from the Integrated Women's Health Programme (IWHP). *Maturitas*, 178, Article 107853. doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107853
- Makara-Studzińska, M., Kryś-Noszczyka, K., & Jakiel, G. (2015). The influence of selected socio-demographic variables on symptoms occurring during the menopause. *Przegląd Menopauzalny = Menopause Review*, 14(1), 20–26. doi.org/10.5114/pm.2015.48637
- Maki, P. M., & Kornstein, S. G. (2020). Mood disorders during menopause: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(4), 685–697. doi.org/10.1016/j.ogc.2020.08.002
- Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, H., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., Athappilly, G., Bobo, W. V., Rubin, L. H., Koleva, H. K., Cohen, L. S., & Soares, C. N. (2019). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: Summary and recommendations. *Journal of Women's Health*, 28(2), 117–134. doi.org/10.1089/jwh.2018.27099
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope, H. G., & Kinzl, J. F. (2013). The menopausal transition—A possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609–616. doi.org/10.1002/eat.22157
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Vedova, S., Dunst, V., Hennecke, P., Daniaux, M., & Pope, H. G. (2021). Disorders of eating and body image during the menopausal transition: Associations with menopausal stage and symptomatology. *Eating and Weight Disorders*, 26, 2763–2769. doi.org/10.1007/s40519-021-01141-4
- Mangweth-Matzek, B., Schurr, T., Vedova, S., Dunst, V., Rupp, C. I., & Feil, K. (2025). Disordered eating and body dissatisfaction in women with non-natural menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 312(2), 435–443. doi.org/10.1007/s00404-025-08022-6

- Mayo Clinic. (2024a). *Depression (major depressive disorder)*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression>
- Mayo Clinic. (2024b). *Perimenopause overview*. Mayo Clinic Publications.
- Melisse, B., & Dingemans, A. (2025). Redefining diagnostic parameters: The role of overvaluation of shape and weight in binge-eating disorder: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 13, Article 1187. doi.org/10.1186/s40337-025-01187-0
- Mikhail, M. E., Ackerman, L. M., Anaya, C., Culbert, K. M., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2023). Associations between household income and disordered eating differ across sex and racial identity in a population-based sample of adults. *International Journal of Eating Disorders*. doi.org/10.1002/eat.23948
- Mikhail, M. E., Culbert, K. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L. (2019). Gonadal hormone contributions to individual differences in eating disorder risk. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 484–490. doi.org/10.1097/YCO.0000000000000543
- Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2725. doi.org/10.3390/ijerph17082725
- Misiker, B., Kashala, K., & Misker, D. (2023). The severity of menopause and associated factors among middle-aged women residing in Arba Minch, DHSS, Ethiopia, 2022. *BMC Women's Health*, 23, Article 442. doi.org/10.1186/s12905-023-02442-9
- Mohandas, K., Prema, L., Kumar, K., & KP, H. (2021). Factors affecting the incidence of depression in obese persons. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*, 11(4). doi.org/10.15406/aowmc.2021.11.00341
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2020). Childhood trauma and eating disorders. *Psychological Medicine*, 50(9), 1499–1508.
- Monteleone, A. M., Cascino, G., & Treasure, J. (2021). COVID-19 and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 657–670.
- Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F., & Hay, P. (2017). Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample. *PLOS ONE*, 12(1), e0170603. doi.org/10.1371/journal.pone.0170603

- Nagata, J. M., CompTE, E. J., Cattle, C. J., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Murray, S. B., Obedin-Maliver, J., & Lunn, M. R. (2020). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among gender-expansive populations. *Journal of Eating Disorders*, 8, Article 352. doi.org/10.1186/s40337-020-00352-x
- Nagata, J. M., CompTE, E. J., McGuire, F. H., Brown, T. A., Lavender, J. M., Murray, S. B., Capriotti, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2023). Investigating the factor structure and measurement invariance of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) in a community sample of gender minority adults from the United States. *International Journal of Eating Disorders*. doi.org/10.1002/eat.23978
- Nagata, J. M., Murray, S. B., Flentje, A., CompTE, E. J., Schauer, R., Pak, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2020). Eating disorder attitudes and disordered eating behaviors as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among cisgender lesbian women. *Body Image*, 34, 215–220. doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.06.005
- Nagata, J. M., Smith-Russack, Z., Paul, A., Saldana, G., Shao, I., Al-Shoaibi, A., Chaphekar, A., Downey, A., He, J., Murray, S. B., Baker, F. C., & Ganson, K. T. (2023). The social epidemiology of binge-eating disorder and behaviors in early adolescents. *Journal of Eating Disorders*, 11, Article 104. doi.org/10.1186/s40337-023-00904-x
- Nappi, R. E., Laganà, A. S., & Lira-Junior, R. (2022). Energy-based devices for genitourinary syndrome of menopause: Current evidence and controversies. *Climacteric*, 25(5), 452–462.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Menopause quality standard (QS143)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs143>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Menopause: Diagnosis and management*. NICE.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Depression overview*.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Depression*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- National Institute of Mental Health. (2024). *Depression*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

