

**T.C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**MERAM TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PROF. DR.RAHİM KUCUR**  
**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

**KADIN HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN MENOPOZ SONRASI  
DÖNEMDEKİ KADINLARDA DUYGUDURUM VE ANKSİYETE  
BOZUKLUKLARININ YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ ETKENLER**

**(UZMANLIK TEZİ)**

**DR. MİNE ŞAHİNGÖZ**

**Tez Danışmanı**

**YRD. DOÇ. DR. FARUK UĞUZ**

**KONYA- 2008**

<b>1. İÇİNDEKİLER</b> .....	1
<b>2. KISALTMALAR</b> .....	3
<b>3. GİRİŞ</b> .....	4
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
4.1. Menopoz .....	6
4.2. Menopoz döneminde ruhsal bozukluklar .....	7
4.2.1 Tarihçe .....	7
4.2.2 Epidemiyoloji .....	8
4.2.3 Etyoloji .....	11
4.2.3.1. Biyolojik etkenler .....	11
4.2.3.2. Stres ve çevresel etkenler .....	13
4.2.3.3. Psikodinamik etkenler.....	14
4.2.4. Seyir.....	15
4.2.5. Tedavi .....	16
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	19
5.1. Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması.....	19
5.2. Veri Toplama Araçları.....	20
5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	21
<b>6. BULGULAR</b> .....	21
6.1. Örneklem Sospodemografik Özellikleri .....	21
6.2. Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının Mevcut Yaygınlığı ve Komorbiditesi.....	23
6.3. Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları İle İlişkili Etkenler.....	24
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	30
7.1. Sosyodemografik Özellikler .....	30
7.2. Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının Mevcut Yaygınlığı ve Komorbiditesi.....	30
7.3. Ruhsal Bozuklukların Menopozdan Sonra Başlama Sıklığı.....	32
7.4. Komorbidite .....	34
7.5. İlişkili Etkenler .....	34
7.6. Çalışmanın Sınırlılıkları .....	37
7.7. Sonuç.....	38

<b>8. ÖZET</b> .....	39
<b>9. İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)</b> .....	40
<b>10. KAYNAKLAR</b> .....	41
<b>11. EKLER</b> .....	54
EK 1. Hasta Bilgi Formu .....	54
<b>12. TEŞEKKÜR</b> .....	56

## 2.KISALTMALAR

<b>FSH</b>	: Folikül Stimüle Edici Hormon
<b>LH</b>	: Luteinize Edici Hormon
<b>GABA</b>	: Gamma-aminobutirik asid
<b>OKB</b>	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>YAB</b>	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>HYKT</b>	: Hormon Yerine Koyma Tedavisi
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)
<b>SCID-I / CV</b>	: Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
<b>S</b>	: Sayı
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>BMI</b>	: Vücut kitle indeksi
<b>TCA</b>	: Trisiklik antidepresan
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>MAO</b>	: Mono Amin Oksidaz İnhibitörü

### 3. GİRİŞ

Kadınlar yaşamları boyunca önemli sosyal ve fizyolojik değişikliklerin olduğu menarş, menstrüel siklus, gebelik, doğum sonrası ve menopoz gibi çeşitli yaşamsal dönemlere sahiptir. Kadınlarda depresyonun yaşam boyu yaygınlığının erkeklere göre 2 kat fazla olmasının (1), bu dönemlerde merkezi nörotransmitter işlevlerini etkileyen östrojen ve progesteron gibi gonadal hormonlardaki değişikliklere bağlı olduğu düşünülmektedir (2). Menopozda ortaya çıkan bazı vazomotor belirtiler, cinsel işlev değişiklikleri, kognitif yetersizlik, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal belirtilerin de östrojen miktarındaki azalmayla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (3).

Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresif belirti sıklığında artış olduğunu bulan çalışmaların yanı sıra (4), menopoza geçiş döneminde ruhsal şikayetlerin arttığına dair veriler de bulunmaktadır (5). Östrojen eksikliği hipotezinden yola çıkarak menopoz sonrası dönemde östrojen tedavisinin özellikle hafif şiddetteki depresyonda etkin olduğunu gösteren birkaç çalışma vardır (6).

Menopozda ortaya çıkan ruhsal belirtilerin vazomotor şikayetler, bedensel hastalıklar, yaş, depresyon öyküsü, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve kültürel tutumlar gibi pek çok etkenle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (7). Bu konuyu araştıran çalışmalarda menopozal depresyon açısından en önemli risk etkeninin geçmiş depresyon öyküsü olduğu bildirilmektedir (8).

İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler. Dolayısıyla menopoz döneminde ortaya çıkabilecek olan ruhsal bozuklukların belirti ve yeti yitimine yol açarak işgücü kaybı, tedavi maliyetleri gibi ekonomik giderlerin yanı sıra yaşam kalitesine olan olumsuz etkileri düşünüldüğünde, göz ardı edilmemesi gereken önemli bir toplumsal sorun olduğu görülmektedir. Bu nedenle erken

ve etkin tedavi için ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etkenlerin bilinmesi önemli hale gelmektedir.

Menopoz dönemindeki kadınlarda ruhsal sorunlarla ilgili çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte bunların çoğu yapılandırılmış klinik görüşme araçlarından ziyade ruhsal belirti değerlendirme ölçeklerine dayanmaktadır. Ayrıca çalışmalarda daha çok depresif belirti ve bozukluklar araştırılmıştır. Daha az sayıda olmak üzere anksiyete belirtileri de araştırılmış olmasına karşın anksiyete bozuklukları konusundaki çalışmalar oldukça yetersizdir. Diğer yandan kadınlarda yaşamları boyunca ve çeşitli tıbbi durumlarda anksiyete bozukluklarının duygudurum bozuklularından daha az yaygın olmadığı bilinmektedir. Ayrıca ülkemiz örneğinde bildiğimiz kadarıyla bu konuda yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Menopoz

Menopoz, yumurtalık işlevlerinin kaybı nedeniyle adet kanamalarının kesilmesidir. Klinik olarak menopoz son adet kanamasından sonraki 12 ay boyunca hiç adet görmemeyi içerir. Menopoz sonrası (postmenopoz) terimi, menopozdan sonraki yaşam dönemini tanımlamak için kullanılmaktadır (9). Menopoza geçiş (perimenopoz) dönemi ise gonadal hormonlardaki değişikliklerle birlikte adet döngüsünde bozulmanın olduğu ve klimakterik belirtilerin görülebildiği dönem olarak tanımlanabilir. Bu dönemin yaklaşık 5 yıl sürdüğü ve 3-9 yıla kadar uzayabildiği bildirilmektedir (10,11).

Menopoza geçiş sırasında overler gonadal hormonlar tarafından uyarılmaya karşı giderek daha az yanıt verirler. Menopozal dönemde folikül stimüle edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH) düzeyleri artarken, östrojen düzeyleri azalır. Aynı zamanda tiroid ve paratiroid hormon ile prolaktin düzeylerinde azalma gibi çeşitli hormonal değişiklikler olur. Hipotalamustaki nöroendokrin değişikliklerin bir sonucu olarak menopozal dönemdeki kadınlarda gece terlemesi, sıcak basması, uyku düzensizliği gibi vazomotor belirtiler ile kardiyovasküler sistem değişiklikleri, osteoporoz ortaya çıkabilmekte (12) ve anksiyete, gerginlik, emosyonel labilite, depresyon, uykusuzluk, libido kaybı gibi birçok ruhsal belirti de gözlemlenmektedir (12,13).

Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 46.5'tir (14). Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kadınlar ömürlerinin 1/3'ünü menopoz sonrası dönemde geçirmektedir. Dolayısıyla bu dönemdeki kadınların yaşamlarını sağlıklı sürdürmelerine ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerin önem kazanmasıyla birlikte menopoz dönemi biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla ayrı bir ilgi odağı olmuştur.

## 4.2. Menopoz Döneminde Ruhsal Bozukluklar

Menopoz dönemi bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaşadığı orta yaş dönemiyle örtüşmektedir. Bir kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemi olarak kabul edilmektedir (15). Menopoz, doğal bir süreç olarak görülmesine karşın, uyum sağlanmasını gerektiren gelişimsel bir kriz dönemidir. Menopoza girmiş olanlarda yapılan çalışmalarda, kadınların %42-55'i adetlerinin sonlanması ile rahatladıklarını ve yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtirken, %2-20'si karamsarlık ya da diğer depresif belirtilere sahip olmaya başladıklarını bildirmektedir (16). Bu dönemde ortaya çıkan hormonal değişiklikler, kültürel özellikler, yaş, kronik hastalıklar ve sosyal sorunlar gibi etkenler ruhsal belirti sıklığını arttırabilmektedir (7,8).

Menopoz ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma olmasına karşın menopoza özgü bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır (17). Bu dönemde anksiyete, gerginlik, emosyonel labilite, depresyon, baş dönmesi, uykusuzluk, libido kaybı, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma gibi özgül olmayan belirtiler görülebilmektedir (18). Menopozla ilgili çalışmaların çoğu menopoza geçiş dönemine odaklanmış görünmektedir. Mevcut verilere bakıldığında, bazı yazarlar ruhsal belirti sıklığının menopoz sonrası dönemden ziyade menopoza geçiş döneminde arttığını bildirirken (19), bazıları menopoz sonrası dönemde ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu öne sürmektedir (20). Menopoza geçiş döneminde vazomotor belirtilerin, menopoz sonrası dönemde ise psikolojik şikayetlerin daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (21). Ayrıca yapılan çalışmaların önemli yöntem hataları taşıdığı, bu nedenle menopozun depresyona neden olduğunu iddia etmek için yeterli veri olmadığı da ileri sürülmektedir (22).

### 4.2.1 Tarihçe

İlk olarak Krapelin korku, bunaltı, ajitasyon, hipokondriyak yakınmalar ve geç başlangıç ile karakterize olan ayrı bir klinik durum olarak “involusyonel melankoli” yi



tanımlamış ve DSM-II’de menopoza sonrası dönemde gelişen depresyon tablosu “involusyonel melankoli” olarak sınıflandırılmıştır. Daha sonra üzerinde tam bir görüş birliği sağlanamaması nedeniyle bu tanım sonraki sınıflandırma sistemlerinden çıkarılmıştır (23).

20. yüzyılın başlarında Manfred Bleuler, endokrin depresyon kavramını ortaya atarak psikiyatrik hastalıklar ve endokrin sistem arasında nedensel bir ilişkiye dikkati çekmiştir (24). 1984’de Osborn, uykuları bozulmuş, ağlamaklı, iritabl ve mutsuz bir menopozlu kadınla karşılaşan doktorun, bu durumun psikososyal faktörler nedeniyle mi yoksa kadının bulunduğu yaşam sürecinin doğal bir endokrinolojik sonucu mu olduğunu ayırt etmesinin güçlüğüne ortaya koyarak, menopoza ve depresyon arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır (25).

Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda menopoza döneminde depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal bozuklukların yaygınlığının arttığı bildirilmiş olmasına karşın (20), büyük örneklem gruplarını kapsayan bazı çalışmalar ise bunu desteklememiştir (26). Psikiyatrik belirtilerin menopoza bir parçası olarak görülemeyeceği ve menopoza döneme özgü bir psikiyatrik tablo olmadığı bildirilmiştir (17). Ballinger, çalışmasında "menopozal yıllarla ilgili bir affektif bozukluğun olup olmadığı net değildir" sonucuna varmıştır (23).

