

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK  
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ ve  
ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI  
KLİNİK ŞEFİ UZM.DR. SAMİ HATİPOĞLU  
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM  
KLİNİK ŞEFİ DOÇ.DR.KADİR SAVAN**

**PREMENOPOZAL ve POSTMENOPOZAL  
KADINLARDA DEPRESYON  
PREVALANSI ve RİSK FAKTÖRLERİ**

**DR.İBRAHİM HALİL İNTEPE**

**AİLE HEKİMLİĞİ  
UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL , 2007**

## **TEŞEKKÜR**

*Hastanemizde huzurlu, güvenli ve verimli çalışma ortamı sağlayan Başhekim Sayın Uzm.Dr.Zafer Çukurova'ya teşekkür ederim.*

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kişiliğiyle örnek olan, Aile Hekimliği Koordinatörü Sayın Hocam Uzm.Dr.Sami Hatipoğlu'na minnet ve şükranlarımı sunarım.*

*Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç.Dr.Kadir Savan , Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Prof.Dr.Erşan Aygün'e , Dahiliye Klinik Şefi Doç.Dr.Abdülbaki Kumbasar'a , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uzm.Dr.Sami Hatipoğlu'na ve Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi ve 3.Psikiyatri Klinik Şefi, Doç.Dr.Medaim Yanık'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.*

*Tez çalışmamda yardım ve katkılarını esirgemeyen, başta Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç.Dr.Kadir Savan , Tez danışmanım Klinik Şef Yardımcısı Op.Dr.Levent Yaşar, tez çalışmama katkıda bulunan Dr.Aysun Karadağ , istatistik bölümünün hazırlanmasında ilgi ve özenle yardımcı olan İstatistik uzmanı Emire Bor olmak üzere tüm uzman, asistan, hemşire, personel ve laboratuvar çalışanlarına teşekkür ederim.*

*Eğitimim süresince bana abla ve abilik yapan uzmanlarıma, uyum içinde çalıştığımız güler yüzlü hemşire arkadaşlarıma ve yardımlarını esirgemeyen personelimize teşekkür ederim.İyi ve kötü anları, geceli gündüzlü birlikte geçirdiğimiz tüm asistan arkadaşlarım, sizleri çok sevdiğimi bilmenizi isterim.*

*Her zaman sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen dostlarım; iyi ki varsınız ve yüreğimde hep varolacaksınız. Bugünlere gelmemi sağlayan, bana emek ve sevgi veren canım annem, babam ve kardeşlerime minnet ve şükranlarımı sunarım.*

*Meslek hayatımın bir aşaması olan uzmanlık eğitimim sırasında başta kendisini bana emanet eden şanslı hastalarım ,bana doğal bağışıklık sağlayan zorlu nöbetlere, polikliniklere, acile, servislere bütün sevgi sözcükleriyle teşekkür ederim.*

## SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

- HRT: Hormon Replasman Tedavisi  
DHEA: Dehidroepiandrosteron  
DHEA-S: Dehidroepiandrosteron Sülfat  
FSH: Folikül Stimulan Hormon  
LH: Lüteinizan Hormon  
E 2: Estradiol  
T: Testosteron  
Hcg: Human Koryonik Gonadotropin  
A: Androstenedion  
GNRH: Gonadotropin Releasing Hormon  
E 1: Estron  
HDL: High Density Lipoprotein - yüksek dansiteli lipoprotein  
LDL: Low Density Lipoprotein - düşük dansiteli lipoprotein  
NMDA: N-Metil-D-Aspartik  
GnRH: Gonadal Düzenleyici Steroidler  
EKG: Elektrokardiyografi  
MSS: Merkezi Sinir Sistemi  
TSH: Tiroid Stimulan Hormon  
T3: Triiyodotironin  
T4: Tiroksin  
BDE: Beck Depresyon Envanteri

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

- Tablo 1:** Dünya Tarihinde Kadın Ortalama Yaşama Yılı
- Tablo 2:** Menopozdaki Belirtiler, Görülme Yılları ve Oranları
- Tablo 3:** Reprodüktif Yaşta, Postmenopozal Dönemde ve Ooferektomize Kadınlardaki Kan Hormon Profilinin Değerlendirmesi
- Tablo 4:** Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Sirkülasyonundaki Değişimler
- Tablo 5:** Klinik Değişimlere Göre Hormonal Profildeki Farklılıklar
- Tablo 6:** Postmenopozal Dönemde Lipid/Lipoprotein Değişimleri
- Tablo 7:** Damar Duvarında Postmenopozal Değişimler
- Tablo 8:** Demografik Özelliklerin Dağılımı 1
- Tablo 9:** Demografik Özelliklerin Dağılımı 2
- Tablo 10:** Psikiyatrik Hikaye Verileri
- Tablo 11:** Postmenopozal Olgulara İlişkin Dağılımlar
- Tablo 12:** Tüm Olguların Hormon Profili
- Tablo 13:** Tüm Olguların Yaşam Hikayesi
- Tablo 14:** Tüm Olguların Gestasyon ,Parite, Küretaj, Abortus ,Yaşayan Çocuk Hikayesi
- Tablo 15:** Tüm Olguların Beck Depresyon Ölçeği Sonuç Dağılımı
- Tablo 16:** Postmenopozal Olgularda Beck Depresyon Envanterine Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi
- Tablo 17:** Premenopozal Olgularda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi
- Tablo 18:** Postmenopozal Hastaların Beck Depresyon Envanteri Özellikleri
- Tablo 19:** Premenopozal Hastaların Beck Depresyon Envanteri Özellikleri
- Tablo 20:** Postmenopozal Hastaların Psikiyatrik Hikayesi
- Tablo 21:** Premenopozal Hastaların Psikiyatrik Hikayesi
- Tablo 22:** Postmenopozal Olgularda Menopoz Tanısı İle Takip Edilme Süresi ile Beck Depresyon Ölçeği İlişkisi
- Tablo 23:** Postmenopozal Hastaların Yaşam Hikayesi ile Depresyon Arasındaki İlişki
- Tablo 24:** Premenopozal Hastaların Yaşam Hikayesi ile Depresyon Arasındaki İlişki

**Şekil 1:** Öğrenim Durumu Bulguları

**Şekil 2:** Meslek Bulguları

**Şekil 3:** Medeni Durum Bulguları

**Şekil 4:** Gelir Düzeyi Bulguları

**Şekil 5:** Mevcut Kronik Hastalık Bulguları

**Şekil 6 :** Beck Depresyon Ölçeği Bulguları

**Şekil 7:** BDE'ne Göre Daha Önce Depresyon Tanısı Almış Olma Bulguları

**Şekil 8:** BDE'ne Göre Evde Tek Başına Yaşama Bulguları

**Şekil 9:** BDE'ne Göre Stresli Yaşam Olayları Hikayesi Bulguları

**Şekil 10:** BDE'ne Göre Çocukluk Dönemi Yaşamı Bulguları

## İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ ve AMAÇ.....	6
II. GENEL BİLGİLER.....	7
II. MENOPOZ VE DEPRESYON.....	7
II.A) EPİDEMİYOLOJİ ve TARİHÇE.....	7
II.B) KLİMAKTERYUM ve MENOPOZ.....	12
II.C) KLİMAKTERYUMDA GÖRÜLEN REPRODÜKTİF ENDOKRİNOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER.....	14
II.D) HORMONLARIN NÖROENDOKRİN ETKİLERİ.....	22
II.E) MENOPOZDA KLİNİK BULGULAR VE SEMPTOMLAR.....	24
II.F) DEPRESYON VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	43
III. MATERYAL VE METOD.....	53
IV. BULGULAR.....	56
V. TARTIŞMA.....	76
VI. ÖZET.....	83
VII. KAYNAKLAR.....	85
VIII. EKLER.....	92

## I.GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz kadında over aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Eski Yunanca'daki men (ay) ve pausis (sonlanma) kelimelerinden köken almaktadır.Klimakteryum içerisinde bir nokta olarak kabul edilir ve son adet kanamasından sonra ortalama 1 yıl geçmesi menopoz tanısı için yeterlidir.Menopoz belli bir anda gerçekleşmekle birlikte bu olaya kadar olan çeşitli değişiklikler yıllarca öncesinden başlamaktadır.Bu dönem kendine has bir dizi şikayetlerin yanı sıra, uzun dönemde ciddi hastalıklara neden olabilecek patolojik değişiklikleri de beraberinde getirmektedir.Adet görmekte olan bir kadının overlerinin herhangi bir nedenle çıkarılması ile oluşan menopoza cerrahi menopoz denir.Cerrahi menopoz hormonal dinamikleri dramatik olarak etkiler. 5-10 yılda progresif olarak oluşacak geçiş yerine overyan östrojen, progesteron ve androjenlerin eksikliğiyle vücut akut(48 saat sonra) olarak karşılaşır.Kadınların yaklaşık olarak % 70-80'inde östrojen yetmezliği semptom ve bulguları ortaya çıkmaktadır.Östrojen eksikliğine bağlı semptomlar hemen ortaya çıkarken, kadına postmenopozal dönemde ağır morbidite ve mortalite yükleyen kardiovasküler hastalıklar ve osteoporozla bağlı patolojiler geç dönemde ortaya çıkmaktadır.

Klimakteryum, over yetmezliğine bağlı östrojen hormonundaki azalma sonucu meydana gelen endokrinolojik bir olaydır.Bu nedenle ortaya çıkan birçok majör ve minör semptomla başa çıkmak için östrojen tedavisi kullanılmaktadır.Ortalama ömrün uzaması ve postmenopozal dönemi yaşayan kadın popülasyonunun artmasıyla menopoza bağlı yakınmaların tedavisi kavramı gündeme gelmiştir.

Biz bu çalışmamızda menopozun ülkemizde ihmal edilen psikolojik etkilerinin sıklığını araştırmayı amaçladık.Çalışmamızda ülkemizde kadınlarda depresyon gelişmesinde rol oynayan risk faktörlerinin araştırılması da yapıldı.Değerlendirme Beck Depresyon Ölçeği ve Hasta Araştırma Anketi uygulanarak yapıldı.

## II. GENEL BİLGİLER

### MENOPOZ ve DEPRESYON

#### II.A) EPİDEMİYOLOJİ ve TARİHÇE

Günümüzde yapılan sayımlara göre dünya yüzünde 6 milyar insan yaşamaktadır. Ülke ve bölgelere göre değişmesine rağmen, varsayımlara dayanan bir hesaba bu nüfusun yarısını erkekler ve yarısını da kadınlar oluşturmaktadır.

Kadınların ölüm yaşı ortalamaları ülkeden ülkeye değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu yaş ortalaması 81–82 yıla kadar varmaktadır. Ülkemizde yapılan sayımlara göre kadında ortalama ölüm yaşı 72,2 olarak tespit edilmiştir (1). Öte yandan menopoza girme yaş ortalaması da gene bölge ve toplumun gelişmişliğine göre 46 ile 52 yaş arasında değişme göstermektedir. Ülkemizde çeşitli araştırmalarda menopoza girme yaş ortalaması 46,7 olarak bulunmuştur (1).

Sonuçta bütün bunlar, ayrıca bölgeler ve ülkeler arası farklar hesap edilerek, kabaca bir rakamla dünyada 1 milyar 200 milyon civarında menopoz devrine girmiş kadın olduğu tahmin edilmektedir. Bu arada geçmişten günümüze kadar kadınlarda ölüm yaşının ileriye kayması konusunda hazırlanmış tablo aşağıdadır (Tablo 1)(2).

**Tablo 1:** Dünya Tarihinde Kadın Ortalama Yaşama Yılı (1).

	Doğumdan sonra	Menopozdan sonra
Roma devri	23	-
16. Asır	30	-
1900	47	-
1950	69,5	26,5
1994	82	33

Bu tablo 19. asırdan itibaren menopozdaki olayların tıp açısından neden ön plana çıktığını açık olarak ortaya koymaktadır. 20. yüzyılda da kadın ortalama ölüm yaşının ileriye kayması sonucu hayatlarının 1\3'ünü ve belki de 1\2'sini menopozda geçiren kadınların, dünya yüzünde arttığı ve sonuçta bu grubun menopoz sıkıntıları da göz önüne alınırsa olayın önemi ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca menopozdaki olayların yıllarca sürdüğünü de gözardı etmemek lazımdır. Menopozda kısa, orta ve uzun vadede belirtilerin ne kadar süreler sonra ortaya çıktığı ve ne kadar popülasyonu alakadar ettiği tartışma konusudur. Bu konuda bir fikir vermek açısından Hagstad Janson'un yaptığı epidemiyolojik araştırma aşağıdadır (Tablo 2) (1).

**Tablo 2: Menopozdaki Belirtiler, Görülme Yılları ve Oranları (2)**

Görülme Yılı	Belirti	Oranı(%)
-2 ile +5	Vazomotor belirtiler	60 – 70
+1 ile +2	Psikolojik belirtiler	60 – 70
+5	Vajinal ve üriner atrofi	yaşlandıkça artar
+5	Üriner inkontinans	57 – 60
+5	Deri değişiklikleri	20 – 30
+7	Osteoporoz	25-35
+10	Ateroskleroz	yaşlandıkça artar
+20	Alzheimer hastalığı	yaşlandıkça artar

Tıp tarihine bakıldığında menopozlu yaşayan kadınların sayısının artması tıpta menopozfiziopatolojisi ve tedavisi ve kanserle ilişkisi üzerinde çalışmaları arttırmıştır. Hipokrat kadındaki menopoz sıkıntılarının (sıkıntı, baş ağrısı, çarpıntı) belli bir yaştan sonra doğum organının yer değiştirmesine bağlı olarak kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür (3) . Bilindiği gibi Rönesanstan sonra bilimsel olarak tıp gelişmeye başlamıştır. Bu devirlerden sonra otopsi yapılabilmiş, insan organlarının özellikleri saptanmaya başlanmıştır. Menopoz konusuna gelince; ancak 19. asırda modern tıp açısından en çok Fransız tıp araştırmacılarının bu konuyu fizyolojik de olsa bir olay olarak nitelendirmeleri sonucu, ilk defa bu ülkede incelemeler başlamış ve oluşu hakkında teoriler ileri sürülmüştür. 1890'lı yılların başından itibaren de tıbbın menopoza ilgisinin gittikçe arttığını görüyoruz.

Tıbbın pozitif bilimsel olay olarak nitelenmeye başlaması 17.-18. asırlara rastlamaktadır. Eldeki bilgilere göre ilk defa Fothergill İngiltere'de 1776'da "Medical

Observations and Inquires” adlı dergide kadın yaşlanınca ortaya çıkan adetten kesilmeyi ele almış ve hatta çözümünü değerlendirme açısından tartışmaya açmıştır (1).