- Nayak, M., Nayak, D., Das, S., Sahu, S., Mishra, S., Senapti, S., & Gomango, D. (2023). Prevalence and factors influencing severity of post-menopausal symptoms among women of rural Odisha: An explorative study. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. doi.org/10.52711/2349-2996.2023.00054
- Nazik, E., Arslan, S., Karaçay Yıkar, S., Nazik, H., Özdemir, F., & Ejder Apay, S. (2021). Menopausal symptoms and factors affecting it: A sample of Turkish women. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 341–349. doi.org/10.17517/ksutfd.811145
- Nordic VMS Survey. (2010). Prevalence and impact of vasomotor symptoms associated with menopause among Nordic women: Subgroup analysis from an international cross-sectional survey. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/>
- North American Menopause Society. (2020). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement. *Menopause*, 27(9), 976–992.
- North American Menopause Society. (2021). The 2021 position statement of The North American Menopause Society on vasomotor symptoms. *Menopause*, 28(9), 973–997. doi.org/10.1097/GME.0000000000001831
- North American Menopause Society. (2022). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: Prevalence and quality of life burden. *Menopause*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033602/>
- North American Menopause Society. (2023). *Nonhormone therapy for vasomotor and psychological symptoms*.
- North American Menopause Society. (2023). The 2023 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 30(7), 767–794. doi.org/10.1097/GME.0000000000002200
- Nour, M., Hafiz, T., & Alharbi, K. (2023). Measuring the relationship between body mass index and depression among Saudi adult population: A nationwide cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(11), e0293799. doi.org/10.1371/journal.pone.0293799
- O'Brien, K. M., Whelan, D. R., Sandler, D. P., Hall, J. E., & Weinberg, C. R. (2017). Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLOS ONE*, 12(7), e0181104. doi.org/10.1371/journal.pone.0181104

- OECD. (2023). *Mental health and work: Addressing depression in the workplace*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org>
- Olawaju, O. A., *et al.* (2014). Staging reproductive aging using STRAW+10 in Black urban African women in the Study of Women Entering and in Endocrine Transition (SWEET). *Menopause*, 21(10), 1099–1107.
- Ozcivit, I. B., Gulcicek, A., Sayili, U., Değer, V., Erel, C. T., & Senturk, L. M. (2025). Menopausal symptoms among perimenopausal women in rural Turkey: A cross-sectional study. *Climacteric*. doi.org/10.1080/13697137.2025.2490243
- Özcan, H., & Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157–163.
- Özkan, S., & Diğerleri. (2015). Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2), 11-22.
- Öztürk, M., & Elmacıoğlu, F. (2019). Menopoz öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlarda yeme tutumları ve vücut algısı. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47(1), 32-40. doi.org/10.33076/2019.BDD.1147
- Öztürk, R., *et al.* (2022). Menopozda sosyal destek ve anksiyete ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(2), 89–98.
- Pant, A., *et al.* (2024). Age of menopause, healthy lifestyle, and cardiovascular outcomes: Large cohort analysis. *Heart*, 110(3), 250–258.
- Panyawongudom, N., Panyakhamlerd, K., & Suwan, A. (2023). Erbium–YAG lazer ile tedavi öncesi ve sonrası vajinal atrofi olan menopoz sonrası kadınlarda vajinal laktobasil sayısı: Randomize sahte kontrollü bir çalışma. *BMC Kadın Sağlığı*, 23, 513. doi.org/10.1186/s12905-023-02590-y
- Penelo, E., Villarroel, A. M., Portell, M., & Raich, R. M. (2012). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(2), 76–83. doi.org/10.1027/1015-5759/a000093
- Phillipou, A., Meyer, D., & Neill, E. (2020). Eating and exercise behaviors during COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8, 85.