#### **4.2.2 Epidemiyoloji**

Menopoza sonrası dönemdeki kadınlarda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile bipolar bozukluğun yaygınlığı veya sıklıkları konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Konu ile ilgili çalışmalar daha çok depresif bozukluklar üzerine yapılmış, bunların çoğunluğu da depresif belirtileri değerlendirme ölçeklerine dayandırılmıştır. Menopoza özgü bir ruhsal bozukluk olmamasının yanında, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında menopoza bir risk etkeni olup olmadığı yeterince bilinmemektedir. Bununla birlikte, menopoza kliniklerinde yürütülen çalışmalarda, duygudurum değişikliği menopozda yardım arayan kadınlar arasında en yaygın belirti olarak görünmektedir. Bu kadınların neredeyse yarısı klinik olarak depresyondadır ve üçte birinden fazlası ilk depresif epizodlarını bu dönemde yaşamaktadırlar

(27). Bazı çalışma bulguları ise herhangi bir duygudurum bozukluğu, özellikle depresyonun sıklığında artış olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, Cohen ve arkadaşları (28), depresyon öyküsü bulunmayan menopoza geçiş dönemindeki 460 kadında depresif belirtiler üzerine etkilerini araştırmışlar ve 3 yıllık izlem boyunca, menopozdaki kadınların menopoza geçiş öncesi gruba göre yaklaşık 2 kat daha fazla depresif belirtiler yaşadıklarını bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada majör depresyonun menopoza geçiş öncesi kadınların %9,5'inde ve menopoza geçiş dönemindeki kadınların ise %16,6'sında ortaya çıktığı bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar menopoza geçiş esnasında kadınların %8-47'sinde depresif semptomların ortaya çıktığını bildirmektedir (29-31). Menopoza geçiş döneminde, kadınların %75'i tarafından bildirilen duygudurumla ilişkili şikayetler ve uyku sorunları en yaygın belirtilerdir (32). Geçiş dönemindeki kadınların 5 yıl boyunca 3-6 aylık aralıklarla değerlendirildiği DSM-IV'e dayalı bir çalışmada, kadınların en son adetini kapsayan 24 ay içinde depresyon başlama riskinin önceki 31 yıla göre 14 kat attığı bildirilmektedir (33). Freeman ve arkadaşları (5), menopoza geçiş döneminde olan ve depresyon öyküsü bulunmayan 231 kadını izlemişler ve menopoza geçiş öncesi döneme göre menopoza geçiş döneminde yüksek bir depresyon skoru (>16) olasılığının 4 kat fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmaya göre, menopoza geçiş dönemi bir depresif bozukluk tanısı alma açısından 2 kattan daha fazla bir risk içermektedir. Menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda depresyonun daha sık ortaya çıktığını gösteren çalışmaların yanında (19,8), menopoza geçiş döneminde ruhsal belirtilerde artış olsa da, menopoza geçiş döneminde majör depresyon riskinde anlamlı bir artış olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (34).

Menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı konusunda nispeten az sayıda çalışma vardır. Yaşları 45-54 arasında değişen 8000 menopozlu kadın arasında yapılan bir araştırmada, kadınların %23'ünün son 6 ay içinde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (35). Farklı etnik gruplara sahip olan orta yaşlı kadınlar

arasında yapılan bir diğerk çalışmada kadınların üçte birinden daha fazlasının en az son 2 haftadır “gerginlik” hissettikleri gösterilmiştir (36). Avis ve arkadaşları (37) ise orta yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısının anksiyeteden yakındığını bildirmektedir. Doğal yolla menopoza giren kadınların takip edildiği bir çalışmada, gerginlik, sinirlilik ve depresyonun varlığı olarak tanımlanan ruhsal stresin menopoz öncesi dönemle karşılaştırıldığında menopoza geçiş döneminde daha yaygın olduğu saptanmıştır (38). Benzer şekilde, bir çalışmada menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda henüz menopoza girmemiş kadınlara göre anksiyete skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (39). Rocca ve arkadaşlarının (40) yaptığı bir izlem çalışmasında ise bilateral ooforektomi ile menopoza girenler kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında ilk 10 yıl boyunca anksiyete skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir.

Menopoz dönemi ve anksiyete arasında herhangi bir ilişki olmadığı yönünde veriler de bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda depresyon ve anksiyete belirti şiddetini değerlendiren benzer iki çalışmada, depresif belirtilerin menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda halen adet gören kadınlara oranla daha yaygın olduğu bildirilirken, iki grup arasında anksiyete düzeyleri yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır (4,41). Penn Ovarian Aging çalışmasında ise henüz menopoza girmemiş 703 kadın 9 yıl boyunca izlenmiş ve anksiyete skorları ile menopoz dönemleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (42).

Menopoza geçiş döneminde veya menopoz sonrası dönemde depresyon gelişmesi ile ilişkili etkenleri araştıran bazı çalışmalar bulunmaktadır. Premenstrüel sendrom veya postpartum depresyon öyküsü bulunan kadınların menopoz döneminde depresyon geliştirmeye daha yatkın olduğu bildirilmektedir (43). Bu konuda bir diğerk risk etkeni de geçmiş depresyon öyküsüdür. Bazı çalışmalarda menopoz döneminde depresyon gelişenlerin yaklaşık yarısında geçmişte depresyon öyküsü olduğu bildirilmektedir (31). Freeman ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmalara göre, menopoz döneminde olan kadınlar menopoz öncesi kadınlara göre 3 kattan daha fazla depresif belirtiler göstermekte, premenstrüel sendrom ve özellikle de geçmiş depresyon öyküsü menopozdaki depresif belirtilerin en güçlü yordayıcısı olarak görünmektedir (44,45). Bir başka çalışmada ise menopoz sırasında ortaya çıkan ruhsal stresin, premenstrüel sendrom, postpartum depresyon, bebek hüznü ve oral kontraseptiflere bağlı disfori öyküsüyle ilişkili olduğunu bulunmuştur (46). Bu çalışmalar, duygudurum bozukluğu öyküsüne sahip olan kadınların menopoz döneminde duygudurum bozuklukları için artmış riske sahip olduklarını desteklemektedir.

### **4.2.3 Etiyoloji**

#### **4.2.3.1 Biyolojik Etkenler**

Gonadal hormonların beyin nörokimyası üzerindeki etkilerini gösteren çok sayıda veri bulunmaktadır. Steroid hormonlar beyindeki özgül reseptörleri aracılığıyla nöron işlevlerini etkilerler (47). Biyokimyasal ve farmakolojik çalışmalar, östrojen düzeylerinin serebral katekolamin metabolizması ve sentezini düzenlediğini göstermektedir (48,49). Östrojenin serotonin ve dopamin nörotransmisyonu üzerindeki etkilerinin menopoz dönemindeki kadınlarda ortaya çıkan duygudurum değişiklikleri ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (31).

Serotonin sisteminin duygudurum ve davranış üzerine etkileri iyi bilinmektedir. Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresif belirtileri azalttığı öne sürülen östrojenin bu etkisinin muhtemelen serotonin geri alımını azaltması, serotonin sentezini artırması, serotonerjik aktiviteyi güçlendirmesi ve monoaminoksidaz inhibisyonu yolu ile olduğu düşünülmektedir (50,51). Buna karşın, uterus kanserini önlemek amaçlı östrojene ilaveten reçetelenen progestoron ise MAO ve GABA inhibitör aktivitesini artırarak östrojenin antidepresan etkilerini azaltabilmektedir (51).

“Östrojen kesilme teorisi” menopoz sonrası dönemdeki hipoöstrojenik durumun depresyon için risk taşıyan kadınlarda depresif belirtilerin gelişmesine yol açtığını ileri

sürmektedir (52). Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal belirtilerin, düşük plazma östrojen veya androjen düzeyleriyle ilişkili olduğu konusu tartışmalıdır. Bazı yazarlar, menopozal dönemde ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının östrojen eksikliğinden kaynaklandığını öne sürerken (53), bazıları ise gonadal hormonlardaki değişikliklerden kaynaklandığını bildirmektedirler (54).

Depresyon ve menopoz arasındaki hormonal ilişkiyi araştıran çalışmaların bir kısmında, menopoza geçiş dönemindeki depresyonlu kadınlar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında belirlenen reproduktif veya adrenal hormonların plazma düzeylerinde herhangi bir farklılık saptanmazken (55), bazılarında ise düşük LH düzeyleri ile menopoz döneminde olan kadınlardaki depresif semptomların ilişkili olduğu bulunmuştur (56). Baret-Conner ve arkadaşları (57), östrojen tedavisi almayan menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda östradiol, testosteron, östron, androstenedion, kortizol, dihidroepiandrosteron ve dihidroepiandrosteron sülfat düzeylerini araştırmışlar ve yalnızca dihidroepiandrosteron sülfat ile depresif belirti skorları arasında ters ilişki olduğunu göstermişlerdir. Bir başka çalışmada, ileri yaşlardaki menopoz sonrası dönemde olan kadınlarda görülen depresyonun östradiol düzeyi belli bir eşiğin altına düştüğünde ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (58). Düşük serum östrojen düzeylerinin depresyonda ortaya çıkan azalmış uyanıklık ve anormal frontal beyin aktivitesi ile ilişkili olduğu da öne sürülmektedir (59).

Uzun yıllar önce ortaya atılan “domino teorisi” menopoz döneminde ortaya çıkan sıcak basması, gece terlemesi gibi vazomotor belirtilerin depresif yakınmalarda artışa neden olduğu görüşüdür (60). Daha sonraki yıllarda Cohen ve arkadaşları (28), vazomotor şikayetleri olan kadınların yaklaşık üçte birinin eş zamanlı olarak depresif belirtiler de yaşadığını göstermişler ve depresyon ve vazomotor belirtilerin altında hormonal değişiklikler tarafından tetiklenen ortak bir patofizyolojinin bulunduğunu ileri sürmüşlerdir.

Depresyon ve vazomotor belirtiler arasında olası bir ilişkiyi destekleyen başka çalışma bulguları da bulunmaktadır (61).

Son zamanlarda menopoza dönemindeki sıcak basmalarının uyku kalitesini bozduğuna dair veriler artmaktadır (62). Uyku kalitesinin algılanışı menopozdaki sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında depresyonlu olanlarda farklılık göstermektedir ve uyku esnasında olan sıcak basmalarının şiddetinin daha fazla olduğunu bildirmektedirler (63). Menopozdaki kadınlarda yapılan uykuya ilişkili çalışmalarda, daha düşük östrojen düzeyleri daha düşük kaliteli uykuya, daha fazla sıcak basmasıyla, artmış oranda anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (32).

#### **4.2.3.2 Stres ve çevresel etkenler**

Menopozda ortaya çıkan psikolojik yakınmalarda ve menopoz sonrası depresyonda, biyolojik ve ruhsal etkenlerin yanında kuşkusuz kültürel, toplumsal ve ailesel etkenler de söz konusudur. Bu dönemde yaşlanmadan kaynaklanan sosyal ilişkilerde, sorumluluklarda, toplum içindeki durum ve rollerdeki değişimle birlikte psikososyal işlevsellikte de olumlu veya olumsuz değişimler beklenir (64). Orta yaş döneminde emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların evlenip aileden ayrılmaları ile ortaya çıkan bir diğer tablo da "boş yuva sendromu"dur (65). Bu durum kadında anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Ballinger (23), aile yapısı, anne rolü, çocuklarla ilişki, sosyal etkinliklerde ve çevre algısındaki değişiklikler, geleceğe ilişkin yatırım ve rollerdeki farklılıkların ruh sağlığı üzerinde fizyolojik belirtilerden daha fazla rol aldığını belirtmektedir. Kuh ve arkadaşları (66), önceden mental ya da fiziksel sağlık sorunları ve yetiyetiminin bulunması, ideal vücut ağırlığına sahip olunmaması durumu ile orta yaşta görülen psikolojik yakınmalar arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir.

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 (67). Dolayısıyla, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilir (68). Menopoz dönemindeki belirtiler, beslenme, biyolojik, psikososyal, ekonomik, politik, coğrafik ve kültürel etkenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

#### **4.2.3.3. Psikodinamik etkenler**

Menopoz döneminde görülen depresyonla ilgili psikanalitik görüşler, menopoza üretkenlik ve feminite kaybı olarak ele alırlar. Freud, yas-elem tepkisi ile melankoli arasında bağlantı kurar. Fesler, penis kıskançlığının üreme potansiyelinin varlığı nedeniyle düzenli menstruasyonların olduğu dönemde hafiflediğini, menopozla kadınların infantil tutumlarına tekrar geri döndüğünü söylemektedir. Diğer görüşlerin aksine Prados ve Benedek ise, menopoz sonrası dönemin doyum sağlanan bir evre olabileceğini ileri sürmekte ve intrapersonel yeniden yapılanma için olası avantajlarını vurgulamaktadır (69).