Fransa'da Paris'te Gardanne (1816) menopozu çeşitli yönleri ile ele almış, bu konudaki gözlemlerini bir kitapta toplamıştır (1). Bu araştırmacı bir bakıma menstruasyonun kesilmesi anlamına “La Menespausie” deyimini ortaya atan ilk kişidir. Daha sonra da aslı eski Yunanca'dan gelen bu iki kelime "men-" ve "pause" (adet kesilmesi /ay – kesilmesi) kadınların bu devrelerini ifade eden deyim olarak günümüze kadar gelmiştir. Gardanne'nin yayınlarına göre menopoz o zamanın anlayışı ile dünyada ileri tıbbi olan Avrupa'da dahi sadece adet kesilmesi olarak yorumlanmaktaydı.

Öte yandan menopozda olan değişikliklerin kadınlarca çeşitli devrelerde farklı hissedilmesi dolayısı ile bu devrelere eski Yunanca'dan gelen bir başka kelime ile klimakteriyum (merdiven) adı verilmiştir. Bu deyim Avrupalı tıbbında hem kadınlar hem de erkekler için daha 18. asırda kullanılmaya başlandığını görüyoruz. Anlaşıldığı gibi o devirde erkeklerin de belli bir yaşta klimakteriyum sürecine girdiği kabul edilmiştir. Aslında bu inanış günümüze kadar gelmiş denebilir. Erkekler için andropoz diye bir olay olmadığı halde andropoz deyimini hala kullanılmakta olup erkek yaşlanması açısından birçok ciddi tıp kitabında bu deyim kullanıldığını görmek mümkündür. Yine açık şekilde bilindiği gibi, kaç yaşında olursa olsun erkek dölleme kabiliyetini tamamen kaybetmemektedir. Ancak yine o devirlerdeki bilgiye göre kadında klimakteriyumun başlaması demek, Fransız araştırmacılarına göre, kadının kritik bir yaşa girdiğinin kabulü anlamına gelmekteydi. Ona karşın İngiliz tıbbında ise kadının artık bir nevi değişme çağına girdiğini ifade etmek için klimakteriyum deyimini kullanıldığını görmekteyiz. Bu düşünceleri o zamanki tıp kitaplarından anlamak mümkündür (1). Ancak diğer bir gerçek de şudur ki 1840 yılına kadar overlerle menstruasyon arasındaki fonksiyonel ilişki bilinmemekteydi. Negrier d'Angers 1840 yılında overdeki follikül ile menstruasyon kanamasının ilişkisini gözlemiş ve yayınlamıştır (3).

Tilt 1857'de İngiltere'de ilk defa 500 klimakterik kadını observe etmiş, bu kadınların sıkıntılarının ciddiyetini ortaya koyarak onların rahat etmeleri için sedatif verilmesini önermiştir. Aksi takdirde o devirde menopozun sıkıntılarını gidermek için kadınların alkol aldıklarını, sonuçta bu durumun onlarda alkol alışkanlığı yaptığını ileri sürmüştür. Ayrıca Tilt menopozdaki kadınların çevreden gelen olumsuz etkilere karşı

hassas olduklarını da gözlemiştir. Bu sonuçlara göre menopozdaki atılmayan pis maddeler içeren kanın menopoz sıkıntılarına neden olduğuna dair teoriye itiraz etmiş, bu devirde asıl nedenin nörolojik değişiklikler olduğunu ileri sürmüştür (1). Şikâyetleri açıklamak bakımından bu devirdeki başka bir teori de menopozda organların devre devre konjesyona uğramasıdır. Tilt asıl nörolojik değişikliğin orjininde de değişen overin nörolojik fonksiyonunun neden olarak yattığını ileri sürmüştür (1).

Fraenkel Almanya'da 1903 yılında menopoz hakkında çok ciddi bir yayın yapan bir klinisyen araştırmacıdır. Öncelikle perimenopoz ve menopozda over fonksiyonunun bozulması sonucu ortaya çıkan östrojen azalmasına bağlı olayları tanımlamıştır (ateş basması, santral sinir sistemi belirtileri, depresyon, halsizlik, vaginal atrofi, v.b. gibi). Tavşanlarda yaptığı deneylerde korpus luteum ekstrelerini bu hayvanlara verdiğinde başarı elde etmiş aynı şekilde (inek, koyun veya domuzlardan elde ettiği) ekstreleri kadınlara verdiğinde şikâyetlerin ortadan kaybolduğunu ileri sürmüştür (1).

1923 yılında Ailen ve Doisy beraberce JAMA'da ilk defa yayınladıkları çalışmada, sağlıklı dişi farelerde foliküllerden elde ettikleri ve adına folikülin dedikleri sıvının kastre dişi farelere verildiğinde onlarda österus meydana getirdiğini bildirdiler (1).

Östrojen kelimesi, hayvanlarda österus halini meydana getirmesinden esinlenerek tıp lügatına östrojen bu isimle girmiş bir kelimedir. Ancak overden elde edilen ekstrelerin östrojenik etkilerinden istifade düşüncesi ile tedavi amacıyla kullanılmasına daha önce başladığını görmekteyiz. Çok enteresan bir şekilde buna örnek olarak 1893'te Regis'de Bordeaux'nun, kastrasyona bağlı psikozlarda tedavi amacı ile over ekstreleri kullanmayı önermesini gösterebiliriz (1).

Ailen ve Doisy'nin bu buluşundan sonra yumurtalıklarla ilgili olmayan birçok menopoz teorisi terk edilip overlerle ilgili teoriler ileriye sürülmeye başlanmıştır. Bu durum ancak deneysel bilgiye dayalı gerçeğin ortaya çıkması ile menopozu açıklayan yeni teorilerin ortaya atılmaya başlamasına neden olmuştur.

1923 Ailen ve Doisy'nin farelerde over hormonu (östrojen) bulmasından hemen sonra üç yıl içinde yapılan araştırmalar östrojen denen maddeyi verifiye etmeye yetmiş, kısa bir süre sonra 1926 yılında ticari östrojen preparatı piyasaya çıkmıştır. Bu başarı Zondek, Laqueur ve ark. çalışması ile mümkün olmuştur (1).

1929 yılında gebe kadınların idrarından ekstrakte edilen östrojen hormonu doğrudan hormon replasman tedavisi amacı için olmasa bile adet görmeyen bazı hastalarda onları rahatlatmak amacı ile kullanılmaya başlanmıştır (1).

1932 yılında da östronun kimyasal yapısı bulunmuştur. Gene aynı yıl hala kullanılmakta olan kısrak idrarından ekuilin, ekuilenin ve diğer östrojenler izole edilmiştir (konjüge östrojen). Östradiol bir anlamda sentetik olarak da östronun reduksiyonu ile yine bu yıllarda elde edilmiştir (3).

İlk defa 1936 yılında Albright menopozda kanda azalan östrojen değerine bağlı olarak gonodotropinlerin yükseldiğini yayınlamıştır (1).

İnholffen, 1936 yılında etinil östradiolün sentezini yapmıştır (1). Menopozda HRT amaçlı konjüge östrojenler önce İngiltere, Almanya ve Fransa'da kullanılmaya başlandı. ABD'de ise menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) amacı ile östrojen kullanılması izni 1942 yılında çıkmıştır (1).

Avrupa'da ilk kez menopoz konusunda küçük çapta tıbbi toplantı 1971'de Cenevre'de yapılmıştır. Toplantıyı uluslararası sağlık vakfı düzenlemiştir (3).

Menopoz konusundaki ilk uluslararası kongre Fransa'da La Grande Motte'de toplanmıştır (Haziran 1976).Başkanları Van Keep, P.A., Greenblatt, R.B. ve Albeaux-Fernit, M.'dir.Bu kongrede menopoz konusunda bütün dünyada klinik araştırmalar yapan 165 kişi biraraya gelmiş ve konuyu sistematik ve bir uluslararası standarda getirme tartışması yapmışlardır (3).

Menopoz konusunda ikinci uluslararası kongre Kudüs'te (İsrail, 1978) toplanmıştır. Başkanlar P.A. van Keep, D.M. Serr ve R.B. Greenblatt'tır (1). Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yılında kurulup ilk toplantısını 1990 yılında Nis, (Fransa) şehrinde yapmıştır(1).

1986 yılında ülkemizde ilk defa Dr. Turgay Atasü'nün başkanlığında; Dr. Ertuğrul Bayırlı, Dr. Yılmaz Deniz, Dr. Hüsnü Kişnişçi, Dr. Metin Nurluoğlu, Dr. Sezai Şahmay tarafından Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. Kurulan bu derneğin amacı jinekolojik endokrinoloji konusunda hekimlere mezuniyet sonrası eğitim konusunda kongre ve toplantı tertip etmek ve organizasyonlar yapmaktır. Bu amaçla ilk kongre 1987'de yapılmıştır (1).Türkiye'de, Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi ilk kez bu kongrede konuşulmuş ve hararetle tartışılmıştır. 1992 yılında ülkemizde konuya ilgi

duyan doktorlar bir araya gelerek, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği'ni kurmuştur ve adı "Menopoz" olan ilk kongre I. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Sempozyumu adıyla 22-24 Eylül 1993 tarihinde yapılmıştır.

## II.B) KLİMAKTERYUM VE MENOPOZ

Geçen yüz yılda tıp alanında, halk sağlığında ve insanların refah düzeyinde kaydedilen gelişmelere paralel olarak kadınların yaşam beklentileri de artmıştır. Günümüzün kadını, ömrünün yaklaşık olarak 1/3'ünü klimakteryum ve sonrası dönemde geçirmektedir. Bu bakımdan bu döneme ait sağlık sorunları giderek büyük önem kazanmaktadır.

Kadında seks hormonlarının üretimini gerilemesi ve buna bağlı olarak üreme fonksiyonlarının sona ermesi ile karakterize olan bu dönem, kendine has bir dizi şikayetlerin yanı sıra, uzun dönemde ciddi hastalıklara neden olabilecek patolojik değişiklikleri de beraberinde getirmektedir (4,5,6).

Menopoz, klimakteryum içerisinde bir nokta olarak kabul edilen ve en son adet kanamasından ortalama bir yıl geçmesinden sonraki dönemin adıdır. Klimakteryum ise kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Yaklaşık 40 yaş civarında ovülasyon frekansının azalması ile başlar ve menopozdan sonra belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder. Sırasıyla adet düzensizlikleri, menopoz, sistemik değişimler, ilerleyici doku atrofileri ve yaşlanma şeklinde seyreder. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasına göre başlıca üç bölüm altında incelenir (7):

1. Premenopoz: Overde yetmezlik başladıktan sonra menopoza kadar geçen süredir.
2. Perimenopoz : En son adet kanaması üzerinden 1 yıl geçene kadar olan süredir.
3. Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir.

Yaşı ne olursa olsun, adet görmekte olan bir kadının herhangi bir nedenle over fonksiyonları durdurulursa, iyatrojenik menopozdan bahsedilir. Bu olay cerrahi menopoz radyasyona bağlı over fonksiyonlarında kalıcı şekilde kayıp veya kanser kemoterapisi uygulamalarında meydana gelen reversibl ya da irreversibl kayıp şeklinde olabilir. Doğal

menopozların % 1 - 4 kadarı 40 yaşın altında ortaya çıkar. Erken menopoz ya da prematür over yetmezliği adı verilen bu durumun etyolojisi hakkında henüz kesin bir sonuca varılmamakla birlikte, genetik olarak X kromozomundaki delesyonlar sorumlu tutulmaktadır (4,5).

Klimakteryum döneminde görülen olayların temelinde reproduktif dokuların yaşa bağlı olarak gerilemeleri yer almaktadır. Overlerde görülen atrofi nedeniyle foliküllerin sayısında azalma ortaya çıkar. Ergenlik döneminde yaklaşık 500.000 kadar folikül atreziye uğrar. İlk ve son ovülasyon arasındaki dönemde yalnızca 500 kadar oosit olgunlaşma olanağı bulabilir. Ancak menopozal dönemde foliküllerin atreziye uğrama hızı giderek artar. Özellikle sigara kullanan kadınlarda dokularda ortaya çıkan beslenme bozukluğu nedeniyle overlerde atrezi gelişiminin daha erken dönemde ortaya çıktığı gözlenmektedir (4,5,6).

Menopoz yaşı 45 -55 yaş arasında ve ortalama 51.4 olarak bildirilmektedir (5,7). ABD' de 2570 kadından alınan bilgilerle gerçekleştirilen Massachusetts Kadın Sağlığı çalışmasında ortalama menopoz yaşı 51.3 olarak bulunmuştur(8). ABD'de kadın ömrünün yaklaşık %34'ü postmenopozal dönemde geçmektedir. Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşınının 46,7 olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye'de ortalama yaşam süresi 72,3 ve postmenopozal kadın oranı 1/5'dir (7).

Menopozla ilgili özelliklerin hangi olaylardan etkilendiği daima araştırma konusu olmuş ve olmaktadır. Ortaya pek çok faktör atılmış olmasına karşılık söz konusu faktörlerin kesin olduğuna dair görüş birliği yoktur.(7,8,9) Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Over kanlanması bozulduğundan histerektomi geçirmiş kadınlarda da erken menopoza rastlanır.
- Şişman kadınlarda menopoz semptomları daha az görülür.
- Menarş yaşı erkense menopoz gecikir.
- Bekâr kadınlarda daha erken menopoz olur.
- Çalışan kadınlarda daha erken menopoz olur.
- Çok doğum yapmış kadınlarda menopoz geç oluşur.

- Yüksek sosyoekonomik durumda kadınlarda menopoz geç gelişir.
- Doğum kontrol haplarının kullanımı menopozu geciktirir.
- Sigara içimi menopoz yaşını erkenleştirir.
- Yüksek rakımda yaşayan kadınlarda menopoz 1 – 2 yıl erken olur.
- Yaşam tarzı, eğitim düzeyi, spor yapma, kocasının mesleği menopoz yaşını etkilememektedir.
- Beslenme alışkanlıkları menopoz yaşında etkili olabilir.

## II.C) KLİMAKTERİUMDA GÖRÜLEN REPRODÜKTİF ENDOKRİNOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Hipotalamus-hipofiz-gonad eksenindeki değişimler perimenopoza ilişkin menstrüel düzensizlikten sorumludur. Bugünkü bilgilerimize göre overler gittikçe yaşlandığı için overin epitel elemanlarından kaynaklanan steroid yapımında azalma başlar. Östrojen üretiminin azalması hipotalamustaki negatif feed-back mekanizmayı etkiler ve sonuçta zaman içinde önce FSH, daha sonra da LH yükselir. FSH yükselmesine bağlı folliküler faz kısalır, daha sonra overlerde FSH'a direnç artar ve folliküler faz uzar (9,10). Östrojen düzeyinin düşmesiyle LH piki ve dolayısıyla ovulasyon olamaz. Anovuluar sikluslar artar, oligomenore gelişir veya düzensiz kanamalar ortaya çıkar (Disfonksiyonel uterus kanamaları). Östrojenin daha da düşmesi ile menstürasyon kesilir ve postmenopozal dönem başlar (11).