- Pietrzak, D., Pietrzak, A., Krasowska, D., Makara-Studzińska, M., Madej, A., Baranowska, M., & Borzęcki, A. (2017). Depressiveness measured with Beck Depression Inventory in patients with psoriasis. *Journal of Affective Disorders*, 209, 229–234. doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.045
- Porter, H. (2025). Experiences of menstrual health and amenorrhoea in eating disorder inpatient units in England: A subgroup analysis from a lived experience–led qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 13, Article 66. doi.org/10.1186/s40337-025-01266-2
- Ricardo, A. C., Park, S. K., Carmona-Powell, E., Larkin, C., Quiroga, A., Fischer, M. J., Lora, C. M., Chen, J., Missikpode, C., Pineda, M., Zhang, X., Hsu, J. Y., Shankman, S. A., & Lash, J. P. (2025). Validation of the Beck Depression Inventory in US Hispanic patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 20(4), 495–501. doi.org/10.2215/CJN.0000000655
- Riedy, D. E., Ghose, S., Sabet, S., Reid, M., Williams, C. L., MacPherson, A., & Dautovich, N. D. (2024). A comprehensive investigation of the association between menopause symptoms and problematic eating behavior in peri- and post-menopause cisgender women. *Women & Health*, 64(4), 317–329. doi.org/10.1080/03630242.2024.2325559
- Rosenberg, N. (2023). The role of health professionals in menopause management. *Women's Healthcare Journal*, 12(1), 67–79.
- Saari, P., et al. (2020). Longitudinal changes in muscle mass and bone mineral density across the menopausal transition. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(9), e1234–e1245.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sahlan, R. N., Saunders, J. F., Klimek-Johnson, P. A., Convertino, A. D., Lavender, J. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Nagata, J. M. (2023). Validation of a Farsi version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (F-EDE-Q) in adolescents and university students from Iran. *Journal of Eating Disorders*, 11, Article 830. doi.org/10.1186/s40337-023-00830-y
- Saltukoğlu, G., & Tatar, A. (2017). Comparison of the classification ratios of four depression rating scales commonly used in Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 76–83. doi.org/10.1080/24750573.2017.1293250
- Santoro, N. (2022). Perimenopause: From physiology to patient care. *Endocrine Reviews*, 43(4), 539–563.

- Santoro, N., & Randolph, J. F. (2011). Reproductive hormones and the menopause transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 38(3), 455–466.
- Santoro, N., Crawford, S. L., El Khoudary, S. R., Gold, E. B., Greendale, G. A., Tepper, P. G., & Randolph, J. F. (2023). Menopause: Epidemiology, symptom management, and nursing care. *The Lancet*, 402(10398), 897–910.
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497–515. doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The menopause transition: Signs, symptoms, and management options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1–15.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2015). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 37–50.
- Schiller, C. E., Johnson, S. L., Abate, A. C., Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2016). Reproductive steroid regulation of mood and behavior. *Comprehensive Physiology*, 6(3), 1135–1160.
- Schneider, M. A., Brotherton, P. M., & Hailes, J. B. (1977). The effect of exogenous oestrogens on depression in menopausal women. *Medical Journal of Australia*, 2(22), 724–726. doi.org/10.5694/j.1326-5377.1977.tb99116.x
- Seeley, K., et al. (2020). Menopause and mental health: A review. *Journal of Women's Health*, 29(7), 845–854.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory–II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1), 20–33. doi.org/10.1177/0145445507303833
- Sharami, S., Sorouri, Z., Farzadi, S., Hosseinzadeh, F., Etezadi, A., Eghbal, S., & Eslami-Kenarsari, H. (2024). The association of sociodemographic factors and history of chronic diseases on menopausal symptoms: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 7, e2103. doi.org/10.1002/hsr2.2103
- Sharma, S., et al. (2023). Dietary interventions in menopausal women: Impact on metabolic and cardiovascular health. *Journal of Women's Health*, 32(5), 456–463.

- Shura, R. D., Schroeder, R. W., Ord, A. S., Bieu, R., O'Connor, V., Magnante, A., Snodgrass, M., Miskey, H., Martindale, S., & Rowland, J. A. (2024). Symptom validity indices for the Beck Depression Inventory-II: Development and cross-validation in research and clinical samples. *The Clinical Neuropsychologist*, 39(8), 1960–1978. doi.org/10.1080/13854046.2024.2432058
- Silva, M., & de Oliveira, L. F. (2021). Evaluating the menopausal transition with the STRAW+10 in women with HIV: A Brazilian cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e1002–e1009.
- Simon, J. A., & Reape, K. Z. (2009). Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*, 16(1), 73–76.
- Simon, J. A., et al. (2023). Fezolinetant for vasomotor symptoms: Phase 3 clinical outcomes. *New England Journal of Medicine*, 388(3), 233–243.
- Singhania, K., Kalhan, M., Choudhary, P., & Kumar, T. (2020). Association of menopausal symptoms with overweight and obesity among rural middle-aged women in North India: A population-based study. *Journal of Mid-Life Health*, 11(3), 137–143. doi.org/10.4103/jmh.jmh_123_19
- Smith, A. L., & Jones, B. C. (2025). A joint modelling approach to study variability in FSH and estradiol trajectories across the menopausal transition. *Preprint*.
- Soares, C. (2023). Mood and eating patterns in perimenopause. *Climacteric*, 26(4), 287–295.
- Soares, C. N., & Zitek, B. (2008). Hormonal fluctuations and mood. *Archives of Women's Mental Health*, 11(2), 97–109.
- Soares, C. N., & Zitek, B. (2008). Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33(4), 331–343.
- Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric*, 4(4), 267–272.
- Souza, L. M., Araujo, A. S., & Lima, A. S. (2022). Correlation among four questionnaires that evaluate menopausal symptoms. *Menopause*, 29(6), 700–706. doi.org/10.1097/GME.0000000000001965