Menopoz, fizyolojik ve sosyal değişimle birlikte kişide kadınlık, cinsellik, estetik gibi kaygıları gündeme getirir (15). Kadın menopoz dönemini üretebilme, yaratabilme yeteneğinin sona ermesi olarak algırsa sorun yaşayabilir (65). Üreme işlevinin kadının üretkenlik imajıyla, kendini algılamasıyla ve kişiliğinin bütünüyle yakın ilişkisi vardır. Özellikle üretkenliği yaşamının sadece biyolojik alanıyla sınırlandırmışsa ve yaşamın iş, sanat gibi başka alanlarında gösterememişse, menopoz döneminde belirgin bir bunalım ortaya çıkabilmektedir. Kendini bu sürece hazırlayan kadınlar üreme ve yaratma işlevlerini çalışma ve sanat gibi diğer alanlara kaydırarak biyolojik açıdan üretme yokluğunu gidermektedir. Kadın yaşamdan beklediği amaçlarına ulaşamamışsa, kalıcı eser bırakamamışsa menopoza daha sorunlu yaşar ve kaygılı algılar (70). Burada ruhsal savunma düzenekleri olan yerine koyma ve yüceltme, bireyin bu dönemi önemli bir sarsıntı olmadan geçirmesinde etkili olmaktadır. Kadın, menopoz döneminde bu savunmalarını yeterince kullanamazsa, üretme

işlevinin ruhsal simgesel anlamının yanı sıra, kadınsal kimliğinin bir parçasını da kaybediyor olmanın derin bunalımını yaşar. Benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük olan kadın, menopoza olumsuz algılar. Sağlıklı kişilerde ise uyum, daha kolay sağlanır (71).

#### 4.2.4. Seyir

Menopozun bipolar bozukluklu ve şizofrenili hastalarda belirtilerin alevlenmesi ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (72,73). Bipolar bozukluğu olan menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda yapılan geriye dönük bir çalışmada, kadınların %55'inin menopoza geçiş döneminde iken duygudurum belirtilerinin kötüleştiği, depresif belirtilerinde artış olduğu ve menopoza geçiş döneminde hormon replasman tedavisi alan kadınların almayanlara göre duygudurum belirtilerini daha az yaşadıkları bulunmuştur (74). Blackmore ve arkadaşları (75), menopoz sonrası dönemde olan bipolar bozukluklu kadınların %29'unda menopoza geçiş döneminde bir duygudurum epizodu geliştiğini bildirmektedir. Aynı tanıya sahip kadınlarda menopoz sonrası dönemde depresif epizodların yineleme olasılığının arttığını ve 45-64 yaş aralığında belirgin intihar riskinin olduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (32). Diğer yandan menopoz, bipolar bozukluğa sahip kadınlarda hızlı döngülü epizod riskini de arttırabilmektedir (23).

Anksiyete bozukluklarının menopoz döneminde seyri ile ilgili çalışmalar daha azdır. Bazı çalışmalarda menopozla birlikte panik bozukluğun ortaya çıkabildiği, varsa kötüleşebildiği bildirilmektedir (76). Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda geriye dönük olarak 6 ay boyunca ortaya çıkan panik atakları sorgulayan DSM-IV'e dayalı bir araştırmada ise panik atakların yaygınlığının arttığı (%17.9) saptanmıştır (77). Geriye dönük bir başka çalışmada da obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin hastaların yaklaşık yarısında menopozdan sonra alevlendiği bildirilmektedir (78).

Menopoz döneminin depresif bir epizod görülme açısından artmış bir riske sahip olduğu bildirilmektedir (5,33). Hay ve arkadaşları (27), menopoz kliniğine başvuran menopoz sonrası



dönemdeki kadınların %35'inin bu dönemde ilk depresif epizodlarını yaşadıklarını bulmuştur. Farklı etnik gruplara ait kadınlarda yapılan izlemsel bir çalışmada kadınların menopoza geçiş döneminde depresif belirtilerinin arttığı ve bu artışın menopoz sonrasının erken dönemlerine kadar devam ettiği saptanmıştır (79). Bazı yazarlar, kadınlarda depresif belirtilerin menopoza geçişin ilk dönemlerinde belirgin düzeyde arttığını, menopoz sonrası dönemde ise azaldığını bildirmektedir (44). Bu durumun, menopoza geçiş döneminde başlayan gonadal hormon değişiklikleri ile ilişkili olduğu, depresyonu tetikleyen nörolojik mekanizmaların menopoza geçiş sonrası sabitleşen düşük östrojen düzeylerine uyum sağladığı ileri sürülmektedir (2).

#### **4.2.5. Tedavi**

Östrojen eksikliği hipotezinden yola çıkarak menopoz döneminde işlevselliğin eski düzeyine dönmesi amacıyla hormon yerine koyma tedavisi (HYKT) önemli tedavi seçeneklerinden biridir. HYKT'nin menopoz dönemindeki kadınlarda duygudurum üzerindeki etkilerini değerlendiren klinik çalışmaların bir kısmı HYKT alan kadınlarda plaseboya göre duygudurum belirtilerinde anlamlı düzelmeler olduğunu bildirirken (80), bazıları ise HYKT grubu ve plasebo arasında farklılık bulmamıştır (81). Yazıcı ve arkadaşları (82), menopoz dönemindeki kadınlarda 17- $\beta$  östradiol ve tibolonun anksiyete ve depresif belirtileri anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Östrojen tedavisinin depresif belirtiler üzerine etkinliğini değerlendiren çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada, majör ve minör depresyon ölçütlerini karşılayan menopoz dönemindeki kadınlarda östradiolin etkin olduğu gösterilmiştir (83). Kalp ve östrojen / progestin yerine koyma çalışmasında (50), HYKT alan kadınlardan daha az depresif belirti ve daha iyi bir ruh sağlığına sahip olmak açısından yalnızca sıcak basması olanların faydalandığı, HYKT alan ve sıcak basması olmayanlarda ise daha fazla yorgunluk, fiziksel işlevlerde ve enerjide daha fazla düşme olduğu bulunmuştur. Bazı araştırmacılar östrojenin yalnızca hafif şiddetteki depresyonun tedavisinde faydalı olabileceğini bildirmiştir (84). Bazı çalışmalarda ise bu etkinin uzun süreli bir tedaviden sonra ortaya çıkabileceği ve

dozla ilişkili olduğu gösterilmiştir (85,86). Morrison ve arkadaşları (81), menopoz sonrası dönemde olan depresyonlu kadınlarda östrodiol tedavisinin plaseboya yakın bir antidepresan etki gösterdiğini bulmuştur. Son yıllarda yapılan birkaç çalışmada ise halen veya geçmişte HYKT kullanan kadınlarda depresif belirtilerde artma olduğu bildirilmiştir. Depresif belirtilere HYKT'nin mi yol açtığı, yoksa depresif belirtileri olan kadınların bir tedavi arayışına girerek mi HYKT'i kullanmaya başladıkları açıklığa kavuşmuş değildir (87).

Östrojene ek olarak progesteron kullanan çalışmalarda progesteronun östrojenin olumlu etkisini azaltma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (32). Yapılan bir çalışmada östrojen + progesteron tedavisinin tek başına östrojen tedavisine göre vazomotor belirtiler üzerine daha etkili olduğu, buna karşılık duygudurum ve kendini iyi hissetme üzerine belirgin ölçüde negatif etkisinin olduğu bulunmuştur (88). Bu çelişkili sonuçlar, HYKT'nin süresine, içerdiği östrojen dozuna ya da progesterona bağlı olabilir (86).

Menopoz sonrası dönemde bulunan şizofrenili hastalarda yapılan bir araştırmada HYKT alanların almayanlara göre anlamlı düzeyde daha az antipsikotik ilaç kullandıkları ve negatif belirtilerin belirgin derecede azaldığı saptanmıştır (89). Benzer şekilde, şizofrenili ve şizoaffektif bozukluklu olan menopoza geçiş dönemindeki hastaların bir kısmının antipsikotik tedavilerine 0.02 mg/gün östradiol eklenmiş, 8 hafta sonra yapılan değerlendirmede rutin tedavilerine östradiol eklenenlerin eklenmeyenlere göre psikotik belirtilerinde daha hızlı iyileşme olduğu bulunmuştur (90).

Menopoz döneminde ortaya çıkan ruhsal ve bedensel belirtiler üzerindeki olumlu etkilerine rağmen HYKT'nin yalnızca hafif depresif durumlarda etkin olması ve meme kanseri, endometrial hiperplazi ve pıhtılaşma bozuklukları gibi ciddi riskler içermesi nedeniyle, menopoz döneminde SSRI'ların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle majör depresyon veya herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alan menopoz dönemindeki kadınlarda SSRI'lar ilk seçenek olmalıdır. Ayrıca SSRI'ların menopoz döneminde ortaya

ıkan vazomotor Şikayetler üzerinde de etkin olduğu öne sürülmektedir (91). Fluvoksaminin vazomotor belirtiler üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, fluvoksamin alan menopozal kadınların ilk değerlendirmeye göre 6. haftada vazomotor belirtilerinin anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir (92). Stearns ve arkadaşları (93), paroksetinin menopoz döneminde ortaya çıkan sıcak basmalarını %67 oranında azalttığını bildirmiştir. Aksine, plasebo kontrollü çift kör bir çalışmada ise menopozal kadınlardaki sıcak basmaları üzerine olan etkileri bakımından sitolopram ve fluoksetin plasebodan farklı bulunmamıştır (94).

Antidepresan tedaviye yanıt vermeyen depresyonlu kadınlarda ya da dirençli depresyonu olanlarda SSRI'lara östrojen eklenmesi antidepresan tedavinin etkinliğini arttırabilir (95). Schneider ve arkadaşlarının (96) menopoz dönemindeki majör depresyonlu kadınlarla yaptıkları çalışmada depresif belirtiler açısından fluoksetin + östrojen alanlarda fluoksetin grubuna göre anlamlı düzelme olduğu gösterilmiştir. Ancak daha sonra yapılan benzer çalışmalarda bu bulgular desteklenmemiŐtir. Menopoz sonrası dönemde olan majör depresyonlu kadınların fluoksetin ve fluoksetin + tibolon tedavi gruplarına ayrıldığı bir çalışmada, depresif belirtilerin her iki grupta da benzer oranlarda düzelme gösterdiği ve fluoksetine östrojen ilavesinin antidepresan yanıtı glendirmedeği bildirilmiştir (97). Benzer Şekilde yapılan bir diğer çalışmada ise menopoz sonrası dönemdeki majör depresyonlu kadınlardan sertralin + östrojen alanlar yalnızca östrojen alanlarla tedavinin 10. haftasında karşılaştırıldığında tedaviye yanıtın deĐiŐmediĐi, ancak sertralin + östrojen alan grupta antidepresan yanıtın daha erken ortaya çıktığı bulunmuştur (98).

Bazı yazarlar, TCA'larla serotonin reseptörlerinde oluşan down regülasyonun SSRI'larla aynı lde sağlanabilmesinin ancak SSRI'lara östrojen ilavesiyle mümkün olabileceğini ve bu nedenle kronik depresyonu olan menopozlu kadınlarda SSRI + HYKT'ne göre TCA'ların daha etkili olduğunu ve daha iyi tolere edildiğini ileri sürmektedir (99). Ancak daha sonra yapılan araŐtırmalar, bu durumun kadınlarda menopoz sonrası dönemden

ziyade menopoz öncesi dönem için geçeli olduğunu desteklemiştir (32). Sıcak basmaları üzerinde TCA'ların olumlu etkisi olduğuna dair veriler bulunmakla birlikte bu etkinin östrojen tedavisiyle sağlanandan daha az olduğu bildirilmiştir (100).