Normalde FSH'ın bir diğer etkisi de over kaynaklı bazı nonsteroid maddelerin sentezini sağlamaktır. Bunların içinde en önemlilerinden biri, İnhibin B adı verilen peptid hormondur ve FSH'ın salınımını inhibe edici özelliğe sahiptir (12)

Overde üretilen östrojen ile birlikte negatif feed-back'te rol oynayan İnhibin B, over fonksiyonlarının belirteçlerinden biridir. FSH yükselmesi gerçekte östrojen kadar İnhibin B düzeyindeki azalmaya da bağlıdır. Yaş ilerledikçe FSH'ın yanısıra LH seviyelerinde de artış başlar ve 3 yıl içinde 3 kat artar. Menopoz döneminde 40 IU/L'nin üzerine çıkan serum FSH ve LH değerleri menopozdan 1-3 yıl sonra en yüksek seviyelerine ulaşır (13).LH'daki artışın FSH düzeylerindeki artıştan (10-20 kat) daha az olmasının nedeni LH'in yarıömrünün (30 dakika) FSH'tan kısa olması (4 saat) ve LH'in çok daha hızlı yıkılmasıdır (14).FSH ve LH değerleri daha sonra yavaş yavaş azalarak

yaşlılıkta en alt düzeylere inerler. Yarılanma ömrü daha uzun olan FSH, hem LH'dan sonra azalmaya başlar, hem de ölçümlerde LH'dan hafifçe yüksek bulunur.

Cerrahi menopozda FSH ve LH düzeylerinde ani ve önemli değişimler olur. Ooforektomiden yirmi gün sonra, FSH düzeyleri 70 mIU/ml'den, LH düzeyleri ise 50 mIU/ml'den yüksektir. 45. günde maksimum yoğunluklara erişilir. Östrojen replasman tedavisi LH ve FSH düzeylerini belirgin biçimde düşürmekle beraber, genellikle premenopozal seviyelere indiremez. FSH ve LH'nin normal değerlere düşmemesi ovarium granüloza hücrelerinin yaptığı İnhibin B'nin yokluğundan kaynaklanmaktadır(15,16).

Kırk yaşlarında kadınlarda anovulatuvar sikluslar artmakta ve buna bağlı olarak da siklus süresi uzamaktadır. Luteal fazın uzunluğu 14 gün olmaya devam ederken, sıklıkla folliküler faz uzar. Bu uzama, gonadotropine duyarlı folliküllerin miktarının azalmasına bağlıdır. Her siklusta gelişmekte olan follikül sayısı azalmaktadır (13). Menopoz öncesi bu dönem 2-8 yıl arasında değişmektedir (14). Klimakteriumda folliküler fazın süresi , menstrüel siklus uzunluğunu etkileyen ana faktördür (17). Menstrüel siklustaki değişiklikler FSH seviyesinde artma, İnhibin seviyesinde azalma ile birlikte, E2 ve LH düzeylerinde değişiklik olmaması ile karakterizedir (12,18). Menopoz öncesi E2 seviyesi folliküler büyüme ve gelişme devam ettikçe normal sınırlarda kalmaktadır.

Premenopozal dönemde, FSH seviyesi yükselirken (30 mIU/ml'den fazla) LH seviyeleri normal sınırlarda kalmaktadır. 100 mIU/ml üstündeki FSH değerleri hemen daima folliküler tükenmeyi gösterir. Serum gonadotropin düzeyi ooforektomi sonrası hızla yükselir ve cerrahiden yaklaşık 1 ay sonra menopoz düzeylerine varır.

Menopoz sonrası serum östradiol seviyesi 10-20 pg/ml'dir. Bunun çoğu periferik dönüşümden kaynaklanmaktadır (10,11,19). Serum östron seviyesi ise postmenopozal dönemde 30-70 pg/ml'dir. Günlük 45 µg'lık östrojen üretiminin büyük çoğunluğu periferde androstenediondan dönüşüme bağlıdır. Overlerdeki östrojen üretimi menopoz sonrası devam etmemektedir. Bununla birlikte postmenopozda östrojen seviyeleri önemli ölçülerde olabilir, bu üretimin ana kaynağı androstenedion ve testosteronun ekstraglandüler dokularda östrojene dönüşümüdür. Bu dönüşüm her menopozal kadında farklıdır, ve birçok faktör tarafından yönlendirilir. Androstenedionun östrojene dönüşümü hızı vücut ağırlığı ile orantılıdır. Artan vücut ağırlığı ile östrojen üretimindeki

artış, muhtemelen yağ dokusunda androjenlerin aromatisasyonuna bağlıdır. Bu nedenle şişman kadınlarda dönüşüm hızı ve östrojen düzeyleri zayıf kadınlarınkinden yüksektir. Androjenlerin östrojene aromatisasyonu sadece yağ dokusuyla sınırlı değildir. Karaciğer, böbrek, kemik iliği, kas dokusu ve hipotalamik nükleuslarda da bu aktivite mevcuttur (20,21). Menopoz sonrası genellikle toplam vücut ağırlığı sabit kalmasına rağmen kas kitlesi azalır, özellikle santral vücut yağlanması artar. Yağlanmanın artışı postmenopozal kadınlarda relatif olarak hiperandrojeniteye neden olur. Obesite ile birlikte görülen insülin resistansının; hormon replasman tedavisiyle, östrojen/androjen oranının artması sonucunda düzeldiği, yapılan çalışmalar sonucu gösterilmiştir (22).

### **ÖSTROJEN YAPIMI**

Premenopozdaki kadının dolaşımındaki başlıca östrojen "östradiol-17 beta"dır. Östradiol yapımı, doğrudan ovarium salgısıdır veya testosteron ve östronun periferik dönüşümüne aittir.

Menopozdan kısa bir süre sonra hiç ovarian follikül kalmadığı güvenle söylenebilir. Menopozdan sonra FSH'ta 10-20 kat, LH'ta ise 3 kat artış olur, ve bu hormonlar 1-3 yıl sonra maksimum seviyeye ulaşır. Bu dönem her iki gonadotropinde yavaş ve hafif bir düşüşü takiben olur. Bu artışlar ovarian yetmezliğin bir kanıtıdır. Menopozdan kısa süre sonra over primer olarak androstenedion ve testosteron salgılar. Menopozdan sonra sirküle eden androstenedion menopoz öncesi döneme göre yarı yarıyadır. Androstenedion postmenopozal overden salgılanan esas steroid olmasına rağmen, az bir kısmı overlerden gelir, büyük bir kısmı ise adrenal bezden üretilir. DHEA ve onun adrenal bezde üretilen sülfatı (DHEA-S) yaşla birlikte belirgin olarak azalır. Menopozdan sonraki dekatta genç yaştaki değerlerine göre DHEA yaklaşık %70, DHEA-S ise yaklaşık %74 oranında azalır.

Testosteron üretimi menopoz sonrası %25 oranında azalır fakat postmenopozal periyodun en azından ilk yıllarında tüm kadınlarda olmasa da çoğu kadında premenopozal overe göre daha fazla testosteron salgılanır. Folliküllerin ve östrojenin kaybolmasıyla birlikte artmış gonadotropinler, overde kalan dokuyu, artmış testosteron sekresyonu yapacak seviyeye getirirler. Postmenopozal kadınlarda GnRH agonist veya antagonistleriyle gonadotropinlerin süpresyonu, testosteron seviyelerinde anlamlı düşmeyle sonuçlanır. Bu da postmenopozal overde gonadotropin bağımlılığını açıklar.

Menopoz sonrası testosteronun total miktarı düşer, çünkü primer kaynak ve androstenedionun periferik çevrimi azalır. Androstenedionun postmenopozal dönemde sirküle eden seviyesi genç yaşa göre %62 azalır. Geç postmenopozal dönemde sirküle eden androjen seviyesinin tamamına yakını, adrenal bezden salgılanır. Dikkatli bir çalışma postmenopozal kadında adrenal yetmezlik varsa, kanda hiç androjen saptamayabilir.

**Tablo 3:** Reprodüktif Yaşa, Postmenopozal Dönemde ve Ooferektomize Kadınlardaki Kan Hormon Profilinin Değerlendirilmesi

	Reprodüktif yaş	Postmenopozal yaş	Ooferektomize
Androstenedion	2-3 mg/gün	0,5-1,5 mg/gün	0,4-1,2 mg/gün
Dehidroepiandrosteron	6-8	1,5-4,0	1,5-4,0
DHEA-S	8-16	4-9	4-9
Testosterone	0,2-0,25	0,05-0,18	0,02-0,12
Estrojen	0,350	0,045	0,045

**Tablo 4:** Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Sirkülasyonundaki Değişimler

	Premenopoz	Postmenopoz
Östradiol	40-400 pg/ml	10-20 pg/ml
Östron	30-200 pg/ml	30-70 pg/ml
Testosterone	20-80 ng/dl	15-70 ng/dl
Androstenedion	60-300 ng/dl	30-150 ng/dl

Menopozdan sonra sirküle eden östradiol yaklaşık olarak 10-20 pg/ml'dir. Androstenedionun periferik çevrimiyle östron, östronun periferik çevrimiyle de östradiol oluşur. Postmenopozal dönemde kanda sirküle eden östron seviyesi yaklaşık 30-70 pg/dl olup, östradiolden daha yüksektir. Postmenopozal dönemde östrojen üretimi yaklaşık 24 µg/gün olup çoğu androjenin periferik çevriminden elde edilir. Androjen östrojen oranı menopoz sonrasında östrojendeki belirgin düşmeye bağlı olarak güçlü bir

şekilde değişir ve bu seks hormon oranındaki belirgin kaymanın bir yansıması olarak hafif bir hirsutizm görülmesi sıktır. Postmenopozal yaşın artmasıyla birlikte DHEA ve DHEA-S'in dolaşımdaki seviyelerinde düşme saptanabilir, bununla birlikte androstenedion, testosteron ve östrojen seviyesi göreceli olarak sabit kalır. Menopoz sonrası overlerdeki östrojen üretimi devam etmez, ama östrojen seviyesi anlamlı olarak saptanabilir. Nedeniyse, androstenedion ve testosteronun östrojene periferik çevrimidir. Östrojenin klinik etkisi bir postmenopozal kadından diğerine değişebilir, bu birçok faktör tarafından modifiye edilen ekstraplandüler üretim seviyesine bağlıdır. Andstenedionun östrojene çevirim yüzdesi vücut ağırlığıyla ilişkilidir. Artmış vücut ağırlığıyla birlikte bu çevirimin artması muhtemelen yağın androjenleri aromatize etme yeteneğiyle ilişkilidir. Bu durum ve seks hormon bağlayan globulin seviyesinde düşme, obesite ve endometrium kanser gelişimi arasındaki iyi bilinen ilişkiye katkı sağlar (16). Siklus gününe göre 40-150 pg/ml arasında değişen serum östradiol düzeyleri postmenopozal dönemde 10-20 pg/ml'ye, ortalama 24 saatlik salınım miktarları ise 350 µg'dan 45 µg'a iner. Bunun büyük bir kısmı östronun ekstraplandüler periferik konversiyonu ile oluşmaktadır. Östron ise büyük oranda androstenedionun periferik aromatisasyonu ile sentezlenir ve postmenopozal östron/östradiol oranı, östron lehine artış gösterir. Postmenopozal bir kadında baskın östrojen, östron formundadır (23). Androjenlerin östrojene dönüşümü primer olarak kas ve yağ dokusunda olur. Bu nedenle, şişman kadınlarda sıklıkla yüksek östrojen düzeyleri mevcuttur ve karşılanmamış östrojen artmış endometrial kanser riski oluşturmaktadır. Zayıf kadınlar düşük östrojen düzeylerine sahiptir. Bu da onlardaki artmış osteoporoz riskini açıklamaktadır. Şişman kadınlarda görülen yüksek östron düzeyleri menopozal semptomlardan korumaz (10,24).

### **PROGESTERON YAPIMI**

Menopozdan sonra progesteron üretimi kesilir. Progesteron üretiminde azalış sıklıkla premenstrüel semptomların yokluğu ile beraberdir. Progesteron düzeylerinin düşüşü gonadal steroidlere cevap veren, meme ve endometrium gibi organları etkiler. Reprodüktif yıllar boyunca, progesteron endometriumu fazla östrojen stimülasyonundan korur. Progesteron primer olarak östrojen reseptörlerini ayarlar, fakat endometrium üzerine trofik etkisini inhibe eden direkt intranükleer etkisi de vardır (25).

## ANDROJEN YAPIMI

Menopozdan sonra östrojen biyosentezi başlıca periferel dokularda olur. Yağ ve diğer dokular, adrenal bez ve overlerden gelen androjenleri östrojenlere dönüştürür. Androstenedion ve östron 17 $\beta$  OH-dehidrogenaz etkisiyle testosteron ve östradiol'e; sitokrom P450 enzimiyle de androstenedion östron'a, testosteron ise estradiol'e dönüştürülür. Obesite, androjenlerin adrenal sekresyonunun artışına, bu da periferel yağ dokusunda androjenlerin östrojenlere dönüşümünün artışına neden olur. Overler postmenopozal dönemde toplam androjenlerin %20'sini üretmektedirler. Postmenopozal dönemde overlerin steroid üretiminin tespitiyle ilgili çalışmalar, utero-ovarian ven kanından yapılan ölçümlere dayandırıldı. Postmenopozal kadınların utero-ovarian ven ve periferel venlerdeki estron, 17 $\beta$ -estradiol, androstenedion ve testosteronun karşılaştırıldığı çalışmaların çoğunluğunda; periferel serum konsantrasyonlarıyla karşılaştırıldığında uteroovarian vende androjen düzeylerinin yükseldiği gösterildi. Testosteron postmenopozal overlerden sekrete edilen daha önemli bir androjen olarak görülmektedir. Ooferektomi sonrası androstenedion ve testosteron düzeyleri anlamlı olarak azalmıştır. Postmenopozal ovarian testosteron üretimi; GnRH agonistleriyle hipofizin down-regulasyonu ile testosteron düzeylerindeki anlamlı düşüş olduğu anlaşıldığından beri, LH bağımlı olduğu düşünülmüştür. Menopoz sonrası ovarian androjen sekresyonu human koryonik gonadotropin ve LH ile stimule edilebilir. Menopoz sonrası overlerin çapı küçülür, ovarian folliküller görülmez ve over içeriği başlıca stromal hücrelerden oluşur.

Endometrium kanserli obez kadınlarla, zayıf kadınların ovarian venöz kanlarının hormon içeriğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, androstenedion ve testosteron düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu bulgu, zayıf kadınlarda endometrium kanser gelişiminde overlerden salgılanan prehormonların sorumlu olabileceğini düşündürür (58).

Bir çalışmada klimakterik overlerin fonksiyonsuz organlar olmadığı, aksine androjen üreten bir organ olarak kaldığı belirtilmiştir. Menopoz sonrası dönemde östrojen üretimi çoğunlukla androstenedionun ekstrasgladüler aromatisasyonuna bağlıdır. Böylelikle menopozdaki kadınların kanlarında dolaşan major östrojen östrondur ve adrenal androstenedionun periferel aromatisasyonundan oluşur. Gerçekten de, postmenopozal kadınların kastrasyonu sonrası östrojenin üriner atılımında veya

dolaşımdaki düzeylerinde anlamlı azalmayla sonuçlanır. Ayrıca postmenopozal kadınlarda glukokortikoid supresyonu ile östrojenin dolaşımdaki düzeyleri azaltılır; dahası, kastrasyon sonrası adrenaletomi uygulanması idrarda ölçülebilir östrojenlerin yok olmasını sağlar. Bununla birlikte klimakterik overlerin stromal ve hilus hücrelerinde in vitro koşullarda sınırlı miktarlarda östrojen üretimi olabileceği yönünde araştırmalar da vardır. Bu çalışmalar da ovarian venöz kanda periferal kan ölçümlerinin iki katı östradiol ve östron konsantrasyonu saptandı. Periferal ve ovarian venlerdeki androstenedion ve testosteron düzeyleri karşılaştırıldığında, ovarian vende sırasıyla 15 ve 4 kez daha çok bulunduğu saptanmıştır.

