

# Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi

Tunay Karlıdere<sup>1</sup>, Aytekin Özşahin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr., <sup>2</sup>Prof.Dr., GATA Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

**Amaç:** Menopozal yakınmaların ve menopozal dönemdeki psikiyatrik morbiditenin farklılığı, sosyal desteklerle ilişkisinin önemi çalışmaların ilgi alanlarını oluşturmaktadır. Çalışmada menopozal belirti örüntülerinin anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri ile ilişkisi araştırılmıştır. **Yöntem:** GATA Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı menopoz polikliniğine müracaat eden 76 cerrahi, 133 doğal olmak üzere toplam 209 menopozlu kadın çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik bilgi formu, Beck'in 21 maddelik depresyon ölçeği, Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ile Aile ve Arkadaş Desteği Ölçekleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Her iki grupta durumluk kaygı normal sınırlarda, sürekli kaygı yüksek ve depresif belirti şiddeti orta düzeyde bulunmuş, ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır. İki grubun da algıladıkları sosyal desteği yeterli bulunmuştur. Menopozal belirtilerin sıklığı ve şiddeti iki grup arasında farklılık göstermemiştir. Korelasyon analizinde iki grup için de menopoz belirtilerinin şiddeti ile depresif belirti şiddeti ve kaygı düzeyleri arasında pozitif bağlantı saptanmıştır. **Sonuç:** Bu çalışma menopozal belirtilerin şiddetinin artmasının hem cerrahi hem de doğal menopozlu kadınlarda depresif belirtilerin şiddetini ve kaygı düzeylerini artırabileceğini tanımlamaktadır. Bu nedenle menopozlu kadınlarda ruhsal belirtilerin psikiyatrik bir tanıya mı yoksa menopoza mı ait olduğu araştırılarak tedavi planının nedene yönelik yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Menopoz, sosyal destek, anksiyete, depresyon.

(*Klinik Psikiyatri 2008;11:159-166*)

## SUMMARY

### The Relationship of Menopausal Symptomatology with Anxiety and Depression Levels and Social Supports

**Objective:** In literature the differences of menopausal symptomatology and psychiatric morbidity during menopause, and the importance of the relation between social support and menopause are the value of interest. In this study it was aimed to assess the relation of menopausal symptomatology with anxiety and depression levels and social support. **Method:** Seventy six surgical and 133 natural menopausal women who attended to the menopause unit of GATA Psychiatry Department were included in the study. Main measurements of this study were sociodemographic questionnaire, 21 items Beck Depression Inventory, Spielberger's State and Trait Anxiety inventory, and Family and Friend support scale. **Results:** The state anxiety was found within normal range, trait anxiety level was high and depressive symptom severity was moderate for both groups but no differences were found between the groups. Perceived social support of both groups was found as sufficient. Both the frequencies and severities of menopausal symptoms were not different between the groups. In the correlation analyses a positive correlation was found between menopausal symptom severities and severity of depressive symptoms and levels of trait anxiety for both of the groups. **Conclusion:** This study suggested that escalations in the severities of menopausal symptoms might increase the severity of depressive symptoms and levels of anxiety for both surgical and natural menopausal women. Therefore, for the etiological treatment plan of menopausal women, it would be better to determine that the psychological symptoms are driven from a psychiatric diagnosis or belong to menopause itself.

**Key Words:** Menopause, social support, anxiety, depression.

## GİRİŞ

İnsanın gelişim sürecinde çözmesi ve uyum sağlama gereken yaşam dönemlerinin her birinin kendine özgü stres oluşturuvcu değişimleri vardır. Kadın için menopo, bu yaşam dönemlerinden bir tanesidir. Basitçe yumurtalık aktivitesinin kaybı sonucu adet kanamasının sona ermesi ya da bu nedenle son görülen adet olarak tanımlanabilen menopo, kadın yaşamının yaklaşık üçte birlik dönemini kapsamaktadır. Menopo, bir hormon hastalığı olmayıp bir gelişim dönemi olsa da organizmada farklı sistemlerin dengesinin bozulmasına ve psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir (Limouzin-Lamonthe 1994).

