

Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi

Dr. İncim BEZİRCİOĞLU¹, Dr. Leyla GÜLSEREN², Dr. Adile ÖNİZ³, Dr. Neşe KINDİROĞLU⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda depresyon-anksiyete düzeylerini ve yetiyitimi karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışma, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) bölgesindeki 45-55 yaş grubu kadınlarla yürütüldü. Son adet kanamasının üzerinden bir yıl geçmiş olanlar menopoz sonrası dönemde kabul edildi. Menopoz öncesi grup henüz adet kanamaları devam eden kadınlardan oluştu. Çalışmaya alınan kadınlara Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD) ve Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 494 kadın alındı. Menopoz öncesi dönemde 214, menopoz sonrası dönemde 280 kadın vardı. Menopoz öncesi dönemde olan kadınlarda eğitim durumu daha iyi, sigara kullanımı daha fazla; menopoz sonrası dönemde olanlarda ev kadını olanların ve kronik bedensel hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullananların sayısı daha fazla idi. Menopoz sonrası dönemde bulunanlarda depresif belirti düzeyleri ve yetiyitimi anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bu grupta, yetiyitimi, ruhsal hastalık öyküsü, kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımı, diabetes mellitus, düşük eğitim düzeyi, 40 yaşından önce menopoza girme, menopozla ilgili danışmanlık almama ve tetkik yaptırmama ruhsal belirtiler için öngörücü etmenler idi. Ruhsal hastalık öyküsü ve danışmanlık almama, yetiyitimi de öngörüyordu. Menopoz öncesi dönemde ise ruhsal belirtileri ve yetiyitimi öngören değişken yoktu.

Sonuç: Menopoz sonrası dönem, menopoz öncesine göre depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ve yetiyitimine daha fazla yatkınlık yaratmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, anksiyete, yetiyitimi, menopoz öncesi, menopoz sonrası

SUMMARY: Depression-Anxiety and Disability in the Premenopausal and Postmenopausal Period

Objective: The aim of the study is to compare levels of depression-anxiety and disability in premenopausal and postmenopausal women.

Method: The study was carried out with women between 45-55 years of age, living in the service area of a Mother-Child Health and Family Planning Center. Women who did not have a menstruation at least for one year were accepted as postmenopausal. The premenopausal group was consisted of women having menstruation. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and Brief Disability Questionnaire (BDQ) were applied to the women.

Results: Fourhundred and ninetyfour women were recruited to the study. There were 214 women in the premenopausal period and 280 women in the postmenopausal period. In premenopausal women the level of education was higher and smoking was more prevalent; whereas in postmenopausal women the prevalence rates of being housewife and having continuous drug therapy due to chronic physical diseases were higher. In postmenopausal women, levels of depression and disability were significantly higher. In this group, the predictive factors for having a high HAD score were disability, education having a previous psychiatric disorder having drug therapy due to chronic physical diseases, diabetes mellitus, low level, menopause before the age of 40, not having any counselling for menopause, and not having routine laboratory tests. Having a previous psychiatric disorder and not having any counselling were also predicting disability. None of the variables predicted a high HAD score psychiatric disorder and not having any counselling were also predicting disability and disability in the premenopausal women.

Conclusion: The postmenopausal period seems to predispose women to depressive symptoms and disability compared to the premenopausal period.

Key Words: Depression, anxiety, disability, premenopause, postmenopause

¹Uzm., 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kl., ²Uzm., 2. Psikiyatri Kl., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ³Pratis., ⁴Uzm., 14 No'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi, İzmir.