Sıcak basmaları olan menopoz sonrası dönemdeki kadınlara gabapentin, östrojen ve plasebonun verildiği bir çalışmada, 12 haftalık tedavi sonunda sıcak basması şikayetlerinin gabapentin ve östrojen alanlarda plaseboya göre anlamlı düzeyde azaldığı ancak depresif şikayetler açısından her 3 grup arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (101).

Menopoz döneminde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal belirtilerin giderilmesi için fitoöstrojen ve ginseng gibi kimyasal olarak östrojene benzeyen bazı maddeler, St. John's Wort, E vitamini ve soya kullanımının yararlı olduğuna ilişkin kanıtlar ileri sürülmektedir (102,103). Egzersizin duygudurum üzerine olumlu etkileri olduğu halde sıcak basması üzerine etkisi yoktur (104). Ayrıca akupunktur, relaksasyon ve refleksoloji gibi alternatif tıp yöntemlerinin de menopoz döneminde ortaya çıkan ruhsal yakınmalar üzerinde olumlu etkileri olduğu iddia edilmektedir (69).

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması**

Çalışmaya 1 Ocak 2008-30 Haziran 2008 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran ve menopoz tanısı alan ardışık 269 kadın alındı. Doğal menopoz için en az bir yıldır adet görmeme, cerrahi menopoz için en az 6 ay önce bilateral ooforektomi yapılma koşulu arandı. Ayrıca menopoz tanısı serum hormon düzeylerinden FSH 40 mIU/ml, LH 25 mIU/ml üzerinde ve estradiol 20pg/ml altında olması ile doğrulandı.

Çalışmaya alınma ölçütleri; doğal yada cerrahi yolla menopoza girmiş olmak, 30-70 yaşları arasında olmak ve görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak şeklinde belirlendi. Son 1 aydır herhangi bir psikotrop ilaç alanlar, şiddetli ek bir tıbbi hastalığı

bulunanlar (kontrol altında olmayan endokrin, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları veya fiziksel yetmezliğe neden olan tıbbi bozukluklar), nörolojik bir hastalık veya öyküsü olanlar ve jinekolojik malignitesi bulunanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya katılan tüm hastalar, çalışmanın amaçları ve yöntemi konusunda bilgilendirildi ve hepsinden çalışmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam alındı.

## **5.2 Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada, katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve jinekolojik öyküleri için tarafımızca hazırlanmış ‘hasta bilgi formu’ (Bkz Ek 1), duygudurum ve anksiyete bozukluklarını saptamak için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version, SCID-I / CV) uygulandı. Hastalardaki ruhsal bozuklukların başlama zamanı (menopozdan önce veya sonra) geriye dönük olarak hastaların öznel değerlendirmelerine göre belirlendi.

### **A. Hasta Bilgi Formu**

Araştırmaya alınan kişilerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik ve çalışma durumları, çocuk sayısı gibi sosyodemografik özellikleri ile menopoza girme yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli ve HYKT alma durumu ile ilgili bilgileri tespit etmek amacıyla tarafımızca hazırlanan bir formdur.

### **B. SCID-I / CV**

DSM-IV’e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Uygulayan kişinin ruhsal bozuklukları bilmesi gerekmektedir. Duygudurum epizodları, psikotik ve eşlik eden belirtiler, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur. Toplam DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarından 38’ini tanı ölçütleri ile 10’unu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Fist ve arkadaşları (105) tarafından geliştirilmiş olan bu

görüşme aracı, dünyada yaygın kullanım alanı bulmuş, Türkçe'ye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (106). Türkçe formunun adı ise DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon'dur (107).

### **5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Tüm istatistiksel analizler SPSS programının 13.0 versiyonu ile yapıldı. Örneklemin sosyodemografik özellikleri, depresif ve anksiyete belirtilerinin dağılımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile eşlik eden eksen I bozuklukları tanılarının yaygınlığını belirlemek için tanımlayıcı analizler yapıldı. Duygudurum veya anksiyete bozukluğu saptanan ve saptanmayan gruplar arasındaki karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare testi, sayısal değişkenler için t testi uygulandı. Tüm testlerde anlamlılık değeri  $p < 0.05$  alındı.

## **6. BULGULAR**

### **6.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri**

Araştırmaya alınan kadınların ortalama yaşı  $50.64 \pm 5.88$  (32-66) yıl, ortalama menopoza girme yaşı  $46.45 \pm 5.02$  yıl ve ortalama menopoz süresi  $46.59 \pm 38.94$  ay bulundu. Kadınların çoğu evli (%90.0), ilkokul mezunu (%86.6), çalışmıyor (%94.8) ve orta düzeyde ekonomik gelire sahip (%63.9) olup, ortalama çocuk sayısı  $3.59 \pm 2.10$  idi. Menopoza girme şekli 212 (%78.8) kadında doğal iken, 57 (%21.2) kadında cerrahi girişimdi. Yirmi (%7.4) kadın HYKT almakta idi (Tablo 1).

**Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri**

---

Yaş, ortalama (SS)	50.64 (5.88)
Menopoz yaşı, ortalama (SS)	46.45 (5.02)
Menopoz süresi, ortalama (SS)	46.59 (38.94)
Çocuk sayısı, ortalama (SS)	3.59 (2.10)
Medeni Durum, s (%)	
Evli	242 (90.0)
Bekar	2 (0.7)
Boşanmış, dul veya ayrı yaşıyor	25 (9.3)
Eğitim Durumu, s (%)	
İlköğretim	233 (86.6)
Ortaöğretim	23 (8.6)
Yükseköğretim	13 (4.8)
Ekonomik durum, s (%)	
Kötü	69 (25.7)
Orta	172 (63.9)
İyi	28 (10.4)
Mesleki durum, s (%)	
Çalışmıyor	255 (94.8)
Çalışıyor	14 (5.2)
Menopoz şekli, s (%)	
Doğal	212 (78.8)
Cerrahi	57 (21.2)
HYKT, s (%)	20 (7.4)

---

## 6.2. Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve Komorbiditesi

İki yüz altmış dokuz kadının 92'si (%34.2) herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu, 64'ü (%23.8) herhangi bir anksiyete bozukluğu ve 47'si (%17.5) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı aldı. Ruhsal bozukluk saptanan 92 hastanın 61'i (%66.3) bir, 24'ü (%26.1) iki, 6'sı (%6.5) üç ve 1'si (%1.1) beş tanı aldı. Menopoz sonrası dönemdeki tüm kadınlar göz önüne alındığında 1 tanı alanların oranı %22.7, 2 tanı alanların oranı %8.9 ve 3 tanı alanların oranı ise %2.2 idi. Bir kişi (%0.4) ise 5 tanı aldı. Diğer bir deyişle genel komorbidite tanı oranı ruhsal bozukluğu olanlarda %33.7, genel örnekleme %11.5 olarak bulundu.

**Tablo 2. DSM – IV'e göre anksiyete veya duygudurum bozukluklarının yaygınlığı, s(%)**

---

Herhangi bir Anksiyete veya Duygudurum Bozukluğu	92 (%34.2)
1 tanı alan	64 (%22.7)
2 tanı alan	26 (%8.9)
3 ve üzeri tanı alan	7 (%2.6)
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	64 (%23.8)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	42 (%15.6)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	19 (%7.1)
Panik Bozukluk	14 (5.2)
Özgül Fobi	5 (%1.9)
Sosyal Fobi	3 (1.1)
TSSB	2 (0.7)
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	48 (%17.8)
Major depresyon	36 (%13.4)
Distimik Bozukluk	13 (%4.8)

---



Özgül tanılardan en sık bulunan yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (%15.6) idi. Diğer anksiyete bozukluklarının yaygınlığı sıklık sırasına göre, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7.1, panik bozukluğu %5.2, özgül fobi %1.9, sosyal fobi %1.1, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %0.7 bulundu. Duygudurum bozukluklarından major depresyonun yaygınlığı %13.6 iken, distimik bozukluk %4.8 saptandı (Tablo 2).

Ruhsal bozuklukların başlama zamanına (menopozdan önce veya sonra) bakıldığında, herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu saptanan 92 hastanın 55'inde (%59.8), herhangi bir anksiyete bozukluğu saptanan 64 hastanın 35'inde (%54.7) ve herhangi bir duygudurum bozukluğu saptanan 47 hastanın 27'sinde (%57.4) bozukluğun menopozdan sonra başladığı bulundu. Özgül tanılardan menopozdan sonra başladığı bildirilen en yaygın bozukluk YAB (s=28, genel örneklem için %10.4, tüm yaygın anksiyete bozukluklular için %66.7), ikinci sıklıkta majör depresyonun (s=23, genel örneklem için %8.6, tüm majör depresyonlular için %63.9) olduğu saptandı. Menopozdan sonra başlama oranı distimik bozukluk tanısı alanlarda %30.8 idi. Diğer bozukluklara bakıldığında, panik bozukluğu olan 7 hasta (genel örneklem için %2.6, tüm panik bozuklular için %50), OKB'si olan 2 hasta (genel örneklem için %0.7, tüm OKB'liler için %10.5) hastalıklarının menopozdan sonra başladığını bildirirken, özgül fobi, sosyal fobi ve TSSB'li hastaların hepsi hastalıklarının menopozdan önce başladığını bildirdiler (Tablo 3).

### **6.3. Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkili Etkenler**

Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu ve herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alma ile kötü ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla;  $\chi^2=12.762$ ,  $P=0.002$ ,  $\chi^2=6.80$ ,  $p=0.033$ ). Herhangi bir duygudurum bozukluğu olanlarda ise böyle bir ilişki bulunmadı.

Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu, herhangi bir duygudurum bozukluğu, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alanlarla almayanlar arasında yaş,

menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum ve HYKT alma yönünden anlamlı farklılık saptanmadı. Aynı karşılaştırmalar sırasında, kötü düzeyde ekonomik durumu olanların oranı herhangi bir bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda anlamlı derecede yüksek iken, herhangi bir duygudurum bozukluğu olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6) .

Birden fazla tanısı olanlar (n=31) ve 1 tanısı olanlar (n=61) arasında yaş, menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve HYKT alma yönünden anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 7).

**Tablo 3. Anksiyete veya duygudurum bozukluklarının başlama zamanı, s(%)**

	menopozdan önce	menopozdan sonra
Herhangi bir Anksiyete veya Duygudurum Bozukluğu	41 (%42.7)	55 (%57.3)
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	35 (%50.0)	35 (%50.0)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	14 (%33.3)	28 (%66.7)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	17 (%89.5)	2 (%10.5)
Panik Bozukluk	7 (%50.0)	7 (%50.0)
Özgül Fobi	0	4 (%100)
Sosyal Fobi	0	3 (%100)
TSSB	0	2 (%100)
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	21 (%43.8)	27 (%56.3)
Major depresyon	13 (%36.1)	23 (%63.9)
Distimik Bozukluk	9 (%69.2)	4 (%30.8)

**Tablo 4. Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tanısı alanlarla almayanlar arasında sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması**

	Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalar (s=92)	Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tanısı almayan hastalar (s=177)
Yaş <sup>a</sup> , ort (SS)	50.43±5.96	50.75±5.84
Menopoz yaşı <sup>b</sup> , ort (SS)	46.36±5.17	46.49±4.96
Menopoz süresi <sup>c</sup> , ort (SS)	42.53±36.53	48.70±40.07
Çocuk sayısı <sup>d</sup> , ort (SS)	3.79±2.19	3.49±2.05
Medeni Durum <sup>e</sup> , s (%)		
Evli	80 (%87)	162 (%91.5)
Bekar	0	2 (%1.1)
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	12 (%13)	13 (%7.3)
Eğitim Durumu <sup>f</sup> , s (%)		
İlkokul	83 (%90.2)	150 (%84.7)
Ortaöğretim	7 (%7.6)	16 (%9)
Yükseköğretim	2 (%2.2)	11 (%6.2)
Ekonomik durum <sup>g</sup> , s (%)		
Kötü	33 (%35.9)	36 (%20.3)
Orta	56 (%60.9)	116 (%65.5)
İyi	3 (%3.3)	25 (%14.1)
Mesleki durum <sup>h</sup> , s (%)		
Çalışmıyor	91 (%98.9)	164 (%84.7)
Çalışıyor	1 (%1.1)	13 (%7.3)
Menopoz şekli <sup>i</sup> , s (%)		
Doğal	70 (%76.1)	142 (%80.2)
Cerrahi	22 (%23.9)	35 (%19.8)
HYKT durumu <sup>j</sup> , s (%)		
Almıyor	87 (%94.6)	162 (%91.5)
Alıyor	5 (%5.4)	15 (%8.5)