Menopo, belirtileri farklı yayınlarda değişik şekillerde sınıflandırılrsa da adet düzeninde bozukluklar, sıcak basmaları gibi vazomotor bozukluklar, deri-meme atrofisi gibi atrofik durumlar, östrojen eksiliğinin uzun dönem sorunları ve ruhsal yakınmalar şeklindeki genel başlıklara ayrılmaktadır (Reynolds 1997, Özdemir ve ark. 2009).

Menopo, dönemde ortaya çıkan ruhsal belirtilerin nedeni açıkça belirtilmese de hormonal değişimlerin doğrudan etkisi olabileceği (Haynes ve Parry 1998), fiziksel belirtilere ikincil olabileceği (Kronenberg 1994, Chedraui ve ark. 2009) ya da psikososyal etkiyle ortaya çıkabileceği (Hunter 1996), hatta beden imajındaki değişikliklerin ve artan uyku bozukluğunun depresyon gelişmesinde rol oynayabileceği (Coleman1993, Shaver ve ark. 1991) ileri sürülmektedir. Desteklenen hipotez hangisi olursa olsun, menopozdaki klinik tablonun, anksiyete ve depresif belirtilerle birlikte çoğul bedensel yakınmaların bileşiminden oluştuğundan da söz edilmektedir (Chaby ve ark. 1993).

Menopozda yaşanan sorunların klinik anlamda bir bozukluk mu, yoksa ruhsal belirtilerin daha fazla ortaya çıkmasıyla şekillenen sosyobiyojik bir olay mı olduğu değişik araştırmalara konu olmaktadır. Menopozal dönemde başta depresif olmak üzere ruhsal belirtilerin prevalansında artış olduğu (Dilbaz 1997, Li ve ark. 2008) ve menopo, öncesinde var olan ruhsal belirtilerin menopo, sonrasında arttığı (Paoletti ve ark. 2001), hatta tedaviye cevabı olumsuz etkilediği (Björn ve ark. 2006) belirtilmektedir. Aksine, menopo, döneminde psikiyatrik açıdan özgün bir tablo bulun-

madığını (Danacı ve ark. 2003), hatta menopo, sonrası depresyon yaygınlığının azaldığını (Robinson 2001) belirten çalışmalar da mevcuttur. Menopo, şeklinin belirtiler üzerine etkisini araştıran çalışmalarda ise çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır. Cerrahi ve doğal menopo, arasında farklılık olmadığını (Varma ve ark. 2005), buna karşılık cerrahi menopozda belirtilerin şiddetli olabileceğini ileri sürenlerin (Vanwesenbeeck ve ark. 2001, Özdemir ve ark. 2009) yanında cerrahi menopo,zun daha rahat kabul edilebildiği (Çevik 1996, Özkan 1993) de tanımlanmaktadır.

Ailesi ve içinde bulunduğu sosyal çevresi ile ilgili değişiklikler menopo,zu, kadın için pek çok uyum sorununa yol açan bir gelişim krizi haline getirebilmektedir. Bu sorunlar yalnızca kadınların kendilerini değil; ailelerini, iş çevrelerini ve toplumu da ilgilendirmekte, kadının iş gücünü, yönetim kararlarını ve verimliliğini etkileyebilmektedir (Rubin 1995). Menopozal dönemde sosyal desteğin iyi olmasının psikiyatrik morbidite geliştirmeme konusunda olumlu bir etken olduğu, aksine sosyal desteği yetersiz olanlarda belirti sıklığının arttığı tanımlanmaktadır (Coleman1993, Greene1992), (McKinlay ve ark. 1987, Pearce ve Hawton 1996, Schwarz ve ark. 2007). Ancak, psikososyal etkenlerin kesin olarak mizaç değişikliklerine neden olduğunu söylemenin iddialı olacağına dikkat çekilerek hangi etkenlerin kişinin bu dönemini kriz ya da olumlu olarak algılamasına etki ettiğinin açık olmadığı da vurgulanmaktadır (Schmidt ve Rubinow 1991, Itzhak ve ark. 1997).