GİRİŞ

Menopoz, yumurtalık işlevlerinin giderek azalması ve adet kanamasının sona ermesidir. Menopoz döneminde vazomotor belirtilerden ruhsal belirtilere, cinsel işlev değişikliklerinden osteoporoza kadar farklı vücut sistemleriyle ilişkili belirtiler ortaya çıkabilir (Kişnişçi ve ark. 1996). "Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Birliği Terminoloji Komitesi", menopozdan önce adet kanamalarında düzensizlikle birlikte klimakterik belirti ya da bulguların görülebildiği dönemi menopoz öncesi (premenopoz) dönem olarak isimlendirmektedir. Menopoz sonrası (postmenopoz) terimi menopozdan sonraki yaşam dönemini tanımlamak için kullanılmaktadır (Jones ve Judd 2003). Menopozdan yaklaşık dört-beş yıl kadar önce üreme hormonlarının düzeylerindeki değişiklikler adet döngüsünde bozulmaya, vazomotor belirtilere, uyku bozukluklarına, duygudurum değişikliklerine yol açar (Benagiano ve ark. 1999). Üreme ve yaşlanmaya ilişkin tutumlar kadar, adet kanamasıyla ilgili inanışlar da menopozun fiziksel ve ruhsal yönden bir düşüş dönemi gibi değerlendirilmesinde etkili olmuştur. Menopoz sonrası dönemde gelişen depresyon tablosu DSM-II'de "involusyonel melankoli" adı altında ayrı bir kategori olarak sınıflandırılmışken, üzerinde tam bir görüş birliği sağlanamaması nedeniyle sonraki sınıflandırma sistemlerinden çıkarılmıştır (Hunter 1996, Haynes ve Parry 1998). Menopoz ve duygudurum arasındaki biyolojik ilişki, östrojen düzeylerindeki azalmanın duygudurumu olumsuz etkilediği varsayımına dayanır. Söz konusu varsayımdan yola çıkıldığında, menopoz sonrası dönemde ruhsal belirti yaygınlığında bir artış beklenir. Ancak bulgular çelişkilidir (Bromberger ve ark. 2001). Yapılan çalışmaların ciddi yöntem hataları taşıdığına dikkati çeken Nicol-Smith (1996), menopozun depresyona neden olduğunu iddia etmek için yeterli veri olmadığını savunmaktadır. Menopozdan hemen önceki dönemde ruhsal belirtilerde hafif düzeyde bir artış olsa da menopozdan sonra depresyon yaygınlığının azaldığı bildirilmiştir (Robinson 2001). Ruhsal belirti sıklığının daha çok menopoza girmeden önceki yıllarda arttığını destekleyen başka yayınlar da vardır (Stewart ve ark. 1992, Bromberger ve ark. 2001). Paoletti ve arkadaşları (2001) ise menopoz sonrası dönemde ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir.

Menopozda ortaya çıkan depresyonun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Üreme hormonlarının düzeylerindeki değişiklikler ya da hormonların doğrudan etkisinden çok nörotransmitterler, nöroendokrin ya da sirkadiyen sistemler üzerindeki dolaylı etkileriyle ilgili olabilir (Haynes ve Parry 1998). Bazı çalışmacılar, menopozdaki duygudurum değişikliklerinin vazomotor belirtiler ya da diğer fiziksel belirtilere ikincil olduğunu savunmaktadırlar (Kronenberg 1994). Hunter (1996), konuyla ilgili yapılan çalışmalara dayanarak, depresyonda esas öngörücünün psikososyal etmenler olduğuna dikkat çekmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve menopoza ilişkin olumsuz inanışlar söz konusu etmenlerin başlıcalarıdır. Toplumsal değerler de ruhsal belirtilerde etkili olabilmektedir. Örneğin, geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelirken sanayileşmiş toplumlarda gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirebilmektedir (Weber 1997). Dolayısıyla, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilir.

Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 46.5'tir (HÜ-Nüfus Etüdları Enstitüsü 1993). Teknolojik gelişmeler insanın yaşam kalitesini artırmış ve beklenen yaşam süresini uzatmıştır. Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler (Kişnişçi 1996). Orta yaş ve sonrasındaki dönemde bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürmelerine ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik girişimlerin önem kazanması menopoz döneminin biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla ayrı bir ilgi odağı olmasında etkili olmuştur. Ancak konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirildiğinde, bizim kültürümüzde menopoz öncesi ve sonrasında ruhsal belirti düzeylerini araştıran yeterli sayıda araştırma olmadığı görülmektedir. Eşik altı depresyon ve anksiyete yetiyitimi-ne yol açmasının yanısıra klinik düzeyde psikiyatrik tabloların gelişimi açısından risk oluşturur (Broadhead ve ark. 1990). Bu bağlamda, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığının ve öngörücü etmenlerin araştırılarak erken dönemde önlem alınmasının koruyucu ruh sağlığı yönünden yararlı olacağı söylenebilir.

Bu çalışmanın amacı, menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda depresyon-anksiyete düzeylerini ve yetiyitimini kar-

TABLO 1. Çalışmaya Alınan Kadınların Özellikleri.