Söylevi Lülebaş, S. (2025). *Postmenopozal kadınlarda subklinik tiroid hastalığı sıklığı ile menopoz semptomları ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Sütcü, S. T., & Yerlikaya, E. E. (2020). Yeme Bozukluğu Muayene Anketi (EDE-Q) Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin yetişkin kadın örnekleminde incelenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(Ek 1), 88-102. doi.org/10.18863/pgy.634710

Şahin, N., Kaydırak, M., & Miral, M. (2024). Menopause-Specific Quality of Life Scale: Re-review analysis. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. doi.org/10.34108/eujhs.1415852

Tandon, V. R., Sharma, S., & Mahajan, A. (2021). Nonhormonal management options for GSM: A review. *Journal of Mid-Life Health*, 12(4), 230–237.

Tang, R., Liu, Q., Li, J., Li, M., Wang, H., & Yu, Q. (2025). Menopausal symptoms and risk factors in Chinese women: A multicenter cross-sectional study. *Climacteric*, 28, 312–318. doi.org/10.1080/13697137.2025.2500563

Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (14. bs.). Akademisyen Kitabevi.

Taşkıran, G., & Özgül, S. (2021). Individual characteristics associated with menopausal symptom severity and menopause-specific quality of life: A rural perspective. *Reproductive Sciences*, 28(9), 2661–2671. doi.org/10.1007/s43032-021-00545-y

Tek Gökçeri, F. (2022). *45–55 yaş arasında menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının ve menopoz semptomlarının ilişkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Temple, S., Hogervorst, E., & Witcomb, G. L. (2024). Differences in menopausal quality of life, body appreciation, and body dissatisfaction between women at high and low risk of an eating disorder. *Brain and Behavior*, 14(3), e3609. doi.org/10.1002/brb3.3609

Terzi, H., & diğerleri. (2013). Kronik pelvik ağrılı kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(38), 1461-1464.

Tevdorashvili, G., Kintraia, N., Andghuladze, M., & Metskhvarishvili, N. (2024). Menopausal transition period: Hormonal changes, clinical symptoms, diagnosis, and modern management approaches. *Medical Times*. doi.org/10.71419/mtggrc.2024.20

- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *The menopause years*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/the-menopause-years>
- The Lancet. (2024). Menopause series: A global health perspective. *The Lancet*.
- The Menopause Society. (2024). *Premature menopause linked to increased musculoskeletal pain and sarcopenia risk*. <https://menopause.org>
- The North American Menopause Society. (2022). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: Prevalence and quality of life burden. *Menopause*.
- The North American Menopause Society. (2023). *Nonhormone therapy for vasomotor and psychological symptoms*.
- Thompson, K. A., & Bardone-Cone, A. M. (2019). Evaluating attitudes about aging and body comparison as moderators of the relationship between menopausal status and disordered eating and body image concerns among middle-aged women. *Maturitas*, 124, 25–31. doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.014
- Thurston, R. C., et al. (2018). Vasomotor symptoms and depressive disorders. *Menopause*, 25(3), 339–347.
- Thurston, R. C., et al. (2022). Vasomotor symptoms and mental health: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(2), e120–e134.
- Thurston, R. C., et al. (2023). Menopause and mental health. *Lancet Psychiatry*, 10(1), 22–34.
- Thurston, R. C., Johnson, B. D., Shufelt, C. L., Braunstein, G. D., Berga, S. L., & Pepine, C. J. (2018). Menopausal symptoms and cardiovascular disease mortality in the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). *Menopause*, 25(8), 872–879. doi.org/10.1097/GME.0000000000001096
- Toffol, E., Koponen, P., Luoto, R., & Partonen, T. (2014). Pubertal timing, menstrual irregularity, and mental health: Results of a population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 127–135. doi.org/10.1007/s00737-013-0399-y
- Toledo, C., Cianelli, R., Rodríguez, N., de Oliveira, G., Gattamorta, K., Wojnar, D., & Ojukwu, E. (2022). The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. *Public Health Nursing*, 39(1), 15–23. doi.org/10.1111/phn.12969

- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3
- Turek, J., & Gaşior, Ł. (2023). Estrogen fluctuations during the menopausal transition are a risk factor for depressive disorders. *Archives of Women's Mental Health*.
- Turkish Journal of Family Practice. (2023). Menopozal dönemdeki semptomlar ve yaşam kalitesi arasında ilişki. *Turkish Journal of Family Practice*.
- Türk Psikiyatri Derneği. (2023). *Depresyon tanı ve tedavi rehberi*. <https://www.psikiyatri.org.tr>
- Türk Psikiyatri Derneği. (2024). *Postpartum depresyon klinik kılavuzu*. <https://www.psikiyatri.org.tr>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2023). *Osteoporoz ve menopoza sonrası yönetim kılavuzu*.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2023). *Osteoporoz ve menopoza sonrası yönetim kılavuzu*.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). İstatistiklerle kadın, 2023. <https://data.tuik.gov.tr> adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). *İstatistiklerle kadın, 2024: Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları*.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. (2022). *Perimenopoz ve postmenopoz tanım kılavuzu*. TMOD Yayını.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. (2024). *Menopozda sağlık ve istatistikler*.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. (2024). Türkiye’de menopoz yaşı ve epidemiyolojisi. <http://www.turkmenopoz.org.tr> adresinden erişildi.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders. *Biological Psychiatry*, 85(6), 556–564.
- UNFPA Türkiye. (2024). *Menopause is a global workforce issue in a world where people are living longer and working longer*.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). World population prospects 2022: Summary of results. UN Digital Library.

- Ünal, B. (2020). Kalp damar hastalıkları mortalite çalışmaları (Türkiye verileri). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 48(2), 90–98.
- Velasco-Téllez, C., Cortés-Bonilla, M., Ortiz-Luna, G., et al. (2020). Quality of life and menopause. *Climacteric*, 23(5), 456–463.
- Visseren, F. L. J., et al. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337.
- Walsh, K., Delestrat, A., & Bibbey, A. (2023). The impact of menopause on skeletal muscle mass and function: Mechanisms and interventions. *Ageing Research Reviews*, 79, 101705.
- Wang, F., Luo, Z., Huang, Y., Zhang, Y., Li, L., Ding, Y., Ning, Y., Jiao, J., Ying, Q., Song, P., Xu, L., & Zhou, J. (2025). Factors associated with menopausal symptoms in southeast Chinese females aged 40–69 years. *Gynecological Endocrinology*, 41(1), Article 2512832. doi.org/10.1080/09513590.2025.2512832
- Wang, H., et al. (2022). Menopausal symptoms and depression: Correlation and clinical implications. *Menopause*, 29(11), 1385–1393.
- Wang, L., Zhang, R., Yang, Y., Sun, X., Zhang, B., Zhu, H., Luo, X., & Zhang, X. (2021). Severity and factors of menopausal symptoms in middle-aged women in Gansu Province of China: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21, Article 153. doi.org/10.1186/s12905-021-01531-x
- Wang, Q., Santos Ferreira, D. L., Nelson, S. M., et al. (2018). Metabolic characterization of menopause: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Diabetologia*, 61(2), 341–352.
- Wang, X., Wang, L., Di, J., Zhang, X., & Zhao, G. (2021). Association of menopausal status and symptoms with depressive symptoms in middle-aged Chinese women. *Climacteric*, 25(5), 453–459. doi.org/10.1080/13697137.2021.1998435
- Wang, X., Wang, Y., & Xin, T. (2020). The psychometric properties of the Chinese version of the Beck Depression Inventory-II with middle school teachers. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 548965. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.548965
- Wang, X., Zhang, Q., Wang, G., & Zhou, J. (2025). Associations between reproductive health factors and sociodemographic characteristics and the severity of moderate to severe postmenopausal depression: A secondary analysis of randomized controlled trial data. *Menopause*, 32(6), 621–629. doi.org/10.1097/GME.0000000000002543

- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., et al. (2019). Genome-wide association study of anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207–1214.
- Westhoff-Bleck, M., Winter, L., Dávila, L. A., Herrmann-Lingen, C., Treptau, J., Bauersachs, J., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2020). Diagnostic evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory-II in adults with congenital heart disease using a structured clinical interview: Impact of depression severity. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(4), 381–390. doi.org/10.1177/2047487319865055
- Woods, N. F., Mitchell, E. S., Coslov, N., & Richardson, M. K. (2022). Transitioning to the menopausal transition: A scoping review of research on the late reproductive stage in reproductive aging. *Menopause*, 28(4), 447–466.
- World Economic Forum. (2024). *Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies*.
- World Health Organization. (2022). *Menopause: Clinical management and nursing interventions*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240043138>
- World Health Organization. (2022, October 17). Menopause. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2023). *Depression fact sheet*.
- World Health Organization. (2023). *Menopause fact sheet*.
- World Health Organization. (2023). *Menopause: Equity and health across the life course*. WHO Report.
- World Health Organization. (2023). *Menopause: Fact sheet*.
- World Health Organization. (2023). *Women's health: Menopause and midlife recommendations*.
- World Health Organization. (2023a). *Women's midlife health*.
- World Health Organization. (2023b). *Guidelines for the management of depression*.
- World Health Organization. (2024). *Menopause and women's health*.
- Yılmaz, E. (2019). *Kadınların parite durumlarına göre menopozal semptomlarının incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yılmaz, H., et al. (2023). Menopoz döneminde depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 112–121.

- Yılmaz, M., & Beşer, A. (2016). Kentsel bir bölgedeki kadınların depresyon düzeyleri ve sosyal destek algıları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 2-9.
- Zhang, L., et al. (2023). Associations between muscle preservation and reduced bone loss in postmenopausal women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 38(7), 1450–1460.
- Zhang, L., Ruan, X., Cui, Y., Gu, M., & Mueck, A. O. (2020). Menopausal symptoms and associated social and environmental factors in midlife Chinese women. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 2195–2208. doi.org/10.2147/CIA.S278976
- Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou, F., Xu, X., & Li, P. (2019). Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause*, 26(3), 233–239. doi.org/10.1097/GME.0000000000001208
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2022). An update on eating disorders. *Lancet Psychiatry*, 9(1), 61–74.
- Ziuzin, V. (2023). The impact of body mass index and age of women on development of eating disorders. *Inter Collegas*, 10(2). doi.org/10.35339/ic.10.2.zui

EKLER

EK-1 Veri Toplama Formu

Araştırmanın niteliğine göre araştırmacı tarafından hazırlanacaktır

(Veri Toplama Formu)

(Form 7)

Sayın katılımcı bu soru formu, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda hazırlanmakta olan yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmada klimakterik dönemdeki kadınlarda menopoza semptomları, yeme bozukluğu, depresyon düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sorulara verdiğiniz cevapların gizliliği sağlanacaktır. Soru formuna kimlik ya da isminizle ilgili herhangi bir şey yazılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu formda ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Ankete katılım süreniz yaklaşık 20 dakika sürecektir. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları 0532 599 91 32 numaralı telefondan veya eminegercekoter@adu.edu.tr mail adresinden sorumlu araştırmacı olan Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'e, 0538 416 05 09 numaralı telefondan veya iremnura26@gmail.com mail adresinden yardımcı araştırmacı olan hemşire/ Yüksek lisans öğrencisi İrem Nur ÜNAL'a uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla ya da telefonla (cep) sorabilirsiniz.

VERİ TOPLAMA FORMU

1.TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız.....
- 2.Boyunuz:Kilonuz:Beden kitle indeksiniz.....
3. Medeni haliniz nedir?
 - a. Evli b. Bekar c. Boşanmış (Bekar)
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise/dengi okul mezunu
 - d. Üniversite mezunu (Yüksekokul/ Lisans)
 - e. Yüksek lisans/Doktora mezunu
4. Çalışma durumunuz nedir?
 - a. Çalışıyor (5. Soruya geçiniz)
 - b. Çalışmıyor (6.soruya geçiniz.)
5. Mesleğiniz nedir?
 - a. Memur b. İşçi c. Serbest meslek d. Diğer.....
6. Gelir düzeyinizi nedir?

- a. İyi (Gelir giderden fazla)
b. Orta (Gelir gidere eşit)
c. Kötü (Gelir giderden az)
- 7.Sahip olduğunuz çocuk sayısı kaçtır?
a. 0 çocuk b. 1 çocuk c. 2 çocuk d. 3 ve üzeri
- 8.Emzirme süreciniz kaç ay sürdü?
a.0-6 ay b.6-12 ay c.12 ay ve üzeri
9. Son 12 ay içerisinde adet gördünüz mü?
a. Evet b. Hayır
- 10.Son bir yıl içerisinde adet döngünüzde aylık olarak sapmalar yaşadınız mı?
a. Evet b. Hayır
- 11.Hormon replasman tedavisi gördünüz mü?
a. Evet b. Hayır

2. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetiniz olmayan yakınmalar için hiç yok seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	HİÇ YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ÇOK ŞİDDETLİ
PUANLAR	0	1	2	3	4
1)Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)					
2)Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3)Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4)Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik,ruh halinde değişiklik)					
5) Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6) Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7) Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8)Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinselilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9) İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10)Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)					

11)Eklem ve kas rahatsızlıkları(Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					
---	--	--	--	--	--

3. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular sadece son dört hafta (28 gün) ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. **Aşağıdaki ifadeleri son 28 günün kaç gününde deneyimlediyseniz o kadar gün sayısını işaretleyiniz.** Lütfen tüm soruları yanıtlayınız ve her soru için bir yanıt seçiniz. Teşekkür ederiz.