<sup>a</sup> t= 0.120, p=0.905

<sup>b</sup> t= -0.436, p=0.630

<sup>c</sup> t= 0.869, p=0.385

<sup>d</sup> t= 0.238, p=0.812

<sup>e</sup>  $\chi^2=3.295$ , p=0.192

<sup>f</sup>  $\chi^2=2.399$ , p=0.301

<sup>g</sup>  $\chi^2=12.762$ , p=0.002

<sup>h</sup> Fisher's exact test, p=0.039

<sup>i</sup> Fisher's exact test, p=0.436

<sup>j</sup> Fisher's exact test, p=0.467

**Tablo 5. Herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alanlarla almayanlar arasında sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması**

	Herhangi bir anksiyete bozukluğu hastalar (s=64)	Herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalar (s=205)
Yaş <sup>a</sup> , ort (SS)	49.90±5.86	50.87±5.88
Menopoz yaşı <sup>b</sup> , ort (SS)	45.87±5.22	46.63±4.96
Menopoz süresi <sup>c</sup> , ort (SS)	40.03±37.23	48.64±39.32
Çocuk sayısı <sup>d</sup> , ort (SS)	3.81±2.22	3.53±2.06
Medeni Durum <sup>e</sup> , s (%)		
Evli	57 (%89.1)	185 (%90.2)
Bekar	0	2 (%1.0)
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	7 (%10.9)	18 (%7.3)
Eğitim Durumu <sup>f</sup> , s (%)		
İlkokul	56 (%87.5)	177 (%86.3)
Ortaöğretim	7 (%10.9)	16 (%7.8)
Yükseköğretim	1 (%1.6)	12 (%5.9)
Ekonomik durum <sup>g</sup> , s (%)		
Kötü	22 (%34.4)	47 (%22.9)
Orta	40 (%62.5)	132 (%64.5)
İyi	2 (%3.1)	26 (%12.7)
Mesleki durum <sup>h</sup> , s (%)		
Çalışmıyor	63 (%98.4)	192 (%93.7)
Çalışıyor	1 (%1.6)	13 (%6.3)
Menopoz şekli <sup>i</sup> , s (%)		
Doğal	47 (%73.4)	165 (%80.5)
Cerrahi	17 (%26.6)	40 (%19.5)
HYKT durumu <sup>j</sup> , s (%)		
Almıyor	61 (%95.3)	188 (%91.7)
Alıyor	3 (%4.7)	17 (%8.3)

<sup>a</sup> t= 1.155, p=0.249

<sup>b</sup> t= 1.055, p=0.292

<sup>c</sup> t= 1.549, p=0.123

<sup>d</sup> t=-0.931, p=0.353

<sup>e</sup>  $\chi^2=0.876$ , p=0.645

<sup>f</sup>  $\chi^2=2.426$ , p=0.297

<sup>g</sup>  $\chi^2=6.800$ , p=0.033

<sup>h</sup> Fisher's exact test, p=0.199

<sup>i</sup> Fisher's exact test, p=0.226

<sup>j</sup> Fisher's exact test, p=0.423

**Tablo 6. Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı alanlarla almayanlar arasında sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması**

	Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar (s=47)	Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı almayan hastalar (s=222)
Yaş <sup>a</sup> , ort (SS)	50.55±5.92	50.66±5.88
Menopoz yaşı <sup>b</sup> , ort (SS)	46.74±5.20	46.39±4.99
Menopoz süresi <sup>c</sup> , ort (SS)	42.10±34.53	47.54±39.81
Çocuk sayısı <sup>d</sup> , ort (SS)	3.53±2.13	3.61±2.10
Medeni Durum <sup>e</sup> , s (%)		
Evli	41 (%87.2)	201 (%90.5)
Bekar	0	2 (%0.9)
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	6 (%12.8)	19 (%8.6)
Eğitim Durumu <sup>f</sup> , s (%)		
İlkokul	44 (%93.6)	189 (%85.1)
Ortaöğretim	1 (%2.1)	22 (%9.9)
Yükseköğretim	2 (%4.3)	11 (%5.0)
Ekonomik durum <sup>g</sup> , s (%)		
Kötü	16 (%33.3)	53 (%24.0)
Orta	30 (%62.5)	142 (%64.3)
İyi	2 (%4.2)	26 (%11.8)
Mesleki durum <sup>h</sup> , s (%)		
Çalışmıyor	46 (%97.9)	209 (%94.1)
Çalışıyor	1 (%2.1)	13 (%5.9)
Menopoz şekli <sup>i</sup> , s (%)		
Doğal	34 (%72.3)	178 (%80.2)
Cerrahi	13 (%27.7)	44 (%19.8)
HYKT durumu <sup>j</sup> , s (%)		
Almıyor	45 (%95.7)	204 (%91.9)
Alıyor	2 (%4.3)	18 (%8.1)

<sup>a</sup> t= 1.155, p=0.249

<sup>b</sup> t= 1.055, p=0.292

<sup>c</sup> t= 1.549, p=0.123

<sup>d</sup> t=-0.931, p=0.353

<sup>e</sup>  $\chi^2=1.209$ , p=0.546

<sup>f</sup>  $\chi^2=3.109$ , p=0.211

<sup>g</sup>  $\chi^2=3.551$ , p=0.169

<sup>h</sup> Fisher's exact test, p=0.476

<sup>i</sup> Fisher's exact test, p=0.242

<sup>j</sup> Fisher's exact test, p=0.543

**Tablo 7. Birden fazla tanı alanlar ve 1 tanı alanların sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden karşılaştırılması**

	Birden fazla tanı alanlar (s=92)	Bir tanı alanlar (s=177)
Yaş <sup>a</sup> , ort (SS)	49.80±4.92	50.85±6.40
Menopoz yaşı <sup>b</sup> , ort (SS)	46.29±4.86	46.44±5.34
Menopoz süresi <sup>c</sup> , ort (SS)	33.80±33.83	47.75±38.85
Çocuk sayısı <sup>d</sup> , ort (SS)	3.58±2.18	3.96±2.15
Medeni Durum <sup>e</sup> , s (%)		
Evli	28 (%90.3)	52 (%85.2)
Bekar	0	0
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	3 (%9.7)	9 (%14.8)
Eğitim Durumu <sup>f</sup> , s (%)		
İlkokul	27 (%87.1)	56 (%91.8)
Ortaöğretim	3 (%9.7)	4 (%6.6)
Yükseköğretim	1 (%3.2)	1 (%1.6)
Ekonomik durum <sup>g</sup> , s (%)		
Kötü	8 (%25.8)	24 (%39.3)
Orta	21 (%67.7)	36 (%59.0)
İyi	2 (%6.5)	1 (%1.6)
Mesleki durum <sup>h</sup> , s (%)		
Çalışmıyor	30 (%96.8)	61 (%100)
Çalışıyor	1 (%3.2)	0
Menopoz şekli <sup>i</sup> , s (%)		
Doğal	23 (%74.2)	47 (%77.0)
Cerrahi	8 (%25.8)	14 (%23.0)
HYKT durumu <sup>j</sup> , s (%)		
Almıyor	29 (%93.5)	58 (%95.1)
Alıyor	2 (%6.5)	3 (%4.9)

<sup>a</sup> t= 0.796, p=0.428

<sup>b</sup> t= 0.133, p=0.894

<sup>c</sup> t= 1.738, p=0.086

<sup>d</sup> t= 0.810, p=0.420

<sup>e</sup> Fisher's exact test, p=0.745

<sup>f</sup>  $\chi^2=0.551$ , p=0.759

<sup>g</sup>  $\chi^2=2.795$ , p=0.247

<sup>h</sup> Fisher's exact test, p=0.337

<sup>i</sup> Fisher's exact test, p=0.799

<sup>j</sup> Fisher's exact test, p=1.000

## **7. TARTIŞMA VE SONUÇ**

### **7.1. Sosyodemografik Özellikler**

Bu çalışmaya alınan kadınların %90'ı evli, %86.6'sı ilkokul mezunu, %94.8'i işsiz ve ortalama çocuk sayısı 3.5 olarak bulunmuştur. Daha önce ülkemizde 40 yaş üstündeki kadınlarda depresyonun yaygınlığını araştıran bir saha çalışmasında bulgularımıza benzer şekilde kadınların %74.5'i evli, %88.7'si ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, %95.2'si işsiz ve yaklaşık yarısının 3-4 çocuğu olduğu bildirilmektedir (108). Örneklemimizde menopoza girme yaşı  $46.45 \pm 5.02$  yıl idi. Literatürde de benzer rakamlar bildirilmektedir (14,16).

### **7.2. Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının Mevcut Yaygınlığı ve Komorbiditesi**

Bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla kadın hastalıkları polikliniğine başvuranlardan menopoz sonrası dönemde olan kadınlarda yapılandırılmış klinik görüşme kullanarak duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığının araştırıldığı ilk çalışmadır.

Çalışmamızda en sık rastlanan tanı grubu anksiyete bozuklukları olup yaygınlığı %23.8 bulundu. Anksiyete bozuklukları ile ilgili menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda yürütülmüş yeterli çalışma bulunmamaktadır. Genel toplumda yapılan bir araştırmada kadınlarda son 6 ay içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluk %12.8 yaygınlık ile anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmektedir (109). Genel toplumdaki yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise kadınlarda anksiyete bozukluklarının mevcut yaygınlığı %18.1 bulunmuştur (110). Bu oran, çalışmamızda elde edilen orandan düşük görünmektedir. Çalışmamızın kliniğe başvuran kadınlarda yürütülmüş olması bu farklılığı açıklayabilir.

Örneklemimizde herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %17.5 bulundu. Vicente ve arkadaşları (109) genel toplumda kadınlarda herhangi bir duygudurum bozukluğunun nokta yaygınlığını %8.6 bildirmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda yapılan çalışmalarda ise ölçek skorlarına dayalı olarak duygudurum belirtilerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (28, 3).

Çalışmamızda en sık saptanan özgül tanının %15.6 oran ile YAB olduğu gözlemlendi. Ülkemizde yaşlı kadınlarda yapılan bir saha çalışmasında YAB %12.2 oranında ve aynı yaş grubundaki erkeklerden yaklaşık 4 kat daha fazla bulunmuştur (110). Daha önceki çalışmalarda YAB'ın ev hanımlarında ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (111,112). Çalışmamızda YAB'ın yüksek oranda ortaya çıkması bizim örneklemimizin büyük çoğunluğunun ev hanımı ve ilkokul mezunu olması ile açıklanabilir. Ayrıca, örneklemimizin menopoz dönemindeki diğer bir deyişle orta ve üzeri yaşlara sahip kadınlardan oluşması YAB'ın yaygın bulunmasının diğer bir nedeni olabilir. Zira çalışmalar YAB'ın gençlere nazaran yaşlılarda daha yaygın olduğunu göstermektedir (112).

Örneklemimizde ikinci en sık yaygınlıkta görülen bozukluk %13.4 oranı ile major depresyon idi. Cohen ve arkadaşları (28) yapılandırılmış klinik görüşme ile menopozal dönemdeki kadınlarda depresyonun yaygınlığını bulgularımıza benzer şekilde %16.6 bildirmektedirler. Bu çalışma sonuçları ve bulgularımız göz önüne alındığında, klinik örneklemdeki major depresyon yaygınlığının, genel toplumda yaşlılarda bildirilenden (%4.0) daha yüksek olduğu söylenebilir (110).