	Menopoz öncesi		Menopoz sonrası		İstatistiksel değer	
	Sayı	%	Sayı	%	Ki-kare	p
Eğitim						
Okuryazar değil	7	3.3	16	5.7	29.1	0.001
İlkokul	89	41.6	170	60.7		
Ortaokul	34	15.9	26	9.3		
Lise	57	26.6	43	15.4		
Yüksek okul	27	12.6	25	8.9		
Sosyoekonomik durum						
Alt	10	4.7	16	5.7	4.1	0.25
Orta	173	80.8	237	84.6		
Üst	31	14.5	26	9.3		
Medeni durum						
Evli	176	82.2	217	77.5	5.7	0.22
Bekar	4	1.9	12	4.3		
Dul	33	15.4	49	17.5		
İş						
Çalışıyor	22	10.3	15	5.4	6.5	0.04
Emekli	50	23.4	53	18.9		
Ev kadını	142	66.4	212	75.7		
Sigara alışkanlığı						
Yok	138	64.5	199	71.1	9.2	0.03
1-5 tane/gün	36	16.8	31	11.1		
6-20 tane/gün	39	18.2	41	14.6		
20>gün	1	0.5	9	3.2		
Vücut kitle indeksi (BMI)						
>18.5	9	4.2	5	1.8	7.6	0.10
18.5-24.9	75	35.0	80	28.6		
25-29.9	84	39.3	123	43.9		
30-39.9	41	19.2	69	24.6		
>40	5	2.3	3	1.1		
Kardiyovasküler hastalık						
Var	29	13.6	59	21.0	5.4	0.06
Yok	185	86.4	221	79.0		
Diabetes mellitus						
Var	17	7.9	26	9.3	0.3	0.87
Yok	197	92.1	254	90.7		
Ruhsal hastalık öyküsü						
Var	11	5.1	22	7.9	1.4	0.48
Yok	203	94.8	258	92.1		
Kronik bedensel hastalık nedeni ile sürekli ilaç kullanımı						
Var	53	24.8	104	37.1	8.5	0.003
Yok	161	75.2	176	62.9		

şılaştırmaktır. Ayrıca ruhsal belirtilerin ortaya çıkması açısından risk oluşturan etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem grubunun seçimi

Çalışma, İzmir ilinin Karşıyaka ilçesi 14 no'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) bölgesindeki kadınlarla yürütüldü. Karşıyaka ilçesinde toplam 3 tane AÇSAP bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı alanda hem o bölgede do-

ğup büyümüş hem de ülkenin değişik yörelerinden göçle gelip yerleşmiş kişiler yaşamaktadır. Nüfusun farklı sosyokültürel özelliklere sahip kişilerden oluşması nedeniyle bu bölge seçilmiştir. Önce, 14 no'lu AÇSAP'a bağlı olan 45-55 yaş aralığındaki kadınlar belirlendi. Kadınlarla yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı ayrıntılı olarak anlatıldıktan sonra katılmayı kabul edenler çalışmaya alındı. Son adet kanamasının üzerinden bir yıl geçmiş olanlar menopoz sonrası dönemde kabul edildi. Kırk yaşından önce kendiliğinden menopoza giren kadınlar erken menopoz

TABLO 2. Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Bulunan Kadınların Özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Menopoz yaşı	44.6±4.9	–
Menopoz süresi (yıl)	5.9±4.6	–
Menopoz biçimi		
Spontan	242	86.4
Cerrahi	38	13.6
Hormon yerine koyma tedavisi		
Alıyor	65	23.2
Almıyor	215	76.8
Danışmanlık alma durumu		
Hiç almamış	159	56.8
Medya-kitap	9	3.2
Ebe-hemşire	3	1.1
Hekim	109	38.9
Mammografi		
Hiç yaptırmamış	180	64.3
Bir kez yaptırmış	51	18.2
Düzenli yaptırıyor	49	17.5
Kemik dansitometri		
Hiç yaptırmamış	217	77.5
Yaptırmış	63	22.5

olarak değerlendirildi (Jones ve Judd 2003). Menopoz öncesi grup 45-55 yaş grubunda yer alan ancak henüz adet kanamaları devam eden kadınlardan oluştu. Cerrahi yolla menopoza girmiş olanların hiçbirinde operasyon nedeni malign bir hastalık değildi. Uygulanacak ölçekleri anlamayı ve yanıtlamayı engelleyecek düzeyde bir bedensel hastalığın ya da zihinsel yetersizliğin olması, gebe olma ve laktasyon döneminde olma her iki grup için de dışlama ölçütleri idi. Önce çalışmacılar tarafından sosyodemografik ve menopoza ilişkin bilgi formu dolduruldu. Daha sonra ruhsal belirtiler ve yetiyitimi değerlendirildi.