Yine de bu değerler premenopozal androjen değerlerinin yaklaşık yarısına tekabül eder.

Menopozla beraber testosteronun ovarian sekresyon miktarı değişmez, 60 µg/gün olarak kalır. Fakat non-ovarian kaynaklardaki dağılım değiştiği için, buradan olan üretim 190 µg/gün'den 120 µg/gün'e iner, buna azalmaya rağmen overlerden salgılanan testosteron relatif olarak artar. Yine de postmenopozal dönemde testosteron düzeyleri bir miktar azalmaktadır. Klimakterik dönemde yapılan oofektomilerle ise dolaşımdaki androjen düzeyleri %50 azalmaktadır (26,27).

Postmenopozal overlerin major androjen üreten bezler olmadığını savunan bir çalışmada, araştırmacılar 10 adrenal yetmezliği bulunan postmenopozal kadını değerlendirmiştir. Bu kadınların üçüne önceden benign nedenlerle oofektomi uygulanmıştı. Bu çalışmaya ayrıca adrenal yetmezliği olmayan 15 postmenopozal dönemde olup overleri mevcut kadın, 15 oofektomize kadın kontrol grubu olarak alınmıştır. Bütün hastaların plazma total Testosteron(T), SHBG'e bağlı T, serbest T, androstenedion (A), ve dehidroandrostenedion sülfat (DHEA-S) düzeyleri ölçüldü. Adrenal yetmezliği olanlara hCG ile stimülasyon testi, adrenal fonksiyonları normal olanlara ise deksametazon verildi. Belirli aralıklarla plazma T, A ve DHEA-S ölçümleri yapıldı. Adrenal yetmezliği olan hem postmenopozal hem de oofektomize kadınların hepsinde plazma total T, serbest T, ve bağlı T düzeyleri ölçüm limitlerinin altında tespit edilmiştir.

Adrenalleri intakt olan postmenopozal kadınların plazma total T, bağlı T, serbest T oranları sırasıyla 18 ng/dl, 3,7 ng/dl ve 30 pg/dl bulundu; bu değerler, adrenalleri intakt olan ooferektomize kadınların plazma düzeyleriyle benzer bulunmuştur.

Adrenal yetmezliği olan hem postmenopozal hem de ooferektomize kadınların plazma A düzeyleri ise limit değerlerin altında veya limite yakın değerlerdeydi. Adrenalleri intakt olan her iki grup hastanın ise plazma A düzeyleri benzer bulunmuştur. Plazma DHEA-S düzeyleri adrenal yetmezliği olan kadınlarda limitin altında (<2µg/dl), adrenalleri sağlam olan grupta ise düşük düzeyde, 58,1 µg/dl olarak bulunmuştur.

Plazma DHEA-S, total T, serbest T ve A düzeyleri adrenal yetmezliği olan grupta , hem postmenopozal kadınlarda, hem de ooferektomize kadınlarda ölçüm limitlerinin altında veya limite yakın değerlerde saptanmıştır.25 yıl önce yapılan bir çalışmada klimakterik overin plazma T düzeyinin %40-50'sinden, plazma Androstenedion düzeyinin %20-30'undan sorumlu olduğu konusunda yapılan yorumlara karşıt olarak; yapılan son çalışmada, adrenal steroidlerin yokluğu ve postmenopozal overlerin varlığında, hCG stimülasyonunun plazma seks steroidleri düzeyinde hiçbir artışa neden olmadığı vurgulanmıştır (28).

**Tablo 5: Klinik Değişimlere Göre Hormonal Profildeki Farklılıklar**

	E2	E1	T	A	DHEA
<b>Doğal menopoz</b>	↓	↑	→	→	↓
<b>Cerrahi menopoz</b>	↓	↑	↓	↓	↓
<b>Doğal menopoz + ooferektomi</b>	↓	↑	↓	↓	↓
<b>Doğal menopoz + sürrenal yetmezlik</b>	↓	→	↓↓	↓↓	↓↓↓
<b>Cerrahi menopoz + sürrenal yetmezlik</b>	↓	→	↓↓	↓↓	↓↓↓

Bir araştırma kadınların postmenopozal dönemde olsalar bile, benzer yaştaki erkeklerden daha düşük koroner arter hastalığı insidansına sahip olduğunu söylemektedir. Bu hipotezlerini ise maskulin seks hormonlarının proaterojenik olmasına

dayandırdılar.Androjen yağ dokusu dağılımı, koroner arter hastalığının artmış insidansı ile ilişkilidir (29).

## II.D) HORMONLARIN NÖROENDOKRİN ETKİLERİ

Beyin, spinal kord ve periferik sinirlerde ovaryan hormon reseptörleri bulunmaktadır (30). Beyinde amigdala, hipokampus, korteks, bazal ön beyin, serebellum, locus seruleus, orta beyin yarığı nukleusu, glia hücreleri ve santral gri dokuda östrojen reseptörleri bulunur.Bu bölgeler hafıza, kognitif fonksiyonlar ve psikofizyolojik iyilik hali üzerine etkili alanlardır. Östrojenin genomik etkisi nöronlara uzun süreli etki ile intrasellüler reseptörlere etki eder, gen transkripsiyonu ve protein sentezini düzenler.Östrojen nöropeptid ve nöroaktif maddelerin sentez ,ekspresyon ve reseptör aktivitelerini düzenler.Ayrıca uyarılabilirlik, sinaptik fonksiyon ve nöronal morfolojide etki eder. Östrojenin non genomik etki mekanizması açık değildir. Bu yolla direkt membranı etkileyen liganda bağlı iyon kanalları ve ikinci mesajcı sistem olan G proteini üzerinden etki eder (31).Östrojen nöron gelişimini sağlar, nöron hücre atrofisini önler, sinaptik iletiyi düzenleyici etki yapar.Östrojen azaldığında sinaptik iletide ve nöronlarda yapısal anlamda değişiklik oluşur.Östrojen ayrıca total serebral ve serebellar kan akım hızını düzenleyerek serebral glukoz metabolizmasına katkıda bulunur.Östrojen kolin asetil transferaz enziminin sentezi için gereklidir.Bu enzim asetil kolin yapımında kullanılır.Asetil kolin kolinerjik tonus gelişiminde, hafıza ve öğrenmede anahtar rol oynar.Östrojen aynı zamanda nörotik onarım sürecinde önemli nörotropik faktörler olan sinir büyüme ve beyin kökenli nörotropik faktörlerin yapımını artırır.Gözlemler göstermiştir ki endojen ve eksojen östrojen dalgalanmaları ile kadınların kognitif fonksiyonları arasında ilişki vardır ve bu ilişki sürecine beyin hayat boyu maruz kalır.Postmenopozal kadınlarda östrojen eksikliği hafıza bozukluğunun kaynağıdır.Yapılan nörofizyolojik testlerde, östrojenin özellikle verbal hafıza ve akıcılıkla ilişkili olduğu,postmenopozal dönemde yeni materyel öğrenimlerine katkıda bulunduğu saptanmıştır.Yapılan çalışmalarda HRT nin nörodejeneratif hastalıklara karşı koruyucu etkisinin ortaya konması ile bu tez desteklenmiştir.Östrojen nöronları beta amiloid birikimi ve toksinler gibi oksidatif stres ajanlarının etkisinden korur(32,33).

GABA,ACH,serotonin, noradrenalin ve melatonin düzeylerine etki eder.Östrojen azlığı noradrenerjik ve dopaminerjik sisteminde azalma nedeniyle hareket ve zeka kontrolü bozular.Östrojenin adrenerjik ve serotonerjik sisteme etkisi ile mood ve zeka kontrolü sağlanır.Kolinerjik sisteme etkisi ile kognitif fonksiyon ve verbal hafızaya etkisi vardır.

Opioid sistemi etkileyerek beta endorfin düzeyini azaltır,bu şekilde sıcak basmaları ,mood ,davranış psikolojisi ve nosiseptif uyaran cevabını etkiler.Östrojen davranış ve nöroendokrin fonksiyonları olan nöropeptid Y,galanin ve GnRH düzeylerini artırır.Nörosteroidleri arttırarak stres cevabı,uyku,hafıza ve depresyon durumunun kontrolüne katkıda bulunur (31,34).

Progesteron kullanımı östrojen reseptörlerini down regülasyona uğratır ve bu şekilde östrojenin bir kısım yararlı etkilerini önleyebilir.Ancak gösterilmiştir ki östrojen bazal ön beyindeki kolinerjik nöronlara ve bunların hipokampus ve korteksteki projeksiyonlarına olan etkisi progesteron tarafından azaltılamamaktadır.Mood üzerine olan etki konusunda östrojenler ve progesteronlar zıt etki yapmaktadır.Östrojenler mood üzerine pozitif etki yaparken progesteronlar negatif etki ederler.Östrojenin mood üzerine düzeltici etkisi serotonerjik sistem ile ilişkilidir.Östrojenler hipotalamik nukleuslarda serotonin re- uptake transporter kodunu taşıyan gen bölgelerinin ekspresyonunu arttırmaktadır (bu citolopram grubu antidepresanların beyinde bağlandığı bölge ile aynıdır) (33,35) . Östrojen aynı zamanda bir serotonerjik agonisttir. Serotonin sentezini ve onun metaboliti olan 5 hidroksi indol asetik asit düzeyini artırır.Östrojen MAO enzim yıkılma hızını da arttırarak serotonin yoğunluğunu arttırır.Ayrıca deneysel veriler , östrojenin triptofanı albüminden ayırarak serotonine dönüştürebilecek daha fazla triptofan bulunmasını sağladığını göstermektedir(36).

Progesteron beyin üzerinde östrojenlerin tersi etki gösterirler ve bazı kadınlarda disforik duygu durumuna neden olabilirler.Progesteronun duygu durumu üzerindeki baskılayıcı etkisi ,büyük olasılıkla allopregnanolon gibi aktif metabolitlerine bağlıdır.Progesteronun duygu durumunu baskılayıcı etkisi değişik çalışmalarda gösterilmiştir.Progestinler MAO ve GABA etkinliğini arttırarak ve bu yolla beyin uyarılabilirliğini azaltarak duygu durumu olumsuz etkileyebilirler (36).

## II.E) MENOPOZDA KLİNİK BULGU VE SEMPTOMLAR

Menopoz ,normal fizyolojik bir durum olmakla birlikte değişik semptomların görüldüğü bir tablo olarak karşımıza çıkar.Semptomlar her ne kadar menopozdan hemen önce veya sonraki ilk bir yılda daha belirgin olsa da zamanı ve sıklığı değişebilir(37,38). Menopozda kadınların yaklaşık olarak % 70-80'inde östrojen yetmezliği semptom ve bulguları ortaya çıkmaktadır. Over fonksiyonlarının bozulmasıyla beraber östrojen eksikliğine bağlı semptomlar hemen ortaya çıkar. Buna karşılık kadına postmenopozal dönemde ağır morbidite ve mortalite yükleyen kardiovasküler hastalıklar ve osteoporozla bağlı patolojiler geç dönemde ortaya çıkmaktadır (39,40,41,42). Stotlana ve Smith , menopozdaki değişiklikleri üç ana grupta toplamıştır.

- 1) Biyolojik (östrojen azlığına bağlı ) değişiklik ya da semptomlar olan vazomotor semptomlar (sıcak basmaları , gece terlemeleri ), endokrin ve metabolik değişiklikler (deri- meme atrofisi , osteoporoz , senil vajinit , disparoni , sık idrara çıkma , hirsutizm )
- 2) Psikolojik semptom ya da bulgular (depresyon, irritabilite, duygu durum değişiklikleri , uyku bozuklukları, kaygı )
- 3) Sosyal sorunlardır (aile içi zorlamalar : çekiciliğin ve kadınlığın azaldığı düşüncesi , değersizlik duygusu, aile dışı zorlamalar çevrenin kültürel tutumu) (44).

Klimakteryumda östrojen yetmezliğine bağlı semptom ve bulgular, ortaya çıkış dönemine görede iki gruba ayrılabilirler:

1- Erken Semptom ve Bulgular :

- a. Vazomotor semptomlar
- b. Psikofizyolojik değişiklikler
- c. Atrofik değişiklikler
- d. Bağ dokusu değişiklikleri

2- Geç semptom ve bulgular :

- a. Kardiyovasküler sistem hastalıkları
- b. Osteoporoz

### 1- ERKEN SEMPTOM VE BULGULAR

#### A. VAZOMOTOR SEMPTOMLAR

Kadında klimakteryumun en belirgin özelliğidir. Postmenopozal kadınların %85'inde bu yakınma görülür ve bu dönemdeki kadınların hekime başvurmasına neden

olan en sık semptomdur. Vazomotor değişiklikler premenopoz döneminde (menopozdan önceki 4-5 yıl ) ortaya çıkar ve pek çok kadında bu değişiklikler perimenopozun geç ve postmenopozun erken evrelerinde görülmesine karşın , menopozdan sonra 10 yıla varan bir süre boyunca devam edebilir (41,43). Sıcak basmaları 60-62 yaşlarındaki kadınların %15 de tespit edilmiştir. Kişiler arasında frekans, süre ve yoğunluk açısından önemli farklar bulunmaktadır. Sıcak basmalarının günde 10 hatta 50 atak olmasına karşın yılda 5 atak şeklinde olabileceği değişik gruplarda gösterilmiştir. Bu olay baş ve boyundan başlayan sıcaklık ve kızarıklık hissinin vücudun diğer taraflarına yayılması sonrasında bol terlemenin eşlik ettiği durum olarak tanımlanır. Öncesinde prodromal bir dönem vardır. Vücut yüzeyinde ısı yükselir, derinin ısıyı iletimi değişir, ardından santral ısı düşer. Süresi birkaç saniyeden dakikaya hatta nadiren saate kadar değişkenlik gösterebilir. Sıklığı seyrek veya sürekli tekrarlayan tarzda olabilir. Geceleri veya stres sırasında daha sık ve şiddetli olabilir. Sıcak basma epizodlarında vücut sıcaklığı ve nabız sayısında artma ile birlikte ellerde kan akımının hızlanmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır. Uyku sırasında oluşan sıcak basmaları gece terlemeleri olarak isimlendirilir(40,45,46).