Menopozun, sosyal ve kültürel yanlarıyla genel sistem modeli içinde eklektik bir yaklaşımla ele alınması gerektiği düşünülerek bu çalışmada, menopozda sık rastlanılan belirtilerin menopo,zu, şekli ve süresi, anksiyete ve depresyon düzeyleri ve sosyal desteklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Ülkemizde bu ilişkileri araştıran çalışmaya da rastlanılmamıştır. Çalışma, menopo, döneminde menopozal belirtilerin şiddetinin depresif belirtilerin şiddetini ve anksiyete düzeyini artırdığı (Dilbaz 1997, Li ve ark. 2008), sosyal desteğin bu şiddeti azalttığı (McKinlay ve ark. 1987, Greene1992, Coleman1993, Pearce ve Hawton 1996, Schwarz ve ark. 2007, Li ve ark. 2008) savları ile düzenlenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Gülhane Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Kurulu tarafından onaylanan bu çalışma Mayıs 1998 ile Haziran 1999 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve bağdaşık bir grup oluşturmak üzere işleme-dışlama ölçütleri kullanılmıştır. Gülhane Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniği ve Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesine ardışık olarak başvuran cerrahi ve doğal menopozlu 500 kadın çalışmaya davet edilmiştir. Daveti kabul eden 321 kadın Gülhane Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Menopoz Polikliniğine hekimleri tarafından ardışık olarak yönlendirilmiştir. İşleme ölçütleri olarak a) menopozal dönemde olmak, b) ölçme araçlarını tek başına yanıtlayabilecek yeterlikte eğitim düzeyinde olmak, c) düzenli cinsel eşi olmak ve bu eşinde öykü, ürolojik ve psikiyatrik muayene sonucuna göre cinsel işlev bozukluğu olmamak, d) ağır kalp-damar, kronik sistemik ve/veya nörolojik hastalığı olmamak, e) menopoz öncesinde süre giden herhangi psikiyatrik bozukluğu bulunmamak ve tedavi alıyor olmamak şeklinde belirlenmiştir. Menopozal dönem olarak son adet tarihinden sonra en az 12 ay geçmiş ve halen adet görmüyor olmak kabul edilmiş, ayrıca hormon profili ile de menopozal dönemde olduğu desteklenmiştir. Psikiyatrik değerlendirmede DSM-III-R Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme-sağlıklı kişi formu (Structured Clinical Interview for DSM-nonpatients-SCID-NP) Türkçe örneği (Sorias ve ark. 1990) kullanılmıştır. Yapılandırılmış bir tanı koyma aracı olarak benzer çalışmalarda da tercih edilmiş olmakla birlikte, SCID-NP sonuçlarının güvenilirliği, sonuçlara kör ikinci psikiyatri uzmanı tarafından hem usule uygun psikiyatrik görüşme ile hem de bireylerin tıbbi kayıtları incelenerek teyit edilmiştir.

Davet edilenlerin 24'ü (%7.4) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Ölçme araçlarını yanıtlarken yardım istemesi üzerine eğitim düzeylerinin yeterli olmadığı değerlendirilen 22 (%6.8) olgu ile kronik sistemik hastalık tanısı bulunan 39 (%12.1) ve önceden psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü bulunan 27 (%8.4) olgu çalışmadan çıkarılmıştır. Böylece toplamda 112 (%34.8) kadın çalışma dışı kalmıştır. Yarı yapılandırılmış bilgi formunda belirtildiği şekilde onam veren ve işleme ölçütlerini karşılayan

76'sı cerrahi (%36.4), 133'ü doğal (%63.6) menopozlu olmak üzere 209 olgunun verileri çalışmada yer almıştır.

### Bilgi toplama ve ölçme araçları

Çalışmada yarı yapılandırılmış bilgi formu ile bunun ardından ölçme araçları Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Procidano ve Heller 1983), Beck Depresyon Envanteri (Beck ark. 1961), Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger ve ark. 1970) sırasıyla yazarlar tarafından uygulanmıştır. Her ölçme aracının ilk sayfasında aracın maddelerinden önce ismi ve kullanım yönergesi yer almıştır.