OKB'nin yaygınlığı %7.1 oranında bulundu. Bildiğimiz kadarıyla menopoz sonrası kadınlarda OKB yaygınlığı ile ilgili yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. OKB yaygınlığının genel toplumdaki yaşlı kadınlarda %0.5-1.2 olduğu bildirilmektedir (113,114). Ayrıca bu çalışmanın yürütüldüğü Konya il merkezinde 45-64 yaş aralığında 12 aylık OKB yaygınlığının %4.3 olduğu bulunmuştur (115). Çalışmamızda bulunan oranın toplumdaki oranlardan yüksek olması, çalışmalardaki örneklemelerin farklı olmasından kaynaklanabilir. Önceki çalışmalarda kadınlar menopoz öncesi veya sonrası olarak gruplandırılmamıştır ve bu çalışmalar genel toplumda yürütülmüştür.

Panik bozukluğun yaygınlığı %5.2 olarak saptandı. Çalışmamızda panik bozukluk olmadan agorafobiye rastlanmamıştır. Bulgularımıza benzer şekilde, Sivas'ta yapılan bir



çalışmada, genel nüfusta panik bozukluğun 1 yıllık yaygınlığı %4.3 ve yaşam boyu yaygınlığı %5.1 oranında saptanmıştır (116). Bu durum toplumda bulunan veya kliniğe başvuran benzer yaşlardaki kadınlarda panik bozukluğu yaygınlığının büyük farklılık göstermediğini ve panik bozukluğu olanların tıbbi yardım arayışına daha fazla girdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda özgül fobinin yaygınlığı %1.9 idi. Ülkemizde ise genel nüfusda özgül fobinin 1 yıllık yaygınlığı %6.9, yaşam boyu yaygınlığı %7.1 bildirilmektedir (116). Yaşlı kadınlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise özgül fobi yaygınlığı %11.5-12.9 bulunmuştur (111,113). Bu oranlar bizim bulgularımızdan yüksektir. Bulgularımız ayrıca özgül fobi varlığının hastalarda tıbbi başvuru için yeterli olmadığını da düşündürmektedir.

Sosyal fobinin yaygınlığı %1.1 olarak saptandı. Çalışmamızdaki bu oranla uyumlu olarak Fransa'da yaşlı kadınlarda sosyal fobinin nokta yaygınlığı %1.5 bildirilmektedir. Sivas'da yapılan çalışmada ise bu oran yaşlı kadınlarda %2.8 bulunmuştur (111).

TSSB'nin yaygınlığı %0.7 saptandı. Bu konuda az sayıda veri bulunmakta birlikte, yaşlı kadın nüfusunda yapılan bir çalışmada TSSB'nin mevcut yaygınlığı %2.1, yaşam boyu yaygınlığı %3.0 olarak bildirilmektedir (111). Çalışmamızdaki orana benzer şekilde, yaşlı nüfusunda yapılan bir alan çalışmasında ise TSSB'nin 6 aylık yaygınlığı %1 bulunmuştur (117).

Distimik bozukluğun yaygınlığı %4,8 bulundu. Vicente ve arkadaşları (109), genel nüfustaki kadınlarda distimik bozukluğun 6 aylık yaygınlığı %4.8 ve 1 aylık yaygınlığı %4.2 olarak saptamış olup bulgularımızla uyumludur.

### **7.3 Ruhsal Bozuklukların Menopozdan Sonra Başlama Sıklığı**

Bildiğimiz kadarıyla, psikiyatrik bozuklukların menopozdan sonra başlama sıklığı konusunda bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada psikiyatrik bozuklukların başlama zamanları (menopozdan önce veya sonra) geriye dönük olarak sorgulandığında, psikiyatrik

bozuklukların önemli kısmının (ruhsal bozukluk saptananlarda %59.8, genel örnekleme %20.4) menopoza sonrası dönemde ortaya çıktığı gözlenmektedir. Bu durum menopoza girmiş olmanın kadınlarda psikiyatrik bozukluklar için bir risk etkeni olduğunu düşündürmekle birlikte, bunu daha sağlıklı değerlendirebilmek için kontrollü izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Özgül bozuklukların menopoza sonrası dönemde başlama oranları ile ilgili az sayıda da olsa çalışma bulunmaktadır. Örnekleminizde OKB'li kadınların %10.5'inde OKB'nin menopoza sonra başladığı bulundu. Labad ve arkadaşları (118) da bu oranı benzer şekilde %9 olarak bildirmektedir. Çalışmamızda panik bozukluğunun menopoza sonra ortaya çıkma oranı %50 idi. Menopoz polikliniğine başvuran 40-60 yaşları arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada panik bozukluğu olan kadınların %62'sinde bozukluğun menopoza sonra başladığı bildirilmektedir (76). Araştırmamızda, menopoza sonra ortaya çıktığı bildirilen en sık bozukluk yaygın anksiyete bozukluğu idi (%66.7). Literatürde, yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığının kadınlarda orta yaşla (45 yaş üzeri) birlikte arttığı bildirilmektedir (112). Ölçek skorlarına dayalı yapılan çalışmalarda ise, menopoza geçiş dönemindeki kadınların yaklaşık yarısında anksiyete şikayetlerinin olduğu (37), menopoza dönemindeki kadınlarda henüz menopoza girmemiş kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek anksiyete skorlarının bulunduğu gösterilmiştir (39).

Bu çalışmada major depresyon tanısı alanların çoğunluğu (%63.9) hastalıklarının menopoza sonra başladığını bildirdi. Bu konuda daha önce yapılmış yeterli bir çalışma olmamakla birlikte, Freeman ve arkadaşları (45), henüz menopoza girmemiş kadınlarda menopoza öncesi dönemden menopoza geçiş boyunca depresif belirti düzeylerinin arttığını ve menopoza sonrası dönemde ise azaldığını göstermiştir. Benzer şekilde, menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda yapılan izlemsel bir çalışmada, depresyon tanısı alan kadınların çoğunluğunda depresyonun menopoza geçişin son döneminde ortaya çıktığı bulunmuştur

(10). Bu konuda yapılan çalışmaların bir kısmında, menopoza geçiş döneminin depresyonun artmış bir riskiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (5,28,33).

Çalışmamızdaki YAB, OKB ve özgül fobi yaygınlık oranları ile literatürdeki yaygınlık oranları arasında önemli farklar bulunmaktadır. Bu farklılık, bizim örneklemimizin menopoz polikliniğine başvuran hastalardan oluşmasına bağlı olabilir. Zira ruhsal bozukluklara sahip bireylerin daha fazla tıbbi yardım arayışı içine girmesi beklenir. Ayrıca çalışmalarda farklı tanı araçlarının kullanılması, katılımcıların kültürel yapılarının farklı olması da bu oranları etkileyebilir.

#### **7.4. Komorbidite**

Çalışmamızda 1 tanı alanların oranı %22.7, 2 tanı alanların oranı %8.9, 3 ve üzerinde tanı alanların oranı ise %2.6 idi. Vicente ve arkadaşlarının yaptığı topluma dayalı bir saha çalışmasında 2 tanı olma oranı %13.9, 3 ve daha fazla sayıda tanı alma oranı %11 olarak bildirilmektedir (109). Aynı çalışmada 3 ve daha fazla tanı alma oranının kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu, bu oranın 64 yaş ve üzerindekilerde belirgin düzeyde düştüğü, boşanmış, dul veya bekarların evlilere göre daha fazla ek tanı aldığı ve düşük eğitim düzeyi ile ek tanı alma arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda, ek tanı alma ile yaş, menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, meslek ve HYKT durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

#### **7.5. İlişkili Etkenler**

Kadınlarda ergenlik dönemiyle birlikte anksiyete ve duygudurum bozukluklarının yaygınlığı erkeklere göre belirgin düzeyde artmaktadır (109). Bu durum, kadınların hormonal değişikliklerin olduğu reproduktif döngülere sahip olmasıyla ilişkili gibi görünmektedir (119). Menopoz dönemindeki kadınlarda bildirilen anksiyete ve duygudurum bozukluklarındaki artış (4,5), bu dönemdeki hormonal değişikliklerle birlikte emeklilik,

çocukların evden ayrılması, kronik fiziksel hastalıklar, işlevsellikte azalma gibi sıklıkla orta yaş döneminde ortaya çıkan sorunlarla da ilişkili olabilir (7).

Birçok çalışmada kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anksiyete bozuklukları ve depresyon yaygınlığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (114,120). Çalışmamızda menopoz sonrası kadınlardaki ruhsal bozukluklar ile kronik hastalık ilişkisi araştırılmadı.

Düşük eğitim düzeyi yaşlılarda ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlara yönelik destek almayı engelleyerek ruhsal bozukluklarının sıklığını arttırabilir (121). Bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyi ile anksiyete bozuklukları ve depresyonun ilişkili olduğu bildirilmiştir (109,121). Bu çalışmada, herhangi bir anksiyete veya duygudurum bozukluğu tanısı alanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde kötü ekonomik duruma sahip oldukları bulunurken, gruplar arasında yaş, menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve HYKT durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Daha önceki çalışmalarda anksiyete bozukluklarının kadınlarda orta yaş dönemiyle birlikte (35-64) arttığı bildirilmektedir (109,112). Beekman ve arkadaşları (114), yaşlılarda anksiyete bozukluklarının yalnız yaşama, sosyal destek azlığı, yakın zamanda ailede kayıp olması, kronik fiziksel hastalıklar ve kötü sağlık algısı ile ilişki olduğunu göstermiştir. Topluma dayalı bir saha çalışmasında ise düşük gelir düzeyi ve medeni durum (bekar, dul veya ayrı yaşama) ile anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (109).

Cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda doğal yolla girenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek anksiyete skorları bildirilmektedir (40). Aydemir ve arkadaşları (122) ise depresyon ve menopoza girme şekli arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Çalışmamızda herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde kötü ekonomik duruma sahip oldukları bulunurken, gruplar arasında yaş, menopoz yaşı, menopoz

süresi, menopoz şekli, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve HYKT durumu ile herhangi bir ilişki gözlenmedi. Bulgularımız HYKT 'nin menopoz sonrası dönemde anksiyete bozuklukları riskinin azalması ya da artması ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Ancak tüm menopozlu kadınların sadece %7.4'ünün HYKT alıyor olması bulgularımızı yorumlamayı güçleştirmektedir. Ayrıca çalışmamızda saptanan ekonomik düzey bireylerin algıladığı düzeydir. Bu çalışmada ekonomik düzeyi belirleyici objektif ölçütler bulunmamaktadır. Bu da sınırlayıcı bir etken olarak kabul edilebilir.

Bazı araştırmacılar, kadınlarda depresyon yaygınlığının yaş arttıkça anlamlı düzeyde arttığını bildirmiştir (108). Bazıları ise depresif belirtilerin yaygınlığında yaşın önemli bir etkisinin olmadığını, yaşın etkilerinin yaşla birlikte artan kronik sağlık sorunları ve işlevsel yetersizlikten dolayı olduğunu belirtmiştir (120). Stordal ve arkadaşları depresyon yaygınlığında en önemli değişkenin ileri yaşlarda düşük eğitim düzeyi olduğunu bulmuştur (123). Ailenin çok sayıda çocuğu olması barınma, beslenme, eğitim gibi sorunlarla birlikte hiç çocuk olmaması da yalnızlık, yetersizlik düşünceleri gibi olumsuz durumlara yol açabilir. Harlow ve arkadaşları (124), çocuğu olmayanlara göre bir ve daha çok çocuğu olanlarda depresyon riskinin daha az olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada boşanmış, dul veya ayrı yaşayan kadınların evlilere göre depresif belirtilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınlarda yapılan izlemsel bir çalışmada ise yüksek depresyon skorları ile meslek, medeni durum, sigara içme, sıcak basmaları ve BMI arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, bu kadınlardan depresyon tanısı alanlarda bu ilişkin yalnızca yüksek BMI için devam ettiği gözlenmiştir (5).