Klimakterik semptomların ve yakınmaların over aktivitesinin azalması ile yakından ilgili olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Östrojen replasman tedavisi normal dozlarda verildiğinde, FSH ve LH seviyelerini premenopozal seviyelere düşürmemesine rağmen sıcak basmalarını hafifletmede yeterli olmaktadır. Sıcak basmalarının oofektomi ve postmenopozal dönemi takiben hemen başlaması östrojen yetersizliği ile bağlantısını ortaya koymaktadır. Son zamanlarda gözlemlerden kaynaklanan tartışmalar plasma östrojen seviyeleri ile termoregülatör merkezdeki östrojen seviyelerinin eşit olmadığı yönünde yoğunlaşmıştır (45). Gonadal disgenezisi olan hastalarda östrojen çekilmesi uygulandığında sıcak basmalarının başladığı gösterilmiştir ki bu sıcak basmaları ile östrojen düzeyinin azalması arasındaki ilişkiyi gösteren bir klinik korelasyondur (3). Diğer ilginç bir gözlem izole gonadotropin yetersizliği olanlarda östrojen çekilmesi yaratıldığı zaman sıcak basmalarının ortaya çıkması, spontan olarak sıcak basmalarının meydana gelmemesidir(45).

Progestinlerin vazomotor semptomları azalttığı daha çok sıcak basmalarının sayısını düşürdüğü fakat kaybolmasını sağlayamadığı ortaya konmuştur. Progesteronların sıcak basmaları üzerinde artırıcı veya olumsuz bir etkisi yoktur (45).

Östrojenlerin azalması ile katekolöstrojenlerin sentezinde azalma meydana gelmekte ve katekolaminlerin metabolizması etkilenmektedir. Katekolamin konsantrasyonunun hipotalamusta azalması ile vücut ısısına duyarlı merkezlerde dengesizlik oluşmaktadır. Bu olayda nörotransmitter olarak görev yapan maddenin norepinefrin olduğu düşünülmektedir (45).

Endorfin sekresyonunda östrojenlerin regüle edici etkisi bulunmaktadır. Östrojen ve progesteronlar hipotalamik beta endorfin seviyelerini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda sıcak basmaları öncesinde beta endorfin seviyelerinde düşme gösterilmiştir. Alfa adrenerjik agonist olan klonidin ve alfa metil dopa kullanımında sıcak basmalarının azaldığı görülmüştür. Kadınlarda dopamin salgılanması ve fonksiyonunun hipofizer supresyonda rol oynadığı dopamin – epinefrin oranlarında değişikliğin sıcak basmalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir (45).

Sıcak basmalarına LH yükselmelerinin de katkısı olduğu bilinmektedir. Sıcak basmaları LH pikleri ile eş zamanlı görülmektedir. Ancak hipofizektomi sonrası sıcak basmaları persiste kalmaktadır (40).

Sıcak basmalarının etyolojisi ile ilgili bir diğer görüş GnRH 'ın bizzat kendisi veya aracılık yaparak rol oynadığı görüşüdür. GnRH nöronları , hipotalamik bölgede termoregülatör merkeze yakın olan preoptik alanda yerleşmiştir. GnRH in sürekli kullanımı ile hipofiz hormonlarının tama yakın supresyonu sonucu sıcak basmalarının ortaya çıktığı , GnRH analogları ile medikal hipofizektomi gerçekleşen hastalarda oluşan sıcak basmalarının dışarıdan östrojen verilmesine rağmen devam ettiği gözlenmiştir (45).

Premenopozal kadınların % 10-15 'inde sıcak basmaları görülmektedir. Bu durum daha çok psikonörotik nedenler, stres, tiroid hastalıkları, feokromasitoma, lösemi, karsinoid sendrom ve kanser gibi başka nedenlere bağlanır (40).

## **B. PSİKOFİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER :**

Yakın zamana kadar kadınlara menopozun yavaş yavaş oluşacağı ve aşikar belirtiler göstermeksizin gelişeceği bilinirdi. 1900 lü yıllarda spesifik psikiyatrik görüş olarak kabul edilen ve günümüzde terkedilmiş bir kavram olan orta yaş döneminde

menopozun bir sonucu olarak kabul edilen bir takım psikolojik şikayetler tespit edilmiş ve bunlar istem dışı psikoz=involüsyonel psikoz=involüsyonel melankoli adı altında ifade edilmişti.Belirgin menopoz belirtileri gösteren kadınların menopozdan önceki dönemlerde de bir dereceye kadar ruhsal açıdan dengesiz olduğu düşünülür ve menopoz semptomları kadının imajınasyon ürünü olarak kabul edilirdi.Oysa bu gün menopozun kadının bedenini ve beynini dramatik şekilde etkilediğini, kadında fiziksel ve emosyonel dengenin bozulmasına yol açtığını bilmekteyiz (47,48).

Sosyokültürel ve ekonomik düzeyi yüksek olan toplumlarda gençliğe, genç kalmaya , cinselliğe aşırı önem verilir.Bu toplumlardaki kadınlar menopoza yaklaşırken bu durumu, üreticiliğinin,kadınlığının , cinsel çekiciliğinin sonu olarak görebilirler.Özellikle herhangi bir nedenle çocuk sahibi olmamış kadınlarda bu düşünceler daha fazla yoğunlukta olabilir.Kadın çöküntü içine girebilir.Karı koca arasındaki iletişim bozulabilir.Erkek bu dönemde orta yaş krizine girebilir.Menopoz döneminde bulunan eşine yeteri kadar destek veremeyebilir.Daha önceki yaşamında düşünmeye önem veren kadınlarda , menopoz döneminde düşünmeye eğilim daha da artar.Bir yandan yaşamlarının akıp gitmekte olduğunu üzüntü ve şaşkınlıkla gözlerlerken öte yandan konu ile yüzleşmekten kaçınmazlar.Zaman zaman üretici ve yararlı bir hayat geçirip geçirmediklerini sorgularken bir yandan da bundan sonraki hayatlarında ne yapacakları konusu ile meşgul olurlar.Gençliğe aşırı önem veren toplumlarda menopoz kadın için bir ceza olarak algılanır.Oysa Hint , Arap toplumunda ve ülkemizde kırsal alanlarda yaşayan kadınlar ise menopoz ile birlikte statü farklılaşması , hamile kalma tehlikesinin ortadan kalkması gibi nedenlerle menopozu bir ödül olarak algılayabilirler.Bu toplumlarda menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik sorunlara daha az rastlandığı bildirilmiştir.Diğer bir deyişle kültür, inançlar, değerler ve tutarlara bağlı olarak birey tarafından menopozun önemsiz veya travmatik , olumlu veya olumsuz yaşanabileceği vurgulanmaktadır ayrıca bu faktörler menopozal semptom çeşidini ve depresif semptomların ifade edilebilmesini de etkilemektedir(34,49).

Sözü edilen belirtilerin menopoz döneminde meydana gelen hormon dengesizliklerinden mi, yoksa psikososyal faktörlerden mi kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir. Menopoz pek çok kadının genelde yaştan kaynanlanan rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı ve çocukların bağımsızlığını kazanıp, evden ayrıldığı bir

dönemde ortaya çıkar.Anılan değişimler , bazı kadınlarda kimliklerinin, kendilerine olan güvenlerini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olabilmektedir.Bir başka grup için ise , bu olaylar farklı sorumluluk gerektiren ilişkiler ve olumlu psikolojik gelişimler için yeni fırsatlar anlamına gelmektedir.Bu nedenle menopoz kadının hayatında sadece biyolojik değişimler değil , aynı zamanda bunun yanında oluşan sosyal ve psikolojik değişimler nedeniyle de kritik bir geçiş dönemidir.Menopoz döneminde anılan tüm şikayetlerin doğrudan hormon düzeyindeki değişimlerden kaynaklanmadığı , sosyal ve psikolojik değişimlerinde bu dönemdeki belirtilerle ilgili olabileceği gösterilmiştir(47,50).

Yapılan çalışmalar , psikolojik belirtilerin kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğunu göstermektedir (34,51).Ancak bu bulguların metodolojik bir hata içermesi ve dolayısıyla gerçeğinden farklı sonuç yansıtması mümkündür.Çünkü kadınların , yaşadıkları duygusal semptomları , erkeklere nazaran daha özgürce kabullendikleri ve böylece kendileri hakkında bilgi verdikleri anketlerden daha yüksek puan aldıkları bilinmektedir.Ama yine de bu metodolojik hatalar gözardı edilse bile , kadınların yaşamları boyunca cinsiyetlerine bağlı olarak yaşadıkları birtakım değişikliklerden olumsuz etkilenmektedirler(52).

Menopozla ilişkin psikolojik belirtiler şunlardır :

- Depresif ruh hali
- Sinirlilik
- Kendine olan güvende azalma
- Karar vermede zorluk çekme
- Kaygı (endişe)
- Unutkanlık
- Dikkat toplamada güçlük çekme
- Kendini değersiz hissetme
- Uykusuzluk
- Yorgunluk hissi
- Baş dönmesi nöbetleri
- Cinsel istekte azalma
- Ağlama isteği

- Anksiyete
- Günlük olaylardan çabuk etkilenme
- İnstabilite
- İştah artışı
- Genel isteksizlik
- Uyku düzensizliği ve sabah erken uyanma
- Toplumdan uzaklaşma

Yapılan bir çalışmada klimakteryum döneminde irritabilite-sinirlilik % 10-91, depresyon % 13-86, konsantrasyon kaybı % 82, kişilik değişikliği %81, uyku bozukluğu % 9-77, motivasyon yokluğu % 77, hafıza kusuru % 75, sıcak basması % 37, baş ağrısı %19 ve aşırı terlemenin % 18 oranında olduğu belirtilmiştir(43).

Psikologlar tarafından yapılan araştırmalar,menopozun yaş ilerlemesine bağlı ortaya çıkan gelişimsel bir değişim dönemi olduğunu ve kadınların bu döneme ilişkin yaşadıkları sıkıntıların adet kanamasının sona ermesinden çok sağlık, yaşlanma, psikolojik ve sosyal yaşamdaki değişiklikler gibi psikososyal etkenlere bağlanabileceğini göstermişlerdir.

Jinekologlar tarafından yapılan çalışmalarda ise menopoza bağlı ortaya çıkan belirtiler hormon düzeyindeki değişimlere bağlanmıştır. Bu iki farklı bakış açısı psikososyal görüş ve biyolojik görüş adı altında ifade edilmektedir . Tam olarak kanıtlanmış olmasa da menopoz döneminde meydana gelen psikososyal ve biyolojik değişiklikler psikolojik problemler için tetikleyici olmaktadır ve mevcut psikolojik sıkıntının kaynağı çok yönlüdür(43).

Menopoz dönemindeki pek çok kadının duygusal rahatsızlık yaşadığı, ancak bu rahatsızlıkların menopoz öncesi dönemden başlayarak menopoz dönemine mi taşındığı ,yoksa doğrudan menopoz döneminde mi başladığı ayırtedilememektedir.Menopoz döneminde her kadında duygu durumunda dalgalanmalar ve davranış bozukluklarının ortaya çıkmadığını ve menopoz ile doğrudan ilişkili duygusal bir sendromun bulunmadığını gösteren çalışma bulguları mevcuttur(43).

Menopoz pek çok kadının genellikle yaştan kaynaklanan , rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı , eşin ölümü veya hastalığı , boşanma veya ayrılık , işsizlik, ebeveyn ölümü , yaşlıların bakımı , çocukların bağımsızlığını kazanıp evden ayrılması

(boş yuva sendromu), yeni bir çevreye taşınma ve sosyal destek kaybı gibi olumsuzlukların riskinin arttığı bir dönemdir(43).Anılan değişimler bazı kadınlarda , kimliklerini , kendilerine olan güvenlerini , aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olmaktadır.Bir başka grup ise, bu olayları farklı sorumluluk gerektiren ilişkiler ve olumlu psikolojik gelişmeler için yeni fırsatlar anlamına gelmektedir.Bu dönemde gebe kalma korkusunun olmaması , büyükanne olmanın mutluluğu , çocukların evden ayrılması ile özgürlüğün yeniden keşfi , büyük amaçlar için uzun zamandır beklenen fırsatların doğması , evlilik yaşantısının kalitesinde değişiklikler ve aile yönelimli yaşam stiline ev dışında da çıkış noktaları bulabilme gibi olumlu değişiklikler de vardır(41).

Menopozla birlikte başlayan yaşam sürecinde ortaya çıkan değişimlerin kadın psikolojisine yansımaları , bu sürecin önemli semptomlarının da ortaya çıkmasına neden olur.Hatta çok genel bir yaklaşımla ,menopozla ilgili yakınmaların çoğunun biyolojik kökenli olduğu , ancak hemen tamamının psikolojik yansımalarının bulunduğu söylenebilir(41).

Nevrozların çoğunlukla erginlik veya menapoz döneminde ortaya çıkmasının nedeni Freud'un psiko – ekonomi modeli ile açıklanmaktadır.Bu modelde bastırılmış dürtülerle bastırıcı güçler arasında bir denge vardır.Bu dengenin değişimi bastırılmış dürtünün gücünde artma veya azalma ya da bastırıcı güçlerin azalması nedeniyle olabilmektedir.Bu bağlamda kişi önceden bir miktar deşarj olmamış içgüdüsel enerjiye dayanabilmekteyken menopoz dönemindeki fiziksel değişiklikler , kontrol edilebilen bu dürtülerin gücünü arttırmasına , dolayısıyla dengenin bozulmasına , savunmaların yetersiz kalarak psikopatolojinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır(53).

Psikoanalitik kuramlar çerçevesince Freud üretkenlik kaybı , yas-elem tepkisi ve melankoli arasında bağlantı kurar ve menapozal depresyonun psikojenezinde feminite kaybının esas olduğunu belirtir.Bazı psikoanalistler ise menopozu üretkenlik ve feminite kaybı olarak ele alır ve kayıp tepkisi , yaşamın amaçsızlığı düşüncesinin geliştiğini belirtir.Buna göre menopoz baş edilmesi çok güç , narsistik rezil olma durumudur ve organik gerilemeye karşı oluşan psikolojik tepkilerle baş edilmesi kadının yaşamındaki en güç görevdir(53).

Üretkenlik ve cinsel haz , mutluluk verici özellikleri yanında , toplumsal değer yargıları , kadının değişen rolleri , aile ilişkileri ile bağlantılı yeni etkileşimleri ve değişik duygu ve tepkileri gündeme getirmektedir.Toplumda güzellik ve çekicilik ile ilgili kavramlar ve kadın vücudunun ön plana çıkışı diğer sosyal ve psikolojik etkilerdir.Cinsellik ve üretkenlik , haz-mutluluk yanında kızgınlık, suçluluk, öfke, utangaçlık gibi değişik duygu , çatışma ve tepkilere neden olur.Menopoz, organizmada değişikliklere neden olmasının yanında kadınlık ve cinselliğe ilişkin endişeler , estetik kaygılar, sosyal rollerde uyum güçlüklerini de gündeme getirir.Kendisinde normal periyodik kanamaların olmasını sembolik anlamda yaratma olarak düşünen kadın, menopoz dönemini üretebilme ve yaratabilme yeteneğinin ve gücünün sona erdiği bir dönem olarak yaşayarak başka işlevlerin de ortadan kalktığı duygusu içine girmektedir.Bu nedenle bir kadının dünyasında bu sembolik anlamın yükü ne kadar fazla ise bu anlamı oluşturan ya da anlamın kaynağını oluşturan uterusun işlev kaybı da o derece derin etki oluşturmakta ve menopozun komplike hale gelmesinde etkili olmaktadır(53).