*Yarı Yapılandırılmış Bilgi Formu:* Bilgi formu, olguların yaş, menopoz yaşı, menopoz şekli ve menopoz süreleri bilgileri ile menopozal belirtilerinin şiddetini sorgulamak üzere konuyla ilgili kaynakların taranmasıyla oluşturulmuştur. Olguların menopoz belirtilerinin varlığı ve şiddetini belirlemek üzere araştırmacılar tarafından Green'in Klimakterik Cetveli (Greene 1992) değiştirilerek 24 maddeden oluşan menopozal belirti sorgusu oluşturulmuştur. Her belirtinin karşısında "Hiçbir zaman=0", "Nadiren=1", "Bazen=2", "Çoğu zaman=3" ve "Her zaman=4" ifadeleri ile derecelendirilme yapılarak toplamda 0-96 arasında değişecek şekilde Menopoz Belirti Şiddeti (MBS) ölçülebilir hale getirilmiştir.

*Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:* Procidano ve Heller'in geliştirdiği Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ), 40 sorudan oluşmaktadır. İlk 20 soru algılanan aile desteğini (AAiD), sonraki 20 soru algılanan arkadaş desteğini (AArD) ifade etmektedir. Bölümlerin ikisinin de kesme noktası olmayıp yüksek puanlar sosyal desteğin yüksekliğini göstermektedir. Her iki formun Türk örneğinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Sorias 1989).

*Beck Depresyon Envanteri:* Gruplar halinde 21 cümleden oluşan Beck Depresyon Envanterinin (BDE) her maddesi 0-3 arasında olmak üzere 21 maddesi toplamda 0-63 arasında puanlar almakta, alınan puanın yüksekliği depresif belirtilerin şiddetini göstermektedir. Çalışmada kullanılan şeklinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Hisli (Hisli 1989) tarafından yapılmıştır.

*Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri:* Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği yapılmış (Öner ve Le Compte 1985) olan Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) 40 sorudan oluşmaktadır. Durumluk (STAI-I) ve Sürekli (STAI-II) kaygı olmak üzere iki alt testten oluşur ve her bir alt testinde 20'şer madde vardır. İlk 20 soru (STAI-I) bireyin belirli bir andaki kaygısı olan durumluk kaygısı, ikinci 20 soru (STAI-II) ise bireyin genel kaygı eğilimini tanımlayan sürekli kaygıyı sorgulamaktadır. Toplam puanlar her iki bölümde de 42'nin altında ise normal, üzerinde ise yüksek kaygıyı ifade etmektedir.

### Verilerin analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda, SPSS (Statistical Package for Social Sciences, for Windows Release 10.0) paket programı ile yapılmıştır. Veriler ve sonuçlar tablolar halinde bağımsız grupların karşılaştırılması olarak sunulmuştur. Karşılaştırılmalarda kategorik değişkenler için ki kare testi, sayısal değişkenler için Student t-testi uygulanmıştır. MBŞ ile psikolojik ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılmasında pearson iki yönlü korelasyon analizi yapılmıştır. Testlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### BULGULAR

Çalışma grubunun yaş ortalaması cerrahi ( $49.80 \pm 7.05$  yıl) ve doğal ( $49.71 \pm 5.58$  yıl) menopoz grupları arasında benzer bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Cerrahi menopoz grubunun menopoz yaşı ( $45.45 \pm 6.32$  yıl) doğal menopoz grubundan ( $46.32 \pm 4.96$  yıl) küçük, buna uygun olarak menopoz süresi ( $4.09 \pm 3.02$  yıl) doğal menopoz grubundan ( $3.27 \pm 2.68$  yıl) uzun olsa da her iki sürenin farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Olguların yaş, menopoz yaşı ve menopoz süreleri Tablo 1'de verilmiştir.

Menopozal belirtilerin sıklık oranları ile cerrahi ve doğal menopozlu olgular arasındaki karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir. Menopozal dönemde en sık tanımlanan belirtiler sırasıyla huzursuzluk ve sıkıntı hissi (%95.7 s=200), yorgunluk hissi (%94.7 s=198), sıcak basması ve fenalık hissinin ardından soğuk terleme (%93.3 s=195), kol ve bacak eklemelerinde ağrılar (%92.8 s=194) ve unutkanlık

(%91.9 s=193) olmuştur. Cerrahi ve doğal menopoz grupları arasında her bir belirtinin sıklığı yönünden farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