Ünsal ve arkadaşları (108), erken yaşta menopoza girmenin depresyon için önemli risk etkenlerinden biri olduğunu belirtmektedir. Buna karşın menopoza geç girmiş kadınlarda depresyon yaygınlığını daha yüksek bulan çalışmalar da vardır (119). Bazı yazarlar menopoza geçiş döneminin uzun sürmesi (27 aydan daha fazla) ile menopozal depresyon arasında

anlamli bir ilişki bildirmektedir (31). Bazı yazarlara göre ise premenstrüel sendrom ve özellikle de geçmiş depresyon öyküsü, menopozdaki depresif belirtilerin en güçlü yordayıcısı olarak görünmektedir (27,31,45). Menopoz döneminde ortaya çıkan gece terlemesi, sıcak basmaları gibi vazomotor belirtileri olan kadınların yaklaşık üçte birinde aynı zamanda depresif belirtiler de olduğu ve bunların %20'sinin depresyon tanısı aldığı bulunmuştur (28). Menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda vazomotor belirtiler ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda bu ilişkinin bulunmadığı bildirilmiştir (61). Menopoz döneminde HYKT'nin depresif belirtiler üzerine etkisini araştıran çalışmaların bir kısmında HYKT alanların almayanlara göre anlamlı düzeyde daha az depresif belirtileri olduğu bulunurken (80), bir kısmında ise iki grup arasında depresyon açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (81). Araştırmamızda herhangi bir duygu durum bozukluğu tanısı alanlarla almayanlar arasında yaş, menopoz yaşı, menopoz süresi, menopoz şekli, ocuk sayısı, medeni durum, ekonomik durum, eğitim düzeyi, meslek ve HYKT alma yönünden herhangi bir farklılık bulunmadı. Bu çalışmada vazomotor belirtilerin, geçmiş ruhsal bozukluklar ve premenstrüel sendrom öyküsünün etkisi araştırılmamıştır.

## **7.6. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamızın diğer bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak bizim rnekleminiz nispeten küçük olup menopoz kliniğine başvuran kadınlardan oluşmaktadır ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların tümünü temsil etmeyebilir. Bu nedenle genel toplumda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. İkincisi, çalışmamız kesitsel nitelikte olup duygudurum veya anksiyete bozukluklarının başlama zamanı hastaların öznel bildirimlerine göre belirlendi. Menopoza geçiş döneminde yapılacak izlemsel çalışmalar, menopoz döneminde görülen hastalıkların başlangıç ve seyri hakkında daha doğru bilgiler verecektir. Üçüncüsü, menopoz döneminde ortaya çıkan vazomotor belirtilerin şiddetini ve kadınların menopoza ilişkin tutumlarını değerlendirecek ölçekleri bu çalışmada kullanmadık. Bu tür ölçeklerin

kullanılması, ruhsal belirtilerin vazomotor belirtilerle ve menapoza ilişkin tutumlar üzerinde etkili olan kültürel etkenlerle ilişkili olup olmadığını anlamada yararlı olacaktır. Son olarak, aynı sosyodemografik özelliklere sahip olan ve henüz menopoza girmemiş kadınlardan oluşan bir kontrol grubunun olmaması çalışmamızın en önemli sınırlılığıdır. Orta yaş dönemindeki kadınlarda bazı anksiyete bozukluklarında ve depresyonun görülme sıklığında artış olduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve klinik özellikleri bakımından menopoz öncesi ve sonrası dönemlerde bulunan kadınlar arasında herhangi bir farklılık olup olmadığını tespit etmek, menopoz ve ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için kontrol grubuna ihtiyaç vardır.

### **7.7. Sonuç**

Sınırlılıklarına rağmen, bu çalışmanın bulguları kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaygınlıklarının, genel toplumda yaşayan benzer yaş grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular dikkate alındığında menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların yakından izlenmelerinin koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından faydalı olacağı söylenebilir. Genel beden sağlığıyla ilgili düzenli muayene ve incelemelerin yanı sıra depresif ve anksiyete şikayetleri mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca bu dönemde, menopoza ilişkin bilgilendirme ve eğitim amaçlı programlar, destek grupları kadınların bu yeni yaşam dönemine hem bedensel hem de ruhsal yönden daha iyi hazırlanmalarını sağlayabilir.

## 8. ÖZET

### **Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenler**

**Amaç:** Bu çalışmada kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenlerin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran menopoz tanısı alan ardışık 269 kadın alındı. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve jinekolojik öyküleri kaydedildikten sonra ruhsal bozuklukları saptamak için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I / CV) uygulandı.

**Bulgular:** İki yüz altmış dokuz kadının 92'si (%34.2) herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu, 64'ü (%23.8) herhangi bir anksiyete bozukluğu, 47'si (%17.5) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı aldı. Özgül tanılardan en sık bulunan bozukluklar yaygın anksiyete bozukluğu (%15.6) ve majör depresyon (%13.6) idi. Obsesif kompulsif bozukluk (%7.1), panik bozukluğu (%5.2) ve distimik bozukluk (%4.8) diğer sık görülen bozukluklardan idi. Ruhsal bozukluk saptanan 92 kadının 61'i (%66.3) bir, 24'ü (%26.1) iki, 7'si (%7.7) üç ve üzerinde tanı aldı. Hastaların %57.3'ü ruhsal bozukluğun menopoz sonrası dönemde geliştiğini bildirdi. Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu ve herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alanların almayanlara göre anlamlı düzeyde kötü ekonomik duruma sahip oldukları saptandı. Ruhsal bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında diğer sosyodemografik özellikler, menopoz yaşı, süresi ve şekli, çocuk sayısı ve hormon yerine koyma tedavisi yönünden anlamlı fark bulunmadı.

**Sonuç:** Bulgularımız kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygın olduğunu göstermektedir.



## 9. İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)

### **Prevalence and related factors of mood and anxiety disorders in postmenopausal women who attended to a gynecology outpatient clinic**

**Objective:** This study aimed to investigate the prevalence and related factors of mood and anxiety disorders in postmenopausal women who admitted to a gynecology outpatient clinic.

**Method:** Two hundred sixty nine subjects for the present study were recruited from postmenopausal women consecutively admitted to the Gynecology Outpatient Clinic of Meram Faculty of Medicine of Selcuk University. After the sociodemographic characteristics and gynecological history of the participants were recorded, the Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version (SCID-I / CV) was performed to determine the psychiatric disorders.

**Results:** Ninety-two (34.2%) of 269 postmenopausal women had any mood or anxiety disorders, 64 (23.8%) had any anxiety disorder, and 47 (17.5%) had any mood disorder. The most common specific disorders were generalised anxiety disorder (15.6%) and major depression (13.6%). Obsessive-compulsive disorder (7.1%), panic disorder (5.2%) and dysthymic disorder (4.8%) were other frequent disorders. Of those with any psychiatric disorder, 61 (66.3%) had one disorder, 24 (26.1%) had two disorders, 7 (7.7%) had three or more disorders. Fifty-five (55.7%) of the patients reported that their disorder developed after the menopause. There was a significantly relationship with poorer economic level of any anxiety or mood disorders and any anxiety disorders who postmenopausal women. There was no significant difference between the groups with and without psychiatric disorders with respect to other sociodemographic features, age, duration and type of the menopause, number of children, and hormone replacement treatment.

**Conclusion:** Our findings suggested that mood and anxiety disorders were prevalent in postmenopausal women who attended to a gynecology outpatient clinic.

## 10. KAYNAKLAR

1. Marcus SM, Young EA, Kerber KB, Kornstein S, Farabaugh AH, Mitchell J, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Trivedi MH, Rush AJ. Gender differences in depression: findings from the STAR\*D study. *J Affect Disord* 2005; 87: 141–50.
2. Deecher D, Andree TH, Sloan D, Schechter LE. From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 3–17.
3. Stone AB, Pearlstein TB: Evaluation and treatment of changes in mood, sleep, and sexual functioning associated with menopause. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1994; 21: 391–403.
4. Sağsöz N, Oğuztürk O, Bayram M, Kamacı M. Anxiety and depression before and after the menopause. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 264: 199-202.
5. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375–82.
6. Carranza-Lira SU, Valentino-Figueroa ML. Estrogen therapy for depression in postmenopausal women. *Int J Geriatr Psychiatry & Obstetrics* 1999; 65: 35-8.
7. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Plén GW, Nelson DB, Sheng L. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol* 2007; 110 :230-40.
8. Amore M, Di Donato P, Papalini A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, Chirico C, De Aloysio D. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas* 2004; 48(2): 115-24.
9. Jones NL, Judd HL. Menopause & Postmenopause. *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. Ninth edition, DeCherney AH, Nathan L (eds). United States of America, The McGraw-Hill Companies, 2003: 1018-40.

10. Steinberg EM, Rubinow DR, Bartko JJ, Fortinsky PM, Haq N, Thompson K, Schmidt PJ. A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(6): 973-80.
11. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas* 1992; 14(2): 103-15.
12. Berga SL, Parry BL. Psychiatry and reproductive medicine, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Seventh edition, Sadock BJ, Sadock VA (Eds), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2000: 1935-52.
13. Conde DM, Pinto-Neto AM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22(8): 441-6.
14. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1993 yılı verileri.
15. Özkan S: *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. Birinci baskı, İstanbul, Roche, 1993.
16. Avis NE, McKinlay SM: A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: result from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13: 65-79.
17. Öncüoğlu HE, Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. *Depresyon Dergisi* 1997; 2:43-49.
18. Kaplan HI, Sadock BJ: *Synopsis of Psychiatry*. Eighth edition, Baltimore, Williams&Wilkins, 1998: 797-828.
19. Woods A, Mitchell ES. Patterns of depressed mood across the menopausal transition, approaches to studying patterns in longitudinal data. *Acta Obstet Gynecology Scand* 2002; 81: 623-32.
20. Paoletti AM, Floris S, Mannias M, Orru M, Crippa D, Orlandi R, Del Zombo MM, Melis GB. Evidence that cyproterone acetate improves psychological symptoms and enhances the

activity of the dopaminergic system in postmenopause. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 608-12.

21. Sukwatana P, Meekhangvan J, Tamrongterakul T, Tanapat Y, Asavarait S, Boonjitrpimon P. Menopause related symptoms among Thai women in Bangkok. *Maturitas* 1991; 13:217-18.

22. Nicol-Smith L. Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996; 313: 1229-32.

23. Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 773-87

24. Birkhauser M. Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? *Maturitas* 2002; 41: 3–8.

25. Osborn M. Depression at the menopause. *Br J Hosp Med* 1984;32: 128–9.

26. Weissman MM, Myers JK. Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 57(3) :219-31.

27. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 513–6.

28. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for New Onset of Depression During the Menopausal Transition. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 385-90.

29. Schmidt PJ. Mood, depression, and reproductive hormones in the menopausal transition. *Am J Med* 2005 ;118 :54– 8.

30. Maartens LW, Leusink GL, Knottnerus JA, Smeets CG, Pop VJ. Climacteric complaints in the community. *Fam Pract* 2001; 18: 189– 94.

31. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214– 20.

32. Parry BL. Perimenopausal Depression. *Am J Psychiatry* 2008; 165(1): 23-7.

33. Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2238-44.
34. Robinson GE. Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs* 2001; 15: 175-84.
35. Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1025-28.
36. Gold EB, Colvin A, Avis N. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Public Health* 2006; 96(7): 1226-35.
37. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, Kagawa-Singer M. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001; 52(3): 345-56.
38. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001; 91(9): 1435-42.
39. Baker A, Simpson S, Dawson D. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. *J Psychosom Res* 1997; 43: 359-69.
40. Rocca WA, Grossardt BR, Geda YE, Gostout BS, Bower JH, Maraganore DM, Andrade M, Melton LJ. Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2008; 15(6): 1-10.
41. Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öniz A, Kindiroğlu N. Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Derg.* 2004; 15(3):199-207.
42. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S. Symptoms in the menopausal transition: hormone and behavioral correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 111(1): 127-36.