Bir kadının benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük ise her alanda olduğu gibi menopoz döneminde de pek çok sorun yaşayacaktır.Sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirmiş ve yaşı yaşayabilecek bir benlik gücüne kavuşmuş bir birey menopoz döneminde de yaşadığı kayıpla ilgili yaşı yapıcı bir şekilde yaşayıp olumluya döndürme şansına sahiptir(54). Daha önceki yaşamında beklediği amaçlara erişememiş, geriye dönüp baktığında dolu yaşanmış bir ömür gözleyemeyen , üretici olmamış ya da kalıcı birşeyler bırakamamış kişilerde bu dönem daha sorunlu ve endişe verici olacaktır(54).

Değişik alanların irdelendiği çalışmalarda menopoz ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik hipotezler ileri sürülmüştür.Bu hipotezler şöyle özetlenebilir:

- Mizaç semptomları ; evlilik durumu , aile rollerindeki değişiklikler, zorlayıcı yaşam olayları ve yaşlanmaya bağlı değişikliklerle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır.
- Mizaç semptomları östrojen düzeyinin azalması ile birlikte ortaya çıkmaktadır ve benzer tablo ooferektomi sonrasında da görülmektedir.Bu hipotezle bağlantılı olarak serotenerjik sistem değişikliklerinin psikiyatrik semptom ve bulgulara neden olduğu ileri sürülmüştür.Östrojen , mono amino oksidaz yıkılım yolunu uyararak serotonin

katabolizmasında bir azalmaya ve serotonin sentezinde önemli olan triptofanın plazmada taşındığı alanlardan ayrılarak serotonin sentezinde kullanılmasına yol açar.

- Mizaç semptomları , sıcak basmaları ve vaginal kuruluk gibi östrojene duyarlı somatik yapılara tepki olarak ortaya çıkar ve bu somatik yakınmaların tedavisi ile mizaç semptomları da düzelir (Domino teorisi)

- Psikolojik duyarlılık , yalnızca beyin kan akımında östrojen düşüklüğünün direkt veya indirekt etkisine bağlı değil , aynı zamanda hala aydınlatılmamış olan nörotransmitter bozukluklarına bağlıdır(55).

Desteklenen hipotez hangisi olursa olsun , duygu durum bozukluğu ve menopoza arasında bir ilişki olduğundan söz edilmektedir.Ortaya çıkan tablo , anksiyete ve depresif semptomlarla birlikte olan çoğul somatik yakınmaların bileşiminden oluşur(55).

Prospektif olarak 200 kadının izlendiği Massachusetts kadın sağlığı çalışmasında doğal menopozun başlangıcı ile depresyon riski arasında bir ilişki bulunmamakla beraber perimenopozal dönemin uzun olmasının depresif semptomatolojide geçici bir artış yaptığı ve perimenopozal depresyonda hafif bir artış olduğu rapor edilmiştir(40).

Menopozda görülen psikolojik semptomlarla ilgili pek çok çalışma yapılmasına rağmen çalışma popülasyonuna bağlı olarak prevalans değişmekte ve klinik örneklemedeki kadınlarda genel popülasyondaki kadınlara göre semptomların daha fazla olduğu belirtilmektedir.2001 Avusturalyalı kadında yapılan çalışmada gösterilmiştir ki , genel popülasyondaki aynı yaş grubu kadınlardan menopoz öncesindeki yüksek nörotizm düzeyi , daha fazla oranda pelvik ağrı,premenstrüel gerginlik hali,dismenore şikayetleri gibi farklı özellikler gösterdikleri ileri sürülmüştür.Bu bireylerin yalnız menopoz döneminde değil, yaşamlarının herhangi bir döneminde de psikiyatrik bozukluk olasılıklarının normal popülasyondan daha yüksek olduğu, buradan hareketle, bir kadının menopoz dönemi sorunuyla baş edebilme gücünün, kişilik özellikleri ve premorbid uyumu ile yakından ilgili olduğu belirtilmiştir(34,40).

Postmenopozal sıklıkla görülen psikofizyolojik şikayetlerin direk östrojen ile kesin olarak ilişkilendirilmesi olası görülmemekte ancak östrojen tedavisinin başta sıcak basması olmak üzere pek çok semptomu iyileştirdiği bu yol ile de mood düzelmesine pozitif yönde etki ettiği kabul görmektedir(40).

Östrojen eksikliğinde görülen emosyonel labilite , depresyon , uyku bozuklukları,bellek kaybı, cinsel disfonksiyon ve davranış değişiklikleri hormon replasman tedavisi ile düzelmektedir.Ancak bir çok menopozal kadının yakındığı bu semptomlar direkt olarak seks hormon üretimindeki azalmaya mı bağlıdır , yoksa annelikten infertil yaşama ve ardından da seniliteye uzanan karmaşık bir geçiş sürecindeki mental değişikliklerle mi açıklanabilir halen tartışma konusudur(43).

Östrojen merkezi sinir sistemi üzerindeki değişik etkileri nedeniyle , hem menopozal semptomların hem de affektif bozuklukların tedavisinde denenmiştir.Menopozal sendromlu kadınlarda östrojen verildikten sonra hem fiziksel hem emosyonel semptomlarda düzelmeye gözlenmesine rağmen bu , östradiolün mizaç üzerinde direkt etkisi vardır anlamına gelmez.Östrojen tedavisi primer menopozal affektif sendromu mu düzeltmektedir yoksa sıcak basmalarına sekonder uyku düzensizliği gibi hormona duyarlı fiziksel yakınmaların düzelmesi ile mi affektif ve davranış semptomlarına olumlu katkılar sağlamaktadır ? Bu tartışmalar devam etmektedir(47).

Depresif epizod , semptomların belli şiddet , yoğunluk ve sürede bir arada bulunmasını gerektirir.Depresif mood ve depresif hastalıklarla denk görülmemeli ,depresif hastalık multifaktöriyel patofizyolojik bir olaydır(32). Depresif hastalık kriterleri DSM IV ve ICD –10'a göre tanımlanır. Bu kriterlere göre major depresyon mood ve performansta azalma, genel olarak kendine güven azalması,umutsuzluk hissi,suçluluk hissi girişimler,iştah ve kilo değişiklikleri,libido,uyku ve psikomotor aktivitede ki değişikliklerin 2 haftadan uzun süre devam etmesi olarak tanımlanır.Yapılan çalışmalarda depresif semptom gösteren kadınlarda major depresyona rastlanmamıştır(34).Menopoz dönemindeki ani, dramatik östrojen azalması ile çeşitli depresif semptomların dolaylı ilişkisi vardır.Östrojen azalmasıyla doğrudan ilişkisi bulunan sıcak basmaları ve terleme bu dönemde en sık görülen belirtidir.Özellikle uyku bozulmalarına yol açabilir.Uykusuzluk ve bunun yol açtığı ruhsal belirtiler ise depresif belirtilerle benzeşir. Menopozda hormon eksikliğine bağlı oluşan cinsel işlev bozukluğu , aynı zamanda anksiyete , benlik saygısında azalma ve eşyle ilişkilerinde bozulmaya yol açabilir.Beden imajındaki değişiklikler ve önemli bir doyum kaynağının kaybı depresyon gelişmesinde rol oynayabilir(47).Ancak menopoz tek başına depresif semptomların major sebebi olarak kabul edilmemelidir.Çalışmalar perimenopozal dönemin depresyon

için yüksek risk taşıdığını vurgulamaktadır fakat direk olarak serum hormon düzeyi ile mood semptomlarının ciddiyeti arasında net bir korelasyon saptanmamıştır. Geniş popülasyonlu çalışmalarda menopozal geçiş döneminde depresyon gelişmesinde daha önceden depresyon öyküsü varlığı, premenstrüel sendrom varlığı, kognitif fonksiyonlar ve sosyal faktörler ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Yetersiz sosyal destek, kötü evlilik, stres dolu yaşam, pozitif ilişkilerden mahrumiyet menopoz döneminde depresyona neden olan psikolojik semptomları arttırmaktadır. Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda depresif semptomlar aynı sıklıkta iken Asyalı kadınlarda daha azdır. Hastanın bulunduğu değişik kültür etnik grup menopozal semptom çeşitini ve depresif semptomların ifade edilebilmesini etkilemektedir(34).

Bazı çalışmalarda cinsel işlevdeki azalmaya menopozun düşük oranda katkısı olup yaş ve evli olup olmamanın öneminin daha belirgin olduğu belirtilirken, bazı çalışmalarda da menopozal durumun genital atrofi, genital dolaşım ve sinirsel ileti azalması, hormonal kayıp, sosyal faktörler gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak cinsel aktivitede değişikliklere neden olduğu, cinsel ilgi, cinsel istek, cinsel ilişki ve orgazm sıklığının azaldığı, bunun yanında cinsel isteğin dışa vurumunda bir artışın da izlenebildiği bildirilmiştir(47,48).

Postmenopozal kadınlarda cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı ve orgazm konularında sorunlar oldukça fazladır. Çalışmalarda menopozal geçişle birlikte istek ve ilişki sıklığında belirgin düşme olduğu saptanmıştır. Vajinal kuruluk, cinsel uyarılma sırasındaki vajinal lubrikasyonda azalma ve ağrılı cinsel ilişkinin sıklıkla menopozla eşlik ettiği ileri sürülmektedir. Ancak bu birlikteliğe ait veriler açık değildir. Vajinal kuruluk sadece menopozla özgü olmayıp, hafif-orta derecede vajinal kuruluk fertil kadınların yaklaşık % 5-10'unda görülebilirken postmenopozal kadınlarda % 10-30 oranında görülmektedir. Ayrıca çalışmalarda vajinal atrofi derecesi östrojen düzeyi ile ilişkili bulunurken ağrılı cinsel ilişki ile östrojen düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Hatta, cinsel aktivitesini sürdüren postmenopozal kadınlarda vajinal atrofisinin cinsel aktivitesini sürdürmeyen kadınlara göre daha az olduğu gözlenmiştir. Cinsel uyarılma sırasındaki vajinal lubrikasyon ve vajinal kan akımında azalmanın kadının subjektif cinsel uyarılma duygusunu da etkileyebileceği belirtilmiştir. Memelerin, labia, uterus ve vajina epitelinin

atrofisi nedeniyle cinsel ilişkinin daha az tatminkar veya ağrılı olabileceği , bunun da cinsel ilgide azalmaya neden olabileceği belirtilmiştir(56,47,49).

Çalışmalarda menopoz sonrası kadınlarda seksüel aktivitede azalma olmayacağı gösterilmiş olmasına rağmen seksüel aktivite pratik anlamda azalmaktadır.Menopoz döneminde seksüel aktivitedeki azalmanın en sık nedeninin vajinal kuruluğa bağlı olarak gelişen ağrılı cinsel ilişki olduğu belirtilirken diğer bir önemli etkenin de sosyokültürel davranış kalıplarını getirdiği kısıtlamalar olduğu tanımlanmaktadır(56,47,49).

Uykusuzluk veya uyku bozukluğu postmenopozal dönemde sık rastlana bir semptomdur. Postmenopozda total uyku zamanı,uyku derinliği ve REM uykusunda azalma,gece uyanıklığında artma olur(57).Daha çok depresyona değil, ateş basmaları gibi fizyolojik sorunlara ikincil olabileceği gibi santral kökenli de olabilir(48,58).Genel kabul edilen postmenopozal uyku bozukluğu sex steroidleri ile ilişkilidir , ayrıca uykuya direkt etkisi olan sıcak basmaları , kardiyak ritim ve stres reaktivitesi ile de yakından ilişkili olduğudur(29).Yapılan çalışmalarda menopozal semptom tanımlayan kadınların uyku kalitesinde menopozal semptom tanımlayanlara göre daha fazla subjektif bozukluk olduğunu ileri sürmüşler, menopozdaki hormonal değişikliklere bağlı gelişen uykusuzluğun yaygın olduğu, hatta bu dönemde kadınların üçte birinden fazlasında uyku düzenleyici ilaç kullandığı belirtilerek, artan uyku bozukluğunun depresyona ,panik bozukluklara ve yaygın anksiyeteye neden olabileceğine dikkat çekilmiştir(57,59).Yapılan çalışmalarda mensturasyon sırasında östrojen düzeyi düşükçe uykusuzlukla ilgili şikayetlerin insidansının arttığı gösterilmiştir(58).

Bunun yanında menopoz döneminde ciddi uyku apne ve hipopneleri de görülür. Tedavi edilmeyen ve uyku kalitesinde ciddi bozukluğa yol açan bu durumlar ciddi fizyolojik ve psikolojik bozukluklara neden olabilir.Bu kişilerde özellikle dikkat gerektiren işlerde çalışanlarda hayatı tehdit edici durumlar oluşabilir ve hemodinamik denge bozulmasıyla hipertansiyon, kardiyak aritmi,stroke ve serebrovasküler hastalıklar görülebilir(59).

Klimakterium semptomlarını ciddiyeti ve natürü kadının biolojik ve psikososyal hazırlığı, geçmiş deneyimleri ve olumsuz yaşam koşullarına gösterdiği tepki ve uyumlu ilişkili olup daha çok kişisel faktörlerin belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.Bu zedelenebilir kadınların klimakterik geçişe semptom düzeyinde hasta davranışı

göstererek cevap verdiklerini kabul etmeye genel bir eğilim varsa da aslında bu semptomları tanımlayan tipik bir klimakterik tablo yoktur. Bireysel farklılıklar önemli olup, bazı kadınlar psikolojik semptom profili gösterebilirken bazılarında somatik semptomlar ön planda olmakta, diğer bir grubunda ise psişik ve somatik semptomlar birlikte görülmektedir. Yine de menopozal dönemdeki kadınlarda rastlanan psikiyatrik hastalıkların prevalansı uygulanan ölçme tekniklerine, seçilen örneklerin menopozal durumuna (premenopozal, doğal veya cerrahi) göre belirgin farklılık göstermektedir (43). Menopozda görülen semptomların şiddeti hormon düzeyi ile ilgili olduğu kadar kadının yaşlanmaya karşı dayanma gücüne, genel sağlık durumuna, aktivite düzeyine ve kadın için yaşlanmanın psikolojik anlamının ne olduğuna bağlı görünmektedir. Kadın, yaşamının bu döneminde psişik güçlüklerle karşılaşmaktadır. Menopoz öncesinde düşük benlik algısına, yetersiz yaşam doyumuna ve sosyal desteğe sahip kadınların bu döneminin güçlüklerinden daha fazla etkilendikleri vurgulanmaktadır. Çalışmacılar kadınların menopozda tepkilerinin aslında yaşamlarının diğer kritik dönemleri olan, puberte ve gebelik dönemlerindeki tepkilerine paralel olarak geliştiğini dikkat çekmişlerdir. (47,56)

Özetle, menopozun görünürde bir gelişim krizi olmakla beraber, tek başına bir psikiyatrik bozukluk olmadığı tek başına depresif semptomların da major sebebi olarak görülmemesi gerektiği, menopoz döneminde ortaya çıkan psişik semptomların zedelenabilir kadınlarda daha belirgin olduğu görüşü hakimdir (34,43,47,56).