Olguların ölçme araçlarının (MBŞ, STAI-I, STAI-II, BDE, AAiD ve AArD) puanları ve bunların gruplar arası karşılaştırması Tablo 3'te verilmiştir. Cerrahi ve doğal menopozlu olguların gerek menopozal belirtilerinin şiddet toplamı, gerekse psikolojik belirti ve sosyal destek ölçek puanları arasında fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Cerrahi menopoz grubunda; menopozal belirtilerin toplam şiddeti ile depresif belirti şiddeti, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında (sırasıyla  $r = 0.446$   $p < 0.001$ ,  $r = 0.340$   $p = 0.003$  ve  $r = 0.317$   $p = 0.005$ ) pozitif yönde bağıntı bulunmuş, algılanan aile desteği ve algılanan arkadaş desteği puanları arasında ise bağıntı bulunmamıştır (sırasıyla  $p = 0.091$  ve  $p = 0.598$ ) (Tablo 4). Doğal menopoz grubunda; menopozal belirtilerin toplam şiddeti ile depresif belirti şiddeti, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında (sırasıyla  $r = 0.452$   $p < 0.001$ ,  $r = 0.300$   $p < 0.001$  ve  $r = 0.290$   $p = 0.001$ ) pozitif yönde ve algılanan aile desteği puanı ile ( $r = -0.328$   $p < 0.001$ ) negatif yönde bağıntı bulunmuş, algılanan arkadaş desteği puanı arasında bağıntı bulunmamıştır ( $r = -0.104$   $p = 0.232$ ) (Tablo 4).

### TARTIŞMA

Çalışmada, menopoz şekline göre menopozal belirti örüntüsünün, anksiyete ve depresyon ölçekleri ile olguların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin birbirleriyle ilişkileri değerlendirilmiştir. Olguların yaş ortalamaları, menopoz başlangıç yaşı ortalamaları ve menopoz süreleri arasında farklılık saptanmaması bu yönüyle homojen bir çalışma grubu olduğunu düşündürmüştür.

Cerrahi ve doğal menopoz gruplarının her ikisi de sürekli kaygı düzeyi (STAI-II) ortalamalarına göre yüksek kaygılı ve BDE puan ortalamalarına göre orta düzeyde depresif belirtiyeye sahip olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü olanlar çalışma dışı tutulmuş olmasına rağmen olguların depresif belirti şiddeti ve kaygı düzeyi yüksek olmuştur. Bu durum çalışma grubunun yakınmaları nedeniyle menopoz polikliniğine müracaat ederek yardım arayan bireylerden oluşmasına bağlı ola-

**Tablo 1.** Olguların yaş, menopoz yaşı ve menopoz süreleri

	<b>Cerrahi (n=76)</b>	<b>Doğal (n=133)</b>	<b>p</b>
Yaş (yıl) (O±SS)	49.80±7.05	49.71±5.58	0.92
Menopoz Yaşı (yıl) (O±SS)	45.45±6.32	46.32±4.96	0.27
Menopoz Süresi (yıl) (O±SS)	4.09±3.02	3.27±2.68	0.06

O=Ortalama, SS=Standart Sapma

**Tablo 2.** Menopozal belirti sıklıkları

	<b>Cerrahi Sayı, (%)</b>	<b>Doğal Sayı, (%)</b>	<b>p</b>
Huzursuzluk ve sıkıntı hissi	73 (96.1)	127 (95.5)	0.44
Yorgunluk hissi	71 (93.4)	127 (95.5)	0.13
Sıcak basması ve fenalık hissini ardından soğuk terleme	69 (90.8)	126 (94.7)	0.26
Kol ve bacak eklemlerinde ağrılar	68 (89.5)	126 (94.7)	0.34
Unutkanlık	65 (85.5)	127 (95.5)	0.32
Çabuk sinirlenme-öfkelenme	67 (88.2)	123 (92.5)	0.24
Alınganlık	65 (85.5)	124 (93.2)	0.51
Uyku düzensizliği	64 (84.2)	118 (88.7)	0.17
Ensededen başa ve şakaklara yayılan ağrılar	66 (86.8)	115 (86.5)	0.58
Dikkat toplamada güçlük	61 (80.3)	119 (89.5)	0.89
İlgi-istek azalması	59 (77.6)	115 (86.5)	0.16
Nedensiz ve kolaylıkla ağlama	63 (82.9)	111 (83.5)	0.70
Yaşamı tatsız bulma, mutsuzluk, neşesizlik	59 (77.6)	113 (85.0)	0.45
Kilo alma, cildin sarkması gibi bedenle ilgili endişeler	57 (75.0)	110 (82.7)	0.21
İnsanlara karşı güvensizlik	54 (71.1)	111 (83.5)	0.08
İdrar şikayetleri (sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	58 (76.3)	106 (79.7)	0.68
Baş dönmesi	62 (81.6)	101 (75.9)	0.85
Kabızlık ya da ishal	60 (78.9)	100 (75.2)	0.46
Vajinal kuruluk	57 (75.0)	101 (75.9)	0.47
Deride kuruluk, tırnak kırılması	55 (72.8)	102 (76.7)	0.13
Göğüste baskı hissi, nefes darlığı	57 (75.0)	99 (74.4)	0.90
Kendini güvencesiz hissetme	44 (57.9)	93 (69.9)	0.35
Nedensiz korku veya panik hissi ya da çıldıracağı gibi olmak	49 (64.5)	87 (65.4)	0.79
Memelerde şişkinlik ve hassasiyet hissi	47 (61.8)	89 (66.9)	0.79