Ruhsal belirtiler ve yetiyitiminin değerlendirilmesi

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale): Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Zigmond ve Snaith 1983). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir ve ark. 1997). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam

14 soru içerir. Türkiye’de yapılan çalışmada anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21’dir. Bu çalışmada, bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle HAD yeğlendi. Okuma-yazma bilen kadınlar ölçeği kendileri doldururken, okur-yazar olmayanlara ölçek maddeleri çalışmacılar tarafından tek tek okunarak dolduruldu.

Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA, Brief Disability Ouestionnaire): Bedensel ve sosyal yetiyitimi değerlendirme üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu’ndaki (Stewart ve ark. 1988) yetiyitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçeye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaplan 1995). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA, 11 sorudan oluşur. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içerir. Okuma-yazma bilen kadınlar ölçeği kendileri doldururken, okur-yazar olmayanlara ölçek maddeleri çalışmacılar tarafından tek tek okunarak dolduruldu.

Sosyodemografik ve menopoz bilgi formu: Çalışmanın amaçları gözönünde bulundurularak sosyodemografik ve menopoza ilişkin bilgileri (menopoz yaşı, biçimi, hormon kullanıp kullanmadığı gibi) ayrıntılı olarak almak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form kullanıldı. Ruhsal hastalık öyküsü değerlendirilirken daha önce psikiyatrik sağaltım görmüş olma ölçütü olarak alındı.

İstatistiksel değerlendirme

Değerlendirmelerde SPSS v.10.1 istatistik programı kullanıldı. Örneklem sayısının yeterli ve dağılımlarının normal olması nedeni ile tüm karşılaştırmalarda parametrik testler uygulandı. Temel istatistiksel değerlendirmelerde oransal veriler için ki-kare, sayısal veriler için Student’s t testi yapıldı. İki grup, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından diğer bazı değişkenler kontrol edilerek kovaryans analizi (ANCOVA) ile karşılaştırıldı. Bu analize kovaryant olarak temel istatistiklerde iki grup arasında fark saptanan değişkenler alındı. Depresyon ve anksiyete belirti şiddeti ile yetiyitiminin gelişmesini öngörebilen de-

TABLO 3. Menopoz Öncesi ve Menopoz Sonrası Döneminde Bulunan Kadınlarda Ruhsal Belirti Düzeyleri ve Yetiyitimi.

	Premenopoz	Postmenopoz	t	p
HAD-A	8.6 ± 4.5	9.0 ± 4.9	1.03	0.30
HAD-D	6.1 ± 3.9	7.1 ± 4.4	2.6	0.009
KYA	1.5 ± 0.8	1.7 ± 1.1	2.4	0.01

HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon alt ölçeği, KYA: Kısa Yetiyitimi Anketi.

ğişkenlerin belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı. Bu amaçla depresyon ve anksiyete belirti şiddeti ile yetiyitimi puanları eşik altı ve üstü puan alma durumuna göre (yok/var) gruplandırıldı. Bu değişkenler bağımlı değişken olarak analize alındı. Yaş, eğitim düzeyi, iş, medeni durum, diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık bulunması, psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık, kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımı, menopozla ilgili danışmanlık alma, mammografi, kemik dansitometrisi, erken menopoz (yalnızca menopoz sonrası grup için), gebelik sayısı, kürtaj/düşük sayısı, sigara alışkanlığı, BKİ ve yetiyitimi kovaryant olarak alındı. Modele alınan değişkenlerin uygunluğu Hosmer-Lemeshow testi; tüm kovaryantların regresyon modelinde öngörebilme gücüne katkısı omnibus testi; bağımlı değişkenleri öngörebilme gücü ve istatistiksel önemi ise B değeri, Odds oranı ve % 95 güven aralığı ile değerlendirildi (Katz 2002). İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü dönemde Karşıyaka ilçesinin nüfusu 494810, bölgenin nüfusu 20346 idi. Bölgede yaşayan ve 45-55 yaş grubunda yer alan kadın sayısı ise 521 idi. Oniki kadına ulaşılamadı. Onbeş kadın çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya toplam 494 kadın alındı. Kadınların 214'ü menopoz öncesi dönemde idi. Menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların sayısı 280 idi. İki grup arasında bazı özellikler yönünden anlamlı farklılık bulundu. Menopoz öncesi dönemde bulunan kadınların yaş ortalaması 47.2 ± 2.4 , menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların yaş ortalaması 50.5 ± 3.3 idi ($t=12.5$, $p=0.001$). Menopoz öncesi dönemde olan kadınlarda eğitim durumu daha iyi, sigara kullanımı daha fazla; menopoz sonrası dönemde olanlarda ise ev kadını olanların ve kronik bedensel hasta-