EDE-Q-13	Son 28 günün kaç gününde...	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
1.	Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yediğiniz yiyecek miktarını kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
2.	Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için sevdiğiniz herhangi bir yiyeceği beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
3.	Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yemenizle ilgili belirli kurallara (örneğin, kalori sınırlandırması) uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
4.	Vücut ağırlığınız, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
5.	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
6.	Vücut ağırlığınızdan memnun değildiniz?							
7.	Bedeninizin şeklinden memnun değildiniz?							
8.	Başka insanların alışılmadık miktarda fazla olarak tanımladıkları kadar (şartlara göre) yemek yediniz?							
9.	Yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yemek yediğiniz sırada)?							
10.	Aşırı yeme atakları yaşadınız (örn. alışılmadık miktarda fazla yemek yediniz ve o sırada kontrolü kaybettiğinizi hissettiniz)?							
11.	Bedenizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz?							
12.	Bedenizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?							
13.	Vücut ağırlığınızı, bedeninizin şeklini veya vücut yağ miktarınızı kontrol etmek veya kalori yakmak amacıyla “takıntılı” ya da “zorlayıcı” biçimde egzersiz yaptınız?							

4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- **0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.**
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- **0. Kendimden memnunum.**
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- **0. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.**
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
 3. Şimdi hep sinirliyim.
- 12- **Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görüntümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-2 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçek İzni



ÖZLEM CAN...

11 Tem 2024



alıcı: ben ▾

Merhabalar,
Çalışmanızda Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini Kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ekte ilgili dosyaları bulabilirsin.
Sevgiler.
Doç.Dr.Özlem CAN GÜRKAN

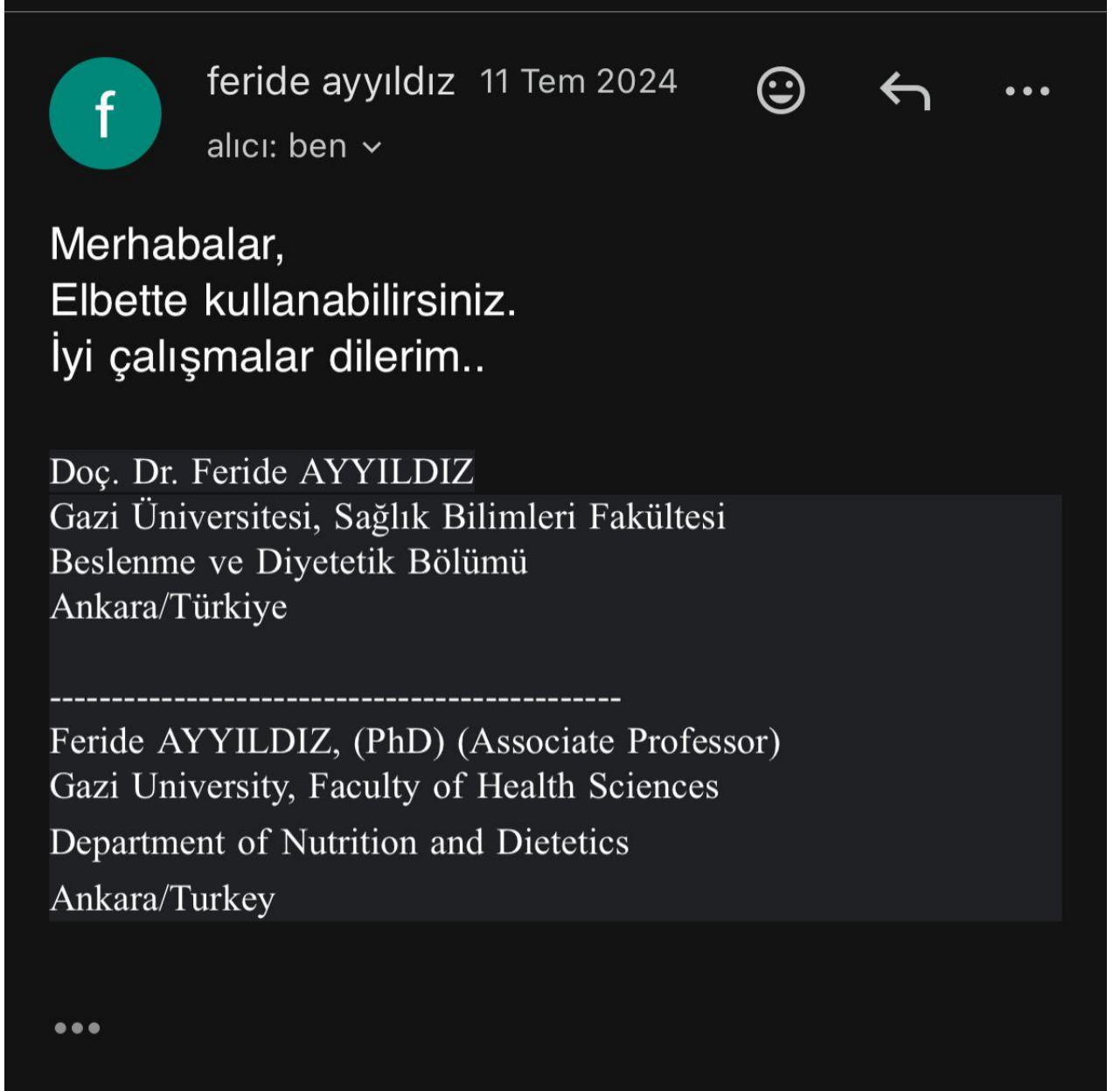
Kimden: "Irem Nur Aydemir"
<irematura26@gmail.com>
Kime: ozlemcan@marmara.edu.tr
Gönderilenler: 10 Temmuz Çarşamba 2024 22:55:21
Konu: Ölçek izni