O=Ortalama, SS=Standart Sapma

**Tablo 3.** Cerrahi ve doğal menopoza olguların menopozal ve depresif belirtilerinin şiddeti ile kaygı ve sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması

	<b>Cerrahi (n=76)</b>	<b>Doğal (n=133)</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
MBS	67.9±22.1	68.7±19.2	0.22
BDE	16.3±10.7	17.2±9.7	0.53
STAI-I	41.6±9.5	41.2±9.7	0.77
STAI-II	50.3±6.8	50.8±7.7	0.63
AAiD	24.8±6.0	24.3±5.7	0.54
AArD	25.8±7.7	25.4±8.6	0.71

Ort= Ortalama, SS= Standart sapma

MBS= Menopoz Belirti Şiddeti, BDE=Beck depresyon Envanteri, STAI-I= Spielberger'in Durumluk Kaygı Envanteri

STAI-II= Spielberger'in Sürekli Kaygı Envanteri, AAiD=Algılanan Aile Desteği Ölçeği, AArD=Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği

**Tablo 4.** Cerrahi ve doğal menopoza olgularda menopozal belirtilerin toplam şiddetinin depresif belirtilerle, kaygı ve sosyal destek düzeyleri ile 2-yönlü ilişkisi

		<b>BDE</b>	<b>STAI-I</b>	<b>STAI-II</b>	<b>AAiD</b>	<b>AArD</b>
Cerrahi	r	0.446	0.340	0.317	-0.195	-0.061
	p	0.000	0.003	0.005	0.091	0.598
Doğal	r	0.452	0.300	0.290	-0.328	-0.104
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.232

BDE=Beck depresyon Envanteri, STAI-I= Spielberger'in Durumluk Kaygı Envanteri

STAI-II= Spielberger'in Sürekli Kaygı Envanteri, AAiD=Algılanan Aile Desteği Ölçeği,

AArD=Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği, r=Pearson 2-yönlü korelasyon katsayısı

bilirse de menopozda depresif belirtilerin bulunabileceği, buna karşılık klinik olarak depresyon tanısı almayacağı görüşü (McKinlay ve ark. 1987) ile de uyumlu bulunmuştur. Çalışma grubundaki cerrahi ve doğal menopoz gruplarının depresif belirtiler şiddetleri ve anksiyete düzeyleri arasında farklılık olmaması önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Aydemir ve ark. 1999, Varma ve ark. 2005).

Olguların algıladıkları aile desteği puan ortalamaları cerrahi menopoz grubunda  $24.8 \pm 6.0$  ve doğal menopoz grubunda  $24.3 \pm 5.7$  olmuştur. Diğer sosyal destek ağını oluşturan algılanan arkadaş desteği puan ortalamaları ise cerrahi ve doğal menopoz grupları için sırasıyla  $25.8 \pm 7.7$  ve  $25.4 \pm 8.6$  olarak bulunmuştur. Her iki ölçeğin de kesme noktası olmamasına karşın çalışmalarda bu

düzeydeki ortalamaların yeterli sosyal desteği gösterebileceğinden söz edilmiştir (Sorias 1989).