lık (hipertansiyon, osteoartroz, diabetes mellitus, hipo/hipertiroidi gibi) nedeniyle sürekli ilaç kullananların sayısı daha fazla idi. Çalışmaya alınan kadınların temel özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Menopoz sonrası dönemde olan kadınlarda menopozla ilgili danışmanlık alma, mammografi ve kemik dansitometrisi yaptırma oranları menopoz öncesi dönemde olan kadınlara göre anlamlı olarak fazla idi. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde olan kadınların özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Menopoz sonrası dönemde bulunanlarda depresif belirti düzeyleri (7.1 ± 4.4) menopoz öncesi dönemde olan kadınlara (6.1 ± 3.9) oranla anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=2.6$, $p=0.009$). Benzer biçimde yetiyitimi düzeyleri menopoz sonrası dönemde (1.7 ± 1.1) menopoz öncesi dönemde olan kadınlara (1.5 ± 0.8) oranla anlamlı düzeyde yüksek idi ($t=2.4$, $p=0.01$). Menopoz öncesi grubun (8.6 ± 4.5) anksiyete düzeyleri ile menopoz sonrası grubun (9.0 ± 4.9) anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Depresif belirti düzeyleri açısından iki grup arasında saptanan fark üzerinde etkili olan diğer etmenler kovaryans analizi ile araştırıldı. Bu analizde, iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark olduğu saptanan değişkenler (yaş, eğitim süresi, iş ve kronik bedensel bir hastalık nedeniyle ilaç kullanımı) kovaryant olarak alındı. Bu değişkenler kontrol edildikten sonra, eğitim düzeyinin ($F=4.6$, $p=0.033$) ve kronik bedensel bir hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanımının ($F=3.7$, $p=0.055$) depresif belirti şiddetini etkilediği bulundu.

Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemde depresyon ve anksiyete düzeylerini öngören değişkenler, lojistik regresyon analizi ile araştırıl-

TABLO 4. Menopoz Sonrası Dönemde Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Öngören Değişkenler*.

Değişken	B	p	OR	%95CI
Depresyon				
Psikiyatrik hastalık öyküsü	1.3	0.03	3.5	1.15 – 10.6
Kr. bed hast. nedeniyle ilaç kullanımı	1.0	0.004	2.8	1.37 – 5.56
Erken menopoz	0.77	0.03	2.2	1.05 – 4.39
Menopozla ilgili danışmanlık alma	0.62	0.04	1.9	1.02 – 3.38
Anksiyete				
Diabetes mellitus olması	1.2	0.02	3.3	1.24 – 8.56
Kr. bed hast. nedeniyle ilaç kullanımı	1.1	0.003	3.1	1.47 – 6.66
Kemik dansitometrisi yaptırma	0.9	0.04	2.6	1.06 – 6.60
Eğitim düzeyi	-0.1	0.13	0.9	0.80 – 0.97
Yetiyitimi				
Psikiyatrik hastalık öyküsü	1.3	0.16	3.8	1.27 – 11.33
Menopozla ilgili danışmanlık alma	0.77	0.19	2.1	1.12 – 3.77

* Bu analize yaş, eğitim düzeyi, iş, medeni durum, diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık, Kr. bed. hast. nedeniyle ilaç kullanımı, menopozla ilgili danışmanlık alma, mammografi, kemik dansitometrisi, erken menopoz (yalnızca menopoz sonrası grup için), gebelik sayısı, kürtaj/düşük sayısı, sigara alışkanlığı, BKİ, yetiyitimi kovaryant olarak alınmıştır.

dı. Menopoz öncesi dönemde hiçbir değişkenin depresyon ve anksiyete düzeylerini öngörmediği belirlendi. Menopoz sonrası dönemde olan kadınlarda, yetiyitiminin, ruhsal hastalık öyküsünün, kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımının, 40 yaşından önce menopoza girmiş olmanın ve menopozla ilgili danışmanlık almamanın depresyon düzeylerini öngördüğü belirlendi. Yetiyitimi, diabetes mellitus olması, kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımı, kemik dansitometrisi yaptırmamış olma ve eğitim düzeyinin düşük olması bu grup için anksiyete düzeyini öngören değişkenler idi. Menopoz öncesi dönemde hiçbir değişken, yetiyitimi öngörmüyordu. Menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda ruhsal hastalık öyküsü ve menopozla ilgili danışmanlık almama, yetiyitimi için öngörücü değişkenler olarak bulundu (Tablo 3).