...

MENOPOZ
SEMPTOMLARI...
 PDF

menopoz ölçek
makalesi sonn.p...
 PDF

Ek 3 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçek İzni



Ek 4 Beck Depresyon Ölçek İzni



Gulsen T. 23 Ağu 2024



alıcı: ben v

Merhaba İrem,
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail. nesrinhislisahin@gmail.com

Ek 5 Etik Kurul Ön Onay Formu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 05.08.2024 - 581592



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76261397-050.99-581592
Konu : 2024-405 nolu çalışmanız

05.08.2024

Sayın Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.08.2024 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan VI nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR : VI

Protokol No : 2024/405

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER' in "Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Semptomları, Yeme Bozukluğu, Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı araştırmasının 22.07.2024 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 31.07.2024 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BS5AV0DA49

Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BS5AV0DA49&eS=581592>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon: 0(256) 220 29 00 Faks: 0(256) 220 20 99

e-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: akademik.adu.edu.tr

KEP Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda
KORKMAZ
Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6 Etik Kurul Son Onay Formu



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76261397-050.04-2500095778
Konu : 2024-405 Nolu Çalışmanız.

24.12.2025

Sayın Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **22.12.2025** tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan **XII** nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Karar : **XII**
Protokol No : **2024/405**
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 02.08.2024 tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'in "**Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Semptomları, Yeme Bozukluğu, Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" başlıklı araştırmasının 15.12.2025 tarihli sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu: PA7ACAA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/aydin-adnan-menderes-uni-ebys>

Adres: ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Bilgi için :

Fatma Şebnem ERÇOŞKUN
Bilgisayar İşletmeni

Telefon No:

Faks No:

Telefon No:

e-Posta:

İnternet Adresi:

Direkt Hat:

Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr



Ek 7 Kurum İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 22.08.2024 - 594129



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi



Sayı : E-97594401-804.01-594129
Konu : Çalışma ile ilgili

22.08.2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.08.2024 tarihli ve E-19504407-605-591327 sayılı yazınız.

Enstitünüz Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi İrem Nur ÜNAL'ın "Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Semptomları, Yeme Bozukluğu, Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı tez çalışmasını 15.09.2024 – 15.03.2025 tarihleri arasında Hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniğinde Kişisel Verileri Korunması Kanunu dikkate alınarak yapılabilmesi İdareміzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mücahit AVCİL
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSEAYNA2JR

Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSEAYNA2JR&eS=594129>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon: 0(256) 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks: 0(256) 213 60 64
e-Posta: hastane@adu.edu.tr İnternet Adresi: www.hastane.adu.edu.tr
KEP Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba TÜRK
Tıbbi Sekreter



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopoz semptomları, yeme bozukluğu, depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

İrem Nur ÜNAL

12.01.2026

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ÜNAL, İrem Nur
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Isparta/ 27.03.1998
Telefon : 0538-416-05-09
E-posta : iremnura26@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2020

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2020-2021	Özel Meddem Hastanesi	Hemşire
2021-...	Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastanesi	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. BİLDİRİLER

1.1. Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Ünal Nur İ., Gerçek Öter E. (2024). “Preeklampsii tanısı alan gebelerde aromaterapi uygulamaları”, 1. Uluslararası Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Kongresi (Sözlü Sunum)