Menopozal belirtiler sıklığına bakıldığında ilk sıraları ruhsal ve vazomotor belirtiler aldığı saptanmıştır. Bu bulgu değişik çalışmaların (Greene 1992), (Hunter 1993, McKinlay ve ark. 1987, Pearce ve Hawton 1996, Reynolds 1997) sonuçları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda cerrahi ve doğal menopoza olgular arasında menopozal belirtiler sıklık ve şiddetinde fark olmaması cerrahi menopozda belirtiler şiddetli olabileceği yönündeki bilgilerle (Vanwesenbeeck ve ark. 2001, Özdemir ve ark. 2009) uyuşmasa da cerrahi menopozun daha rahat kabul edilebildiğini tanımlayan yayınları (Çevik 1996, Özkan 1993) desteklemiştir.

Cerrahi ve doğal menopoz gruplarının her ikisinde

de menopozal belirtilerin şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin pozitif yönde bağıntısı olduğu ve belirti şiddetinin artması ile çalışılan alanları kontrol eden ölçeklerden alınan puanların da yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, gerek tanımlanan menopozal belirtilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin anlamlı olduğu (Chedraui ve ark. 2009) gerekse daha anksiyöz ve depresif olanlarda belirti sıklığının yüksek olabileceği bilgisi (Reynolds 1997, Björn ve ark. 2006) ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Bu bulgular, menopozal belirtilerin şiddetindeki artışın menopozal kadının genel iyilik halini olumsuz etkilediğini, kaygısını arttırarak mevcut durumu ile başetmede yetersiz kalmasına neden olduğunu, depresif belirtileri ortaya çıkardığını düşündürmüştür. Diğer taraftan, menopoz dönemindeki ruhsal belirtiler depresif belirtilerle benzeştiği gibi beden imajındaki değişiklikler ve artan uyku bozukluğu depresyon gelişmesinde rol de oynayabilir (Coleman1993, Shaver ve ark. 1991, Li ve ark. 2008).

Cerrahi menopozlu olgularda anlamlı bulunmasa da doğal menopoz grubunda algılanan aile desteğinin artması durumunda menopozal belirti şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Bu yönüyle bulgularımız, menopozal dönemde sosyal desteğin iyi olmasını menopozu yaşama ve kabullenme, psikiyatrik morbidite geliştirmeme konusunda olumlu bir etken olarak kabul eden, ayrıca sosyal desteğin yetersiz olduğu olgularda belirti sıklığının arttığını tanımlayan bilgilerle (Coleman1993, Greene1992,

McKinlay ve ark. 1987, Pearce ve Hawton 1996, Schwarz ve ark. 2007, Li ve ark. 2008) kısmen uyumlu bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda "menopoz döneminde özgün psikiyatrik morbidite olmadığı, menopozal belirtilerin şiddetinin depresif belirtilerin şiddetini ve anksiyete düzeyini artırdığı" şeklindeki savımız doğrulanmıştır. Bunun yanında "sosyal desteğin bu şiddeti azalttığı" savımız ise doğal menopozlu grupta kısmen doğrulansa da cerrahi menopoz grubunda doğrulanamamıştır. Çalışma grubunu oluşturan menopozlu kadınların menopozal belirtilerinin başlangıcının, premenopozal dönemde de var olup olmamasının ve hormon yerine koyma tedavisi kullananlarda hormon tedavisinin bu belirtileri etkisinin araştırılmamış olması, olguların uzunlamasına izlenememesi gibi kısıtlılıkları nedeniyle verilerimizin genellenmesi mümkün değildir.

Sonuç olarak, cerrahi ve doğal menopozlu iki grup kadında yüksek sürekli kaygı düzeyi ve depresif belirti şiddetinin menopozal belirti şiddetine eşlik ettiği bulunmuştur. Bu nedenle, psikiyatrik belirtiler ile müracaat eden menopoz dönemindeki bir kadında, bu belirtilerin menopoza ait olup olmadığı, psikiyatrik gerçek bir morbiditenin parçası olup olmadığı dikkatli incelenmeli, tedavi planı bu doğrultuda düzenlenmelidir.