Doğal ve cerrahi yoldan menopoza girenler ruhsal belirti düzeyleri ve yetiyitimi yönünden karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Menopoz sonrası dönemde olan kadınlar, hormon kullananlar ve kullanmayanlar olarak ayrıldığında iki grup arasında ruhsal belirti düzeyleri ve yetiyitimi yönünden anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bulgularımız, menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda halen adet gören kadınlara

oranla depresif belirti düzeylerinin ve yetiyitiminin daha fazla olduğunu göstermiştir. İki grup arasında anksiyete düzeyleri yönünden farklılık bulunmamıştır. ABD’de yürütüleni, farklı ırktan, yaşları 40-55 arasında değişen, 16065 kadını kapsayan bir çalışmada, kadınlar önce menopoz öncesi, erken perimenopoz, geç perimenopoz ve menopoz sonrası olmak üzere dört gruba ayrılmışlardır. Adet düzeninde bozulma olmakla birlikte henüz adet kanamaları sonlanmamış olanlarda (erken perimenopoz) ruhsal sıkıntıların en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Menopozdan sonra belirtilerin şiddetinde bir azalma olmuştur (Bromberger ve ark. 2001). Japonya’da yapılan bir çalışmada da, menopoz kliniğine başvuran 45-60 yaş grubunda 389 kadın menopoz öncesi, perimenopoz ve menopoz sonrası olarak gruplandırılmıştır. İstatistiksel yönden anlamlı olmamakla birlikte, perimenopoz grubunda depresif belirtilerin daha fazla olduğu bulunmuştur (Takamatsu ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda, menopoz öncesi grubunda yer alan kadınlar için sözü edilen çalışmalardaki gibi bir gruplandırma yapılmamıştır. Menopoz öncesi dönemde depresif belirti düzeylerinin daha düşük olması, bu grubun hem menopoz öncesi hem de perimenopoz döneminde bulunan kadınları içermesiyle, bir başka ifadeyle karma bir grup olmasıyla ilişkili olabilir. Bir diğer olasılık kültürel farklılıkların etkisidir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da, bizim bulgularımıza benzer biçimde, depresif belirti düzeyleri menopoz sonrası dönemde menopoz öncesi döneme göre daha yüksek saptanmıştır.

Anksiyete düzeyleri yönünden gruplar arasında farklılık bulunmamıştır (Sağsöz ve ark. 2001).

Çalışmamızda dikkati çeken bir diğer bulgu, menopoz öncesi dönemde ruhsal belirti düzeylerini öngören hiçbir değişken bulunmazken, menopoz sonrası dönemde birçok değişkenin ruhsal belirtiler ve yetiyitimi öngörmesidir. Hormonlardaki değişim, menopoza geçiş döneminde depresif belirtilerde artışa yol açabilir (Freeman ve ark. 2004). Ancak menopozun psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir dönem olduğu gözardı edilmemelidir (Hunter 1996). Menopoz sonrası dönemde birden fazla psikososyal risk etmeniyle karşılaşılabilir. Emeklilik, çocukların büyüyerek bağımsızlıklarını kazanmaları gibi sosyal rol değişikliğine ve kayıplara yol açan durumların yanısıra ilerleyen yaşla birlikte hipertansiyon, osteoporoz, diabetes mellitus gibi yetiyitimine yol açabilecek kronik bedensel hastalıklar ortaya çıkabilir. Söz konusu değişikliklerin her biri ruhsal belirtilerin gelişiminde etkili olabilir. Verilerimiz, kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımının menopoz sonrası grupta depresif belirti şiddetini etkilediğini ve depresyon-anksiyete için risk oluşturduğunu göstermiştir. Menopoz sonrasında depresif belirti şiddetini etkileyen ve aynı zamanda anksiyete için de risk oluşturan bir diğer etmen, eğitim düzeyinin düşük olmasıdır. Eğitim düzeyinin düşük olması bu gruptaki kadınların menopoz sonrası dönemde karşılaşacakları değişikliklere hazırlanamamalarına ve bununla bağlantılı olarak döneme özgü sıkıntılara yeterince çare aramamalarına yol açmış olabilir. Menopoz sonrası dönemdeki kadınların yüzde kırkına yakın bölümü menopoza ilişkin bilgileri hekimlerden almış olduklarını bildirmişlerdir. Ancak çoğu, herhangi bir kurum ya da hekim tarafından düzenli olarak izlenmeyen ve danışmanlık almayan kadınlardır. Çoğu kadının kemik dansitometrisi ve mammografi gibi rutin izlem programında yer alan incelemeleri yaptırmadıkları görülmüştür. Danışmanlık almama, depresif belirtiler ve yetiyitimi için öngörücü etmenler olarak bulunmuştur. Daha önce duygudurum bozukluğu öyküsü olan kadınlar (üreme yaşamıyla ilişkili ya da ilişkisiz) menopoz döneminde depresyon yönünden risk altında olabilirler (Pearlstein ve ark. 1997). Bu bulguyu destekler yönde, ruhsal hastalık geçirmiş olmanın depresyon ve yetiyitimi için öngörücü olduğu saptanmıştır.