### **C. ATROFİK DEĞİŞİKLİKLER**

35 yaşından sonra fertilitede kademeli azalma ve bazı premenopozal kadınların sıcak basması yakınmalarına rağmen, menopozun ilk belirtisi menstruel siklustaki değişiktir. En sık görülen şekli, menstruel akımın hem miktar hem de süresinde sonuçta tamamen kesilmeye kadar giden, tedrici azalmadır. Over fonksiyonundaki azalma sıklıkla yavaş geliştiği için, menstruasyonun birden kesilmesi oldukça nadirdir. Hastaların küçük bir kısmında daha sık ve fazla miktarlarda vajinal kanamaları olur. İntermenstruel kanama da olabilir. Bu tip bir kanamanın varlığı, ovulasyon olsun veya olmasın hala devam eden follüküler aktiviteyi gösterir. Ancak atipik endometrial hiperplazi veya endometrial karsinom gibi organik bir hastalığı da gösterebilir. Menstruasyonların tamamen kesildiği tanısı ileriye dönük konulur. Bir sene kadar süren amenore tanısı için

yeterli kabul edilmektedir. Bir yıl süren amenoreyi takiben, folliküler aktivite sonucu vajinal kanama oldukça nadiren görülür. Yaşlı kadınlarda, uzun süren amenore sonrası uterin kanama şikayeti, daha çok organik bir hastalığı düşündürür. Menstruel fonksiyon azaldıkça, over hormon salgısındaki azalmayı yansıtabilecek şekilde, mastodini, abdominal şişkinlik, ödem, baş ağrısı ve siklik emosyonel bozukluk gibi ilişkili semptomlar geriler (60).

Postmenopozal kadınların çoğunda, farklı derecelerde vajina epitelyumunda atrofik değişiklikler oluşur. Vajina zamanla kısalır ve daralır. Vajina cildi incelmış, ruga'lar düzleşmiştir. Epitel incelidikçe, kapiller yatak yaygın ve yama tarzında parlar. Yüzey kapillerlerinin yırtılması düzensiz olarak dağılmış peteşi ve kahverengine çalan akıntıya sebep olabilir. Vajinal duş veya koitusla bağlı minimal travma, hafif vajinal kanamaya sebep olabilir. Östrojen yetersizliği sonucu, vajina epiteli hücrelerinde yeterli glikojen toplanamaz. Döderlein basilleri için yeterli gıda ortamı kaybolduğundan bu bakterilerin yerine çeşitli bakterilerden oluşan bir flora oluşur. Vajinanın asit reaksiyonu geriler ve sonunda vücut pH'sına paralel reaksiyon gösterir. Bu nedenlerden dolayı, vajinal atrofi ve lokal bakteriyel yayılım, vajinal akıntı ve kaşıntıyı erken dönemde başlatabilir. Vajinal epitelin ileri derece atrofisi ile kapiller yataklar giderek seyrekleşir; hiperemik görünümün yerini, düz, parlak ve soluk renkte epitel yüzeyi alır (60,61). Serviks uterinin rengi de, vajina gibi soluklaşır. Östrojenlerin azalmasına paralel olarak servikal kanalı döşeyen silindirik epitelin yerini yassı epitel alır(61) . Genellikle serviks küçülür ve servikal mukus salgısında azalma olur. Bu durum disparoni şikayetine neden olabilecek vajinal kuruluğu arttırır (60).

Klimakterik kadında, uterusun aşağı inmesi, sistosel ve rektosel insidensini arttırabilir. Bu durum muhtemelen östrojen kaybı ile birlikte, yaşa bağımlı hücre bölünmesi yavaşlaması ve doku esnekliğinin azalması ile ilişkilidir (62). Östrojen, mesane ve üretra epitelinin devamında önemli bir rol oynar. Belirgin östrojen eksikliği, bu organlarda atrofiye neden olabilir. Bu durum, üriner urgency, inkontinans, piyüri veya disüri olmadan pollaküri ile karakterize atrofik sistite yol açabilir. Meatusun sarkması ve epitelin incilmesi ile üretral tonusun kaybı, dizüri, üretral meatusda hassasiyet ve bazen hematüriye neden olan üretral karünkül (ektropion; kadında, üretra ağzındaki mukoza zarında koyu kırmızı, polipoid kitle) oluşumunu kolaylaştırır (60).

Hem endometrium hem de myometriyumun küçülmesiyle birlikte, uterus atrofiye olur. Bu küçülme, küçük ve orta boy uterus myomları olan kadınlar için faydalıdır. Myomun boyutlarındaki küçülme ve semptomların kaybolması, sık olarak cerrahi tedavi gerekliliğini ortadan kaldırabilir. Folliküler aktivitenin durmasıyla, endometriumun uyarımı da son bulur. Bu doku yalnız uterus içinde değil, ektopik yerleşimde de inaktif olur. Böylece, endometriozisin semptomatik alanları giderek küçülür ve daha az rahatsızlık verir. Ayrıca tubalar ve overler de küçülür (60).

Vajina, vulva, üretra ve mesane trigonunun embriyolojik yakınlıkları vardır ve çok sayıda östrojen reseptörleri içerirler. Bu nedenle genitoüriner yaşlanma, dolaşımındaki östrojen miktarlarından etkilenir (63,64).

Menopozun vulvadaki en sık görülen semptomu pruritusdur. Östrojen replasman tedavisi genellikle pruritusu gidermede oldukça etkindir. Östrojen kaybıyla vajina soluklaşır, epiteli incilir ve sonuçta, esnekliği ve salgısı azalır. Vajinal kuruluk yaygın bir postmenopozal semptomdur. Vajinal smear'da reproduktif dönemde görülmeyen parabazal hücre hakimiyeti görülür. Vajinit insidansı postmenopozal dönemde giderek artar. Vajinal pH 3.5-4.5'tan 6.0-8.0'a değişir. Alkali ortam vajinayı çok sayıda patojen bakteri istilasına elverişli hale getirir.

Postmenopozal dönemde cinsel fonksiyonları etkileyen en önemli faktörlerden biri de genital atrofilerdir. Vajinada kuruluk ve yanma, ileri dönemlerde vulvada oluşan darlıklar,koitus güçlüğü ve disparoni yaratarak cinsel fonksiyonlar üzerine olumsuz yönde etki gösterir. Klitorisin eksitasyon ve elevasyon süreleri uzar, orgazm süresi kısalarak rezolüsyon dönemi hızlanır.

Östrojen veya kombine tedavi (östrojen+progestajen), ürogenital atrofinin semptomlarında ve bulguların yönetiminde yüksek oranda etkilidir. Östrojen terapisi, vajinal pH'ı azaltır, vajinal epitelin kalınlığını artırır ve revaskülarize eder, süperfisiyal hücre sayısını artırır. Bu şekilde vajinal maturasyon indeksi de artmış olur. Vajinal maturasyon indeksi üç basamakta incelenir:

0-49: Östrojenik etki yok veya az

50-64: Orta derecede östrojen etkisi

65-100: Yüksek östrojenik etki

Bu bilgilerin ışığında yüksek doz östrojenin yan etkileri nedeniyle uzun süreli kullanımında zorluklar yaşanabileceği ve düşük doz östrojen ile uzun süreli ve güvenli bir terapötik katkı sağlanabileceği düşünülerek, düşük doz östrojenin üriner sisteme etkinliğini araştıran bir çalışma planlanmıştır. En az 1 yıldır menopozda olan 63 kadın üzerinde yapılan çalışmada 0,3 mg oral sentetik konjuge östrojen verilen grupta, verilmeyen gruba göre vajinal maturasyon indekslerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır. Vajinal pH değerleri plasebo verilen grupta değişmezken, östrojen verilen grupta istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gözlenmiştir (65,66).

#### **D. BAĞ DOKUSU DEĞİŞİKLİKLERİ**

Deri hücrelerinde, ter bezlerinde ve saç folliküllerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Postmenopozal devrede ciltte papillalar silinmekte, kıl folliküllerinde ve yağ bezlerinde azalma olmakta, ter bezlerinin fonksiyonu azalmaktadır. Bunların sonucunda cilt esnekliğini kaybeder, tırnaklar kolay kırılır, saç kurur. Tıpkı kemik matriksindeki azalma gibi dermiste de yaygın kollajen azalması görülür. Epidermiste ve fibroblastlarda östrojen reseptörlerinin varlığı, cilt dokusundaki bu değişikliklerin östrojen eksikliğine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bağ dokusundaki kaybın postmenopozal dönemde ortaya çıkan ağrılarda rol oynadığı düşünülmektedir (67).

## **2.GEÇ SEMPTOM VE BULGULAR**

### **A. KARDİOVASKÜLER SİSTEME AİT DEĞİŞİKLİKLER :**

Reproduktif dönemdeki kadınlar, aynı yaştaki erkeklere oranla 2,5-4,5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahipken, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir. Böylelikle 50 yaşından itibaren bir kadının yaşamı boyunca koroner kalp hastalığına yakalanma ihtimali %46, bu hastalıktan ölüm ihtimali %31'e ulaşır. Yapılan çalışmalar reproduktif dönemde östrojenin kardiyoprotektif etkisini ortaya koymaktadır. Nitekim genç erişkinlik dönemindeki erkeklerle kadınlar arasındaki farklılık, menopozu takiben yavaş yavaş ortadan kalkmaktadır. Yaklaşık 10 yıl sonra eşit düzeylere ulaşmaktadır. Böylece kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler, postmenopozal kadınlarda ilk sıraya yerleşmektedir (4,68).

Klimakteryumda meydana gelen östrojen eksikliği sonucunda kan lipid tablosundaki değişiklikler vasküler hastalık riskinde artışa neden olabilir. Bu

değişikliklerin doğrultusunda oluşabilecek enfarktüs benzeri ciddi komplikasyonlar, klimakteryumun sonlarına doğru ya da yaşlılık döneminde ortaya çıkar. Menopoz öncesi dönemde, kadınlar aynı yaştaki erkeklere göre çok daha düşük kardiyovasküler hastalık riskine sahiptirler. Menopoz sonrası dönemde ise, kadınların risk oranı hızla artarak erkeklerin risk oranına yaklaşmaktadır. Bu bulgular, östrojenin kardiyovasküler hastalık riskine karşı koruyucu bir özelliğe sahip olduğuna işaret etmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, kardiyovasküler hastalık riskinin östrojen alan postmenopozal kadınlarda, hormon tedavisi görmeyen, aynı yaş grubuna mensup kadınlara nazaran %50 oranda daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Büyük ölçüde, östrojenin kan lipid profiline olan olumlu etkisine bağlanan bu risk azalmasının, kısmen östrojenin doğrudan damar sistemi üzerine olan etkisinden de kaynaklandığı düşünülmektedir. Östrojenin periferik damar direncini düşürdüğünü, damar dilatasyonuna neden olduğunu ve kapiller kan dolaşımını artırdığını ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (69,70,71).

Menopozdan önce kadınların koroner kalp hastalığına erkeklerden daha az yakalanması, östrojenlerin lipoprotein risk faktörleri üzerindeki koruyucu etkisine bağlanmıştır (5,6,68,69). Östrojenin ateroskleroz gelişimini, lipid ve lipoprotein metabolizması üzerindeki etkilerinden bağımsız olarak farklı vasküler mekanizmalarla da inhibe ettiği gösterilmiştir. İnsan arterlerinin endotelyumunda ve düz kaslarında belirgin derecede östrojen ve progesteron reseptörlerinin bulunduğu belirlenmesi de bu çalışmalarını desteklenmektedir. Pek çok çalışma bu reseptörlerin, kolesterol değişimi, trombosit agregasyonu, düz kas proliferasyonu ile prostaglandin sistemindeki değişimleri etkilediğini yani fizyolojik olarak aktif olduğunu göstermektedir (5,70). Son yıllarda yapılan çalışmalar postmenopozal dönemde hormon kullanımının kardiyovasküler risk üzerine olumlu etki yaptığı tezini köklü bir şekilde sarsmıştır.

## **MENOPOZUN LİPİTLERE ETKİSİ**

Hormonlardaki değişiklikler lipoprotein büyüklüğünü, içeriğini ve serum lipid değerlerini etkiler. Ortalama total kolesterol 20 yaşında erkek ve kadınlar için aynıdır. Daha sonra 40 yaşlarına kadar erkeklerde hızla artar. 50 yaşından sonraysa kadınların ortalama total kolesterol düzeyleri artar. Bu değişiklikler LDL-C düzeylerindeki değişiklikleri yansıtır. Ortalama HDL-C düzeyleri kadınlarda hayat boyu sabit kalır, erkeklerden belirgin bir şekilde yüksektir, pubertede düşüktür.

Kadınlarda ortalama serum trigliseridleri yaşla artar ve 70 yaş civarında aynı düzeye ulaşır. Menopozdan sonra östrojen eksikliği LDL-C katabolizmasında düşüğe ve C yapımında azalmaya yol açar. Sonuçta ortaya çıkan lipid profili ateroskleroza katkıda bulunur. Artan LDL-C arter duvarlarına daha fazla kolesterol taşırken, azalmış olan HDL-C arter duvarlarından kolesterolü uzaklaştırmakta etkisiz kalır (69,71,72,73). Progesteronlar ise dokulara kolesterol taşınmasında rol alan bütün lipoprotein transport basamaklarını inhibe eder. Olağan tedavi dozlarında progestinle kombine edilen östrojenlerin plasma LDL ve HDL üzerine olan etkileri yalnızca östrojen kullanımına oranla daha düşük seviyededir. Ancak bu etki myokard enfarktüsü riskini arttırmamaktadır (74).Tablo 6'te lipid/lipoprotein değişimleri gösterilmiştir.

**Tablo 6:** Postmenopozal dönemde lipid/lipoprotein değişimleri

HDL	azalır
LDL	artar
Total kolesterol	artar
Trigliserid	artar
Lipoprotein (a)	azalır

## **VASKÜLER DUVAR VE MİYOKARDDAKİ DEĞİŞİMLER**

Menopozdan hemen sonra, östrojen eksikliğine bağlı olarak periferik damar direncinde artış gözlenir. Bu artışa yol açan değişimlerin başlıca nedeni Endotelin-1 sentezi artışı ve damar düz kasında kontraksiyona dolayısıyla vazokonstrüksiyona neden olmasıdır. Endotel kaynaklı gevşetici faktör (Endothelium Derived Relaxing Factor - EDRF) sentezi azalır. Bu madde damar endoteli tarafından sentez edilir ve Endotelin-1'in vazokonstrüktör etkisini bloke eder. Aynı zamanda trombositlerdeki siklik guanosin monofosfat düzeylerini arttırarak trombosit agregasyonunu ve adezyonunu önleyici etki gösterir. Salınımı östrojen tarafından regüle edildiği için, postmenopozal dönemde azalarak damar üzerindeki olumlu etkileri yavaşlar. Damar duvarında postmenopozal değişimler Tablo 7'te gösterilmiştir.