Yazışma adresi: Dr. Tunay Karlıdere, GATA Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, tunaykar@yahoo.com

## KAYNAKLAR

Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L ve ark. (1999) Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 10:268-274.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.

Björn I, Bäckström T, Lalos A ve ark. (2006) Adverse mood effects during postmenopausal hormone treatment in relation to personality traits. Climacteric, 9(4):290-297.

Chaby L, Grinsztein A, Weitzman JJ ve ark. (1993) Anxiety-related and depressive disorders in women during the premenopausal and menopausal period. Study of the efficacy and acceptability of tianeptine versus maprotiline. Presse Med, 22(24): 1133-1138.

Chedraui P, Perez-Lopez FR, Morales B, Hidalgo L (2009) Depressive symptoms in climacteric women are related to

menopausal symptom intensity and partner factors. Climacteric, 10.1080/13697130902718150.

Coleman PM (1993) Depression During The Female Climacteric Period. J Adv Nurs, 18(10):1540-1546.

Çevik A (1996) Menopozla Birlikte Ortaya Çıkan Psikiyatrik Sorunlar. Psychomed, 2(3):99-101.

Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H ve ark. (2003) Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. West Indian Med J, 52:27-30.

Dilbaz N (1997) Kadın Doğum Hastalıklarının Psikiyatrik Yönleri, EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları-Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi-I-İlkbahar, 2(1):158-159.

Greene JG (1992) The Cross-Sectional Legacy: An Introduction to Longitudinal Studies of The Climacteric. Maturitas, 14: 95-101.

- 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.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- Hunter MS (1993) Predictors of Menopausal Symptoms: Psychological Aspects. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*, 7(1):33-45.
- Hunter MS (1996) Depression and menopause. *BMJ*, 313:1217-1218.
- Itzhak SB, Pines A, Eckstein N ve ark. (1997) Adapting to the menopause: Psychological aspects. *Eur Menopause J*, 4(3): 91-94.
- Kronenberg F (1994) Hot flashes: phenomenology, quality of life, and search for treatment options. *Exp Gerontol*, 29:319-336.
- Li Y, Yu Q, Ma L ve ark. (2008) Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*, 20;61(3):238-242.
- Matthews KA, Wing RR, Kuller L ve ark. (1990) Influences of Natural Menopause on Psychological Characteristics and Symptoms of Middle-Aged Healthy Women. *J Consult Clin Psychol*, 58(3):345-351.
- McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D (1987) The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged Women. *J Health Soc Behav*, 28:345-363.
- Öner N, Le Compte A (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul-Türkiye.
- Özdemir S, Çelik C, Görkemli H ve ark. (2009) Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*, doi:10.1016/j.ijgo.2009.03.016.
- Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, İstanbul, Roche Müstahzarları, s.201-220.
- 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.
- Pearce MJ, Hawton K (1996) Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 10(3):385-399.
- Procidano ME, Heller K (1983) Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol*, 11(1):1-24.
- Reynolds AF (1997) Perceived Control over Menopausal Hot Flashes: Exploring The Correlates of A Standardised Measure. *Maturitas*, 27: 215-221.
- Robinson GE (2001) Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs*, 15:175-184.
- Rubin RT, King BH (1995) *Endocrine and Metabolic Disorders, Comprehensive Text Book of Psychiatry, Sixth Edition, Vol 2*, (Eds) Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore-USA, Williams and Wilkins, s.1523-1524.
- Schmidt PJ, Rubinow DR (1991) Menopause-Related Affective Disorders: A Justification for Further Study. *Am J Psychiatry*, 148:844-852
- Shaver JL, Giblin E, Paulsen V (1991) Sleep Quality Subtypes in Midlife Women. *Sleep*, 14(1):18-23.
- Schwarz S, Völzke H, Alte D ve ark. (2007) Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in pomerania (SHIP). *Menopause*, 14(1):123-134.
- Sorias O (1989) Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi-II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekte, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek. *Seminer Psikoloji*, 6/7:27-40.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu. Bornova, Ege Üniversitesi Basımevi.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Pres, California-USA.
- Vanwesenbeeck I, Vennix P, Wiel H (2001) 'Menopausal symptoms': associations with menopausal status and psychosocial factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22: 149-158.
- Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F ve ark. (2005) Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8:109-115.