Doğal yoldan menopoza girenlerle cerrahi yoldan menopoza girenler arasında depresyon-anksiyete düzeyleri ve yetiyitimi yönünden farklılık bulunmadı. Cerrahi yoldan menopoza giren kadınlarda, beden sağlığının yitiminin yanısıra beklenmedik zamanda işlev kaybına uğranması nedeniyle depresyon riskinin arttığı yönünde bulgular vardır (Kaufert ve ark. 1992, Dennerstein 1996). Ancak bazı çalışmacılar, cerrahi menopoza sonra ortaya çıkan ruhsal hastalıklarda esas belirleyicinin operasyon öncesi dönemdeki ruhsal sorunlar olduğunu savunmaktadırlar. Operasyon geçirmiş olmak tek başına depresyon riskini artırmaz (Gath ve ark. 1987, Avis ve McKinley 1991, Charney ve Stewart 1997). Hastaneye başvuran kadınlarda HAD kullanarak anksiyete ve depresyonu araştırdığımız bir çalışmada, bu çalışmada elde ettiğimiz bulgulara benzer biçimde, doğal yoldan menopoza girenlerle cerrahi yoldan menopoza girenler arasında ruhsal belirti düzeyleri yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır (Aydemir ve ark. 1999).

Çalışmamızda, hormon kullananlarla kullanmayanlar arasında depresyon-anksiyete düzeyleri yönünden anlamlı farklılık yoktur. Menopoz döneminde uygulanan, hormon yerine koyma sağaltımının ruhsal durumu ne yönde etkilediği konusundaki bilgiler çelişkilidir. Özellikle tanı konacak düzeyde ruhsal hastalığı olmayan ama eşik altı düzeyde ruhsal belirtileri bulunan kadınlarda östrojenin fizyolojik dozları duygudurumu olumlu yönde etkileyebilir. Bu etkinin, östrojenin vazomotor belirtiler üzerindeki etkisinden bağımsız olduğu ileri sürülmüştür (Durst ve Maoz 1979, Brace ve McCauley 1997). Ancak östrojenin duygudurum belirtilerine plasebodan farklı etki göstermediği, depresyon üzerinde doğrudan sağaltıcı etkisinin olmadığı yönünde görüşler de vardır (Saletu ve ark. 1995, Shapiro 1997, Morrison ve ark. 2004).

Ruhsal belirtilerle birlikte vazomotor belirtilerin şiddetini ve kadınların menopoza ilişkin tutumlarını değerlendirecek ölçeklerin kullanılmaması bu çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Bu tür ölçeklerin kullanılması, ruhsal belirtilerin vazomotor belirtilerle ve menopoza ilişkin tutumlar üzerinde etkili olan kültürel etmenlerle ilişkili olup olmadığını anlamada yararlı olacaktır. Diğer kısıtlılık, menopoz öncesi grubun hem menopoz öncesi hem de perimenopozdaki (adetleri düzenli olan ya da adet kanamasının kesilmesinden

sonra bir yıl geçmemiş olan) kadınları içermesi, bir başka ifadeyle karma grup olmasıdır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda kadınların menopoza öncesi, perimenopoza ve menopoza sonrası olarak gruplandırılmaları önerilir. Böylece daha özgün bulgular elde etmek mümkün olabilecektir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular dikkate alındığında, yetiyitimi olan, ruhsal hastalık öyküsü bulunan, kronik bedensel hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanan, diabetes mellitusu olan, menopoza ilgili danışmanlık almayan, 40 yaşından

önce menopoza girmiş, eğitim düzeyi düşük ve menopoza sonrası dönemde bulunan kadınların yakından izlenmelerinin koruyucu ruh sağlığı açısından yararlı olacağı söylenebilir. Genel beden sağlığıyla ilgili düzenli muayene ve incelemelerin yanısıra menopoza ilişkin bilgilendirme ve eğitim amaçlı programlar, destek grupları kadınların bu yeni yaşam dönemine hem bedensel hem de ruhsal yönden daha iyi hazırlanmalarını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

Avis NE, McKinley SM (1991) A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13:65-79.