43. Woods NF, Mitchell ES. Patterns of depressed mood in midlife women: Observations from the Seattle Midlife Women Health Study. *Res Nurs Health* 1996; 19: 111–23.
44. Freeman EW, Sammel MD, Rinaudo PJ, Sheng L. Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 960-66.
45. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and Menopausal Status as Predictors of Depression in Women in Transition to Menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 62-70.
46. Stewart DE, Boydell KM. Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23: 157-62.
47. McEwen BS, Davis PG, Parsons B, Pfaff DW. The brain as a target for steroid hormone action. *Annu Rev Neurosci* 1979; 2: 65–112.
48. Biegon A, McEwen BS. Modulation by estradiol of serotonin receptors in brain. *J Neurosci* 1982; 2:199–205.
49. Tonnaer JA, Leinders T, van Delft AM. Ovariectomy and subchronic estradiol-17 $\beta$  administration decrease dopamine D1 and D2 receptors in rat striatum. *Psychoneuroendocrinology* 1989; 14: 469–76.
50. Lippert TH, Filshie M, Muck AO, Seeger H, Zwirner M. Serotonin metabolite excretion after postmenopausal estradiol therapy. *Maturitas* 1996; 24: 37-41.
51. Richardson TA, Robinson RD. Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2000; 7: 215-23.
52. Schmit PJ, Rubinow DR. Menopause-related affective disorders: a justification for further study. *Am J Psychiatry* 1994; 148: 844-52.
53. Young EA, Midgley AR, Carlson NE, Brown MB. Alteration in the hypothalamic-pituitary ovarian axis in depressed women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 :1157-62.

54. Halbreich U. Gonadal hormones, reproductive age, and women with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1163-64.
55. Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Trial. *JAMA* 2002; 287: 591-7.
56. Brambilla F, Maggioni M, Ferrari E, Scarone S, Catalano M. Tonic and dynamic gonadotropin secretion in depressive and normothymic phases of affective disorders. *Psychiatry Res* 1990; 32: 229 –39.
57. Barrett-Conner E, Vonmuhlen D, Laughlin GA, Kripke A. Endogenous levels of dehydroepiandrosterone sulfate are associate with depressed mood in older women: the Rancho Bernardrdo study. *J Am Ger Soc* 1999; 47(6): 685-91.
58. Almeida OP, Lautenschlager N, Vasikaram S, Leedman P, Flicker L. Association between physiological serum concentration of estrogen and the mental health of community-dwelling postmenopausal women age 70 years and older. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(2): 142–9.
59. Saletu B, Brandstatter N, Metka M, Stamenkovic M, Anderer P, Semlitsch HV. Hormonal syndromal and EEG mapping studies in menopausal syndrome patients with and without depression compared with controls. *Maturitas* 1996; 23: 91–105.
60. Campbell S, Whitehead M. Estrogen therapy and the menopausal syndrome. *Clin Obstet Gynaecol* 1977; 4: 31-47.
61. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, Cohen LS. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause* 2002; 9: 392–8.
62. Freedman RR, Roehrs TA. Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. *Menopause* 2006; 13: 576-83.

63. Parry BL, martinez LF, Maurer EL, Lopez AM, Sorenson DL, Meliska CJ. Sleep, rhythms, and women's mood, part 2: menopause. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 197-208.
64. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 719-27.
65. Çevik A. Menopozla birlikte ortaya çıkan sorunlar. *Psycho Med* 1996; 2: 99-101.
66. Kuh D, Hardy R, Rodgers B, Wadsworth MEJ. Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1957-73.
67. Weber GG. Cross-cultural menopause: A study in contrast. A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE (eds) Washington DC, American Psychiatric Pres. 1997: 45-61.
68. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Relationship between menopausal symptoms and menopausal status in Australian and Japanese women: Preliminary analysis. *Nurs Health Sci* 2004;6:173-80.
69. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 114-9.
70. Işık E. Psikiyatrik yönden menopoz. S Özkan, M Özkan (Eds): *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1996-1997'de, birinci baskı, İstanbul, 1997: 54-7.*
71. Kaplan HI, Sadock BJ: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eighth edition, Giza, Mass Publishing Co. 1998: 809.*
72. Ishimaru-Tseng TV. Evaluation of late onset bipolar illness during menopause. *Hawaii Med J* 2000; 59: 51-3.
73. Sajatovic M, Friedman S, Schuermeyer IN, Safavi Roknedin, Ignacio RV, Hays R, West JA, Blow FC. Menopause Knowledge and Subjective Experience Among Peri- and Postmenopausal Women With Bipolar Disorder, Schizophrenia and Majör Depression. *J Nerw Ment Dis* 2006; 194: 173-8.



74. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck PE. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 284–7.
75. Blackmore ER, Craddock N, Walters J, Jones I. Is the perimenopause a time of increased risk of recurrence in women with a history of bipolar affective postpartum psychosis? A case series. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 75-8.
76. Claudia P, Andrea C, Chiara C, Stefano L, Giuseppe M, Vincenzo DL, Felice P, Paolo C. Panic disorder in menopause: a case control study. *Maturitas* 2003; 48(2): 147-54.
77. Smoller JW, Pollack MH, Smoller SW, Barton B, Hendrix SL, Jackson RD, Dicken T, Oberman A, Sheps DS. Prevalence and Correlates of Panic Attacks in Postmenopausal Women. *Arch. Intern Med* 2003; 163: 2041-50.
78. Vulinc NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21(3): 171-5.
79. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, Everson-Rose SA, Gold EB, Sowers M, Randolph JF. Depressive symptoms during the menopausal transition: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007; 103: 267–72.
80. Schmidt PJ, Nieman L, Danaceau MA. Estrogen replacement in perimenopause-related depression: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 414–20.
81. Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, Katz I, Tweedy K, Battistini M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 406–12.
82. Yazıcı K, Pata O, Yazıcı A, Aktaş A, Tot S. The effects of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:101-05.

83. Soares CN, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 529–34.
84. Greene R, Dixon W. The role of reproductive hormones in maintaining cognition. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29: 437-53.
85. Palinkas L, Barret-Connor E. Estrogen use and depressive symptom in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 30-6.
86. Sherwin B. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 72: 336-43.
87. Brady K. Depression treatment in postmenopausal women. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting Day 4, May 17, 2000.
88. Holst J, Backstrom T, Hammerbach S, Von Schoultz B. Progestogen addition during oestrogen replacement therapy-effects on vasomotor symptoms and mood. *Maturitas* 1989; 11: 13-19.
89. Lindamer LA, Buse DC, Lohr JB, Jeste DV. Hormone replacement therapy in postmenopausal women with schizophrenia: positive effect on negative symptoms? *Biol Psychiatry* 2001; 49(1): 47-51.
90. Kulkarni J, de Castella A, Smith D, Taffe J, Keks N, Topolov C. A clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women. *Schizophr Res* 1996; 20(3): 247-52.
91. Archer JSM. Relationship between estrogen, serotonin and depression. *Menopause* 1999; 6: 71-8.
92. Oishi A, Mochizuki Y, Otsu R, Inaba N. Pilot study of fluvoxamine treatment for climacteric symptoms in Japanese women. *BioPsychoSoc Med* 2007; 1: 12.
93. Stearns V, Beebe K, Iyengar M, Dube E. Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 2827-34.

94. Luukkonen ES, Koivunen R, Sundström, Bloigu R, Karjalainen E, Haïva-Maïllinen L, Tapanainen JS. Citalopram and fluoxetine in the treatment of postmenopausal symptoms: a prospective, randomized, 9-month, placebo-controlled, double-blind study. *Menopause* 2005; 12(1): 18-26.
95. Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressants, part 2: estrogen as an adjunct to antidepressants treatment. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 4): 15-24.
96. Schneider LS, Small GW, Hamilton SH, Bystritsky A, Nemeroff CB, Meyers BS. Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multicenter geriatric depression trial. Fluoxetine Collaborative Study Group. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997; 5: 97-106.
97. Berlanga C, Mendieta D, Alva G, Lara MC. Failure of Tibolone to Potentiate the Pharmacological Effect of Fluoxetine in Postmenopausal Major Depression. *J Womens Health* 2003; 12(1): 33-9.
98. Rasgon NL, Dunkin J, Fairbanks L, Altshuler LL, Troung C, Elman S, Wroolie TE, Brunhuber MV, Rapkin A. Estrogen and response to sertraline in postmenopausal women with major depressive disorder: A pilot study. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 338-43.
99. Sloan DM, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 581-94.
100. Pinkerton JV, Pastore LM. Perspective on menopausal vasomotor symptoms, CAM, and SWAN. *Menopause* 2007; 14: 601-5.
101. Reddy SY, Warner H, Guttuso T, Messing S, DiGrazio W, Thornburg L, Guzick DS. Gabapentin, Estrogen, and Placebo for Treating Hot Flashes. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 41-8.
102. Huntley AI, Ernst E. Soy for the treatment of perimenopausal symptoms-a systematic review. *Maturitas* 2004; 47:1-9.
103. Geller SE, Studee L. Botanical and dietary supplements for mood and anxiety in menopausal women. *Menopause* 2007; 14: 541-549.

104. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 108-12.
105. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
106. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirli çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-36.
107. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme. Çorapçioğlu A (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
108. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 148-55.
109. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299-305.
110. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger JP. Prevalence of DSM-IV Psychiatric disorder in the French elderly population. *B J Psychiatry* 2004; 184: 147-52.
111. Kımızioğlu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı. Uzmanlık tezi 2006.
112. Wittchen HU, Zhao S, Kesler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51(5): 355-64.
113. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger P. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 47-52.

114. Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJ, Van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 717-26.
115. Cilli AS, Telcioğlu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 367-74.
116. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas. 1995.
117. van Zelst WH, de Beekman AT, Deeg DJ, van Dyck R. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom* 2003; 72(6): 333-42.
118. Labad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 428-35.
119. Woods NF, Smith-Dijulio K, Percival DB, Tao EY, Taylor HJ, Mitchell ES. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16: 667-77.
120. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52: 252-8.
121. Ku YC, Liu WC, Tsai YF. Prevalence and risk factors for depressive symptoms among veterans home elders in Eastern Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 1181-6.
122. Ö Aydemir, E Yağcı, L Gülseren, S Kültür. Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10(4): 268-74.
123. Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 132-41.

124. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 418-24.

## 11. EKLER

### Hasta Bilgi Formu

Adı:

Soyadı:

Tel:

Yaşı:

Medeni durumu: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış/ayrı yaşıyor/dul

Öğrenim durumu 1.İlköğretim  
2.Ortaöğretim 3.Yükseköğretim

Mesleği: 0. Çalışmıyor 1. Çalışıyor

Çocuk sayısı:

Ekonomik durum: 1.Kötü 2. Orta 3. İyi

Menarş yaşı:.....

Menapoz yaşı:.....

Menopoz süresi .....

Menopoz şekli: 1. Doğal 2. Cerrahi

Hormonal tedavi alıyormu? 0. Hayır 1. Evet

Hormonal tedavi alıyorsa süresi (ay).....

## SCID TANILARI

TANI	HALEN VAR MI 0.YOK; 1.VAR	MENOPOZDAN SONRA MI GELİŞMİŞ 0. HAYIR; 1. EVET
MAJOR DEPRESYON		
DİSTİMİ		
BİPOLAR		
OKB		
PANİK BOZUKLUK		
AGORAFOBİ		
PTSB		
YAYGIN ANKSİYETE		
SOSYAL FOBİ		
BASİT FOBİ		



## **12. TEŞEKKÜR**

Bu çalışmanın yürütülmesinde her zaman teşvik eden ve yol gösteren Sayın Yrd. Doç. Dr. Faruk Uğuz'a teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Rahim Kucur'a, Sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, Sayın Doç. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni her zaman destekleyen sevgili eşime ayrıca teşekkür ederim.

**Dr. Mine ŞAHİNGÖZ**

**KONYA 2008**