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psik Derg*, 8:280-287.

Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L ve ark. (1999) Menopoza döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psik Derg*, 10:268-274.

Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L ve ark. (1999) Menopoza döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psik Derg*, 10:268-274.

Benagiano G, Boyle P, Horton R ve ark. (1999) Hormone replacement therapy. *The Lancet*, 354:152-155.

Brace M, McCauley E (1997) Oestrogens and psychological well-being. *Ann Med*, 29:283-290.

Broadhead WT, Blazer DG, George LK ve ark. (1990) Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiology survey. *JAMA*, 264: 2524-2528.

Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM ve ark. (2001) Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health*, 91:1435-1442.

Charney AD, Stewart ED (1997) Psychiatric aspects. A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE (eds). Washington DC, American Psychiatric Press, s.129-140.

Dennerstein L (1996) Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, 23:147-157.

Durst N, Maoz B (1979) Changes in psychological well-being during postmenopause as a result of estrogen therapy. *Maturitas*, 1:301-315.

Freeman EW, Sammel MD, Liu L ve ark. (2004) Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*, 61:62-70.

Gath D, Osborn M, Bungay G ve ark. (1987) Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women: a community survey. *BMJ*, 24:213-218.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdları Enstitüsü 1993 yılı verileri.

Haynes P, Parry BL (1998) Mood disorders and the reproductive cycle: Affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull*, 34: 313-318.

Hunter MS (1996) Depression and menopause. *BMJ*, 313:1217-1218.

Jones NL, Judd HL (2003) Menopause&Postmenopause. Current Obstetric&Gynecologic& Diagnosis&Treatment. Ninth edition, DeCherney AH, Nathan L (eds). United States of America, The McGraw-Hill Companies, s.1018-1040.

Kaplan O (1995) Yarıyapısal bir sanayi Enstitüsü 1993 yılı verileri.

Haynes P, Parry BL (1998) Mood disorders and the reproductive cycle: Affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull*, 34: 313-318.

Hunter MS (1996) Depression and menopause. *BMJ*, 313:1217-1218.

Jones NL, Judd HL (2003) Menopause&Postmenopause. Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment. Ninth edition, DeCherney AH, Nathan L (eds). United States of America, The McGraw-Hill Companies, s.1018-1040.

Kaplan İ (1995) Yarıkırılsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk Psik Derg*, 6:169-179.

Katz MH (2002) Relationships of independent variables to one another In Multivariable analysis: a practical guide for clinicians. Cambridge University Press, NY.

Kaufert PA, Gilbert P, Tate R ve ark. (1992) The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14:143-155.

Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T ve ark. (1996) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, s.1319-1352.

Kronenberg F (1994) Hot flashes: phenomenology, quality of life, and search for treatment options. *Exp Gerontol*, 29:319-336.

Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T ve ark. (2004) Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biol Psychiatry*, 55:406-412.

Nicol-Smith L (1996) Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *BMJ*, 313:1229-1232.

Paoletti AM, Floris S, Mannias M ve ark. (2001) Evidence that cyproterone acetate improves psychological symptoms and enhances the activity of the dopaminergic system in postmenopause. *J Clin Endocrinol Metab*, 86:608-612.

Pearlstein T, Rosen K, Stone AB ve ark. (1997) Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 26:279-294.

Robinson GE (2001) Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs*, 15:175-184.

Sağsöz N, Oğuztürk O, Bayram M ve ark. (2001) Anxiety and depression before and after the menopause. Arch Gynecol Obstet, 264:199-202.

Saletu B, Brandstatter N, Metka M ve ark. (1995) Double-blind, placebo controlled, hormonal, syndromal and EEG mapping studies with transdermal oestradiol therapy in menopausal depression. Psychopharmacology, 122:321-329.

Shapiro MS (1997) Hormon replacement therapy. A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE (eds) Washington DC, American Psychiatric Press, s.103-123.

Stewart AL, Hays RD, Ware JEJ ve ark. (1988) The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. Med Care, 26:724-735.

Stewart DE, Boydell K, Derzko C ve ark. (1992) Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. Int J Psychiatry Med, 22:213-220.

Takamatsu K, Kasuga M, Makita K ve ark. (2004) Evaluation of depressive conditions among Japanese patients at a menopause clinic. J Obstet Gynaecol Res, 30:42-47.

Weber GG (1997) Cross-cultural menopause: A study in contrast. A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE (eds) Washington DC, American Psychiatric Press, s.45-61.

Zigmond AS, Snaith PR (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 67:361-370.