**Tablo 7: Damar Duvarında Postmenopozal Değişimler**

<b>Endotelyal</b>	<b>Nonendotelyal</b>
Endotelin-I artar	Damar düz kasına kalsiyum girişi artar
EDRF azalır	Myointimal hiperplazi artar

Bunların haricinde östrojenin doğrudan myokard üzerindeki olumlu etkileri de azaldığı için, myokard kontraktilesi yavaşlar, kalbin atım hacmi düşer ve sol ventrikül duvarı kalınlaşarak rölatif sol ventrikül hipetrofisi gelişir. Kısacası kalbin inotrop aktivitesi yavaşlar ve bu olay, vasküler dirençteki artış ile birleşerek myokard ve diğer önemli organlarda iskemiye neden olur. Aynı zamanda plazma kolesterol yoğunluğuna bağlı meydana gelen myointimal hiperplazi sonucu damar duvarı kalınlaşır ve damar lümeni daralarak kan akım hızı yavaşlar.

## **B. MENOPOZUN KEMİK METABOLİZMASINA ETKİSİ VE OSTEOPOROZ**

Osteoporoz, kemik dokusunun mikro yapısının bozulmasıyla beraber giden kemik kitlesindeki azalma olarak tanımlanmaktadır. Normal bir kemik üzerinde fraktür yapmayacak şiddetteki bir travma ile kemiğin fraktüre maruz kalması o kemiğin osteoporotik olduğunu gösterir. Bir kişi kendi cinsine göre kemik kitlesinin %20'sini kaybetmişse osteoporotiktir.

Dünyada en fazla görülen kemik hastalığı olan osteoporoz, yaşlılarda kas ve iskelet rahatsızlıklarına yol açması bakımından artritten sonra ikinci sırada yer alır (75). Dinamik bir metabolizmaya sahip olan kemik dokusu, 25-35 yaşları arasında en yüksek yoğunluğuna ulaşmaktadır. Bunu takip eden yaşlarda, kemik rezorpsiyonu kemik yapımına göre artış gösterdiğinden kemik dokusu giderek yoğunluk kaybeder. İlerleyen yaşlarda ortaya çıkan osteoporoz iki şekilde değerlendirilebilir; postmenopozal osteoporoz, senil (yaşlılık) osteoporoz. Senil osteoporoz yani yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan kemik yoğunluğu kayıpları hem erkekte, hem de kadında görülen bir fizyolojik süreçtir. Postmenopozal osteoporozda ise tam olarak östrojen eksikliği sonucunda ortaya çıkan kemik kaybı mevcuttur.

Ooferektomiden sonra ortalama kemik kaybı ilk 6 yıl için %3,9 /yıl bunu izleyen yıllarda ise % 1/yıl'dır. Doğal menopoz sonrası toplam kemik kaybı %1-2/ yıl'dır. 80 yaşına gelindiğinde iskelet kitlesinin %30-50'si kaybolmuştur (6).

Östrojenler kemik yapımını stimüle etmeyip özellikle rezorbsiyonu önlemektedirler. Kemik hücre kültürlerinde östrojen reseptörleri tespit edilmiştir. Ayrıca östrojenlerin fibroblast büyüme faktörü gibi büyüme faktörlerini stimüle ederek etki gösterdiği düşünülmektedir. Plazma ve idrarda kalsiyum, fosfor ve hidroksiprolin seviyelerinin yükselmesi kollajen matriks yıkımının bir sonucudur. Östrojen tedavisinin sonrasında bütün bu değişiklikler geri dönmektedir (76).

Osteoporoz tanısında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Klasik röntgen ile kemik kitlesinin en az %30'u kaybedildikten sonra tanı konabilmektedir. Bunun yerine dual foton x-ray absorpsiyometri (DEXA/DXA) yöntemi ideal bir yöntem olarak görünmektedir. Bu yöntem ile kemik mineral dansitesindeki %1'lik değişim dahi belirlenebilir. (75)

Postmenopozal ilk 5 yılda kemik kaybı çok hızlı olup daha sonra yavaşlar. Bu dönemde tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Mevcut tedavi yaklaşımların arasında osteoporozun en iyi tedavisi, profilaktik tedavidir. Düzenli egzersizler, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme, osteoporozun önlenmesi açısından önemli faktörlerdir. Östrojenin kemik metabolizmasını stabilize ederek rezorbsiyonu önlediği ve fraktür riskini azalttığı, kontrollü klinik çalışmalarla kanıtlanmıştır. Östrojen ayrıca, osteoporozu ilerlemiş kadınlarda kemik yoğunluğunu stabilize etmek için kullanılmaktadır.

Ekstragonadal östrojen yapımı da en çok vücut yağ dokularında gerçekleştiğinden fazla kilolu postmenopozal kadınlarda yağ dokusundan olan üretim, bireyi osteoporozdan korumaktadır(5,77,78,79).

Günümüzde ortalama yaşam süresinde artış nedeniyle postmenopozal dönem daha da uzamıştır. Yaşam kalitesinin ve standartlarının yükselmesi için postmenopozal hastaların osteoporoz ve buna bağlı kemik kırıklarından korunması önemlidir.(8)

## II.F) DEPRESYON VE RİSK FAKTÖRLERİ

Depresyonda risk etkenleri incelendiğinde, yapılan çalışmalara göre depresyonun multifaktöryel nedenler sonucunda ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Depresyon psikiyatrik

hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8- 10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir.

Majör depresyon orta yaşlarda (20- 40) daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon prevalansını; Angst 1992' deki çalışmasında % 4,4-% 19,6 ve Kessler 1994' deki çalışmasıyla % 17 olarak belirtmiştir. Doğan ve ark.'nın 1995'deki çalışmasında; ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (%8- 20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur. Yine Kessler' in aynı çalışmasında 1 yıllık süre içinde toplumun % 10,3'ünde majör depresyon tespit edilmiştir. 1 yıllık prevalans kadınlarda % 8, erkeklerde % 3 civarındadır. Witchen ve ark.' nın 1994' deki çalışmasında yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranı % 11 olarak verilmiştir.

Geçmiş yıllarda menopoza depresyon arasında bir bağlantı olduğu düşünülmüştür. 1906'da Krapelin, "Envolusyonel Melankoli" adında klinik depresyon öne sürmüş ve ajitasyon, hipokondri, mikromanik sanrıları tablonun önde gelen belirtileri olarak tanımlamıştır. Daha sonraları ise, bu tablonun menopoza özgü ayrı bir antite morbid olmadığını, affektif hastalığın bir uzantısı olduğunu söylemiştir.

Daha sonraki yıllarda yapılan birkaç çalışmada menopoza döneminde depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik sendromların yaygınlığının arttığı bildirilmiş olmasına karşın, büyük örneklem gruplarını kapsayan birçok çalışmada karşıt sonuçlar elde edilmiştir. Psikiyatrik belirtilerin kendiliğinden menopozun bir parçası olarak görülemeyeceği belirtilmektedir. Yani menopoza döneminde özgü psikiyatrik bir tablo yoktur. Ballinger, çalışması sonucunda " menopoza yıllarla ilgili bir affektif bozukluğun olup olmadığı net değildir" sonucuna varmıştır.

Menopozal dönemde depresyon, kaygı, yorgunluk, unutkanlık, kendine güvende azalma ve azalmış libido gibi belirti ve bulgulara rastlanmaktadır. Duygudurum bozukluğu öyküsü olanlarda menopoza depresif epizod oluşumu için bir risk faktörü olabilir. Bununla birlikte, toplum genelini kapsayan çalışmalarda menopoza döneminde depresyon oranının arttığı gösterilememiştir. Orta yaş dönemindeki kadınlarda görülen psikiyatrik hastalıkların artmış insidansını ortaya koyan veriler hala çelişki yumağı halindedir.

Schmidt ve Rubinow, menopozda major depresyon riskinin arttığı yönünde kanıtlar olmadığını belirtmelerine karşın, perimenopozal dönemde hafif şiddette belirtilerin olduğu bir psikolojik sendrom olabileceğini ileri sürmektedir. Endişe, bitkinlik, ağlama atakları, duygudurum dalgalanmaları ve libido azalması görülebilir. Ayrıca eklem ve kas ağrıları, baş ağrısı, çarpıntı, irritabilite ve uykusuzluk da olabilir. Azalmış libido, uykusuzluk ve yorgunluk perimenopozal dönemde olan vazomotor belirtiler olarak da kabul edilebilir. Perimenopozal yıllar denen bu yıllarda hafif şiddette duygudurum bozukluğu varsa, genelde menslerin tamamen kesilmesinden önceki 3-4 yılda daha çok oluşmaktadır (15). Benzer şekilde Stuart ve arkadaşları "psikolojik belirtiler varsa, menslerin kesilmesinden sonra değil de öncesinde daha çok olur" sonucuna varmışlardır.

Menopoz ve duygudurum arasındaki biyolojik ilişki, östrojen düzeylerindeki azalmanın duygudurumu olumsuz etkilediği varsayımına dayanır. Söz konusu varsayımdan yola çıkıldığında, menopoz sonrası dönemde ruhsal belirti yaygınlığında bir artış beklenir. Ancak bulgular çelişkilidir (Bromberger ve ark. 2001). Yapılan çalışmaların ciddi yöntem hataları taşıdığına dikkati çeken Nicol-Smith (1996), menopozun depresyona neden olduğunu iddia etmek için yeterli veri olmadığını savunmaktadır. Menopozdan hemen önceki dönemde ruhsal belirtilerde hafif düzeyde bir artış olsa da menopozdan sonra depresyon yaygınlığının azaldığı bildirilmiştir (Robinson 2001). Ruhsal belirti sıklığının daha çok menopoza girmeden önceki yıllarda arttığını destekleyen başka yayınlar da vardır (Stewart ve ark. 1992, Bromberger ve ark. 2001). Paoletti ve arkadaşları (2001) ise menopoz sonrası dönemde ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Menopozda ortaya çıkan depresyonun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Üreme hormonlarının düzeylerindeki değişiklikler ya da hormonların doğrudan etkisinden çok nörotransmitterler, nöroendokrin ya da sirkadiyen sistemler üzerindeki dolaylı etkileriyle ilgili olabilir (Haynes ve Parry 1998). Bazı çalışmacılar, menopozdaki duygudurum değişikliklerinin vazomotor belirtiler ya da diğer fiziksel belirtilere ikincil olduğunu savunmaktadırlar (Kronenberg 1994). Hunter (1996), konuyla ilgili yapılan çalışmalara dayanarak, depresyonda esas öngörücünün psikososyal etmenler olduğuna dikkat çekmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve menopoza ilişkin olumsuz

inanişlar söz konusu etmenlerin başlıcalarıdır. Toplumsal değerler de ruhsal belirtilerde etkili olabilmektedir. Örneğın, geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelirken sanayileşmiş toplumlarda gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirebilmektedir (Weber 1997). Dolayısıyla, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilir. Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 46.5'tir (HÜ-Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1993). Teknolojik gelişmeler insanın yaşam kalitesini artırmış ve beklenen yaşam süresini uzatmıştır. Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler (Kışnişçi 1996). Orta yaş ve sonrasındaki dönemde bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürmelerine ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik girişimlerin önem kazanması menopoz döneminin biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla ayrı bir ilgi odağı olmasında etkili olmuştur. Ancak konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirildiğinde, bizim kültürümüzde menopoz öncesi ve sonrasında ruhsal belirti düzeylerini araştıran yeterli sayıda araştırma olmadığı görülmektedir. Eşik altı depresyon ve anksiyete yetiyitimine yol açmasının yanısıra klinik düzeyde psikiyatrik tabloların gelişimi açısından risk oluşturur (Broadhead ve ark. 1990). Bu bağlamda, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığının ve öngörücü etmenlerin araştırılarak erken dönemde önlem alınmasının koruyucu ruh sağlığı yönünden yararlı olacağı söylenebilir.

ABD'de yürütölen farklı ırktan, yaşları 40-55 arasında değişen, 16065 kadını kapsayan bir çalışmada, kadınlar önce menopoz öncesi, erken perimenopoz, geç perimenopoz ve menopoz sonrası olmak üzere dört gruba ayrılmışlardır. Adet düzeninde bozulma olmakla birlikte henüz adet kanamaları sonlanmamış olanlarda (erken perimenopoz) ruhsal sıkıntıların en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Menopozdan sonra belirtilerin şiddetinde bir azalma olmuştur. Japonya'da yapılan çalışmada da, menopoz kliniğine başvuran 45-60 yaş grubunda 389 kadın menopoz öncesi, perimenopoz ve menopoz sonrası olarak gruplandırılmıştır. İstatiksel yönden anlamlı olmamakla birlikte, perimenopoz grubunda depresif belirtilerin daha fazla olduğu bulunmuştur. Kültürel farklılıkların olabileceğı düşünölebilir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, depresif belirti düzeyleri menopoz sonrası dönemde menopoz öncesi döneme göre daha yüksek saptanmıştır. Kaygı düzeyleri yönünden gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımının menopoz

sonrası grupta depresif belirti şiddetini etkilediği ve depresyon- kaygı için risk oluşturduğu gösterilmiştir. Menopoz sonrasında depresif belirti şiddetini etkileyen ve aynı zamanda kaygı için de risk oluşturan bir diğer etmen, eğitim düzeyinin düşük olması bu gruptaki kadınların menopoz sonrası dönemde karşılaşacakları değişikliklere hazırlanamamalarına ve bununla bağlantılı olarak döneme özgü sıkıntılara yeterince çare aramamalarına yol açmış olabilir. Daha önce duygudurum bozukluğu öyküsü olan kadınlar (üreme yaşamıyla ilişkili ya da ilişkisiz) menopoz döneminde depresyon yönünden risk altında olabilirler.

Yeti yitimi olan, ruhsal hastalık öyküsü bulunan, kronik bedensel hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanan, diabetes mellitusu olan, menopozla ilgili danışmanlık almayan, 40 yaşından önce menopoza girmiş, eğitim düzeyi düşük ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların yakından izlenmelerinin koruyucu ruh sağlığı açısından yararlı olacağı söylenebilir. Genel beden sağlığıyla ilgili düzenli muayene ve incelemelerin yanı sıra menopoza ilişkin bilgilendirme ve eğitim amaçlı programlar, destek grupları kadınların bu yeni yaşam dönemine hem bedensel hem de ruhsal yönden iyi hazırlanmalarını sağlayabilir. Ayrıca, bir çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda bipolar bozukluk başlangıcında bir "zirve değer" olduğu gözlenmiştir.

Tüm araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde psikiyatrik belirtilerin menopoza özgü olmadığı sonucuna ulaşılabilmektedir. Kadınların %20 'sinden fazlası perimenopozal dönemde psikiyatriste başvurmaktadır. Fakat bu durum envolüsyonel depresyon nedeniyle değil çevre, sosyoekonomik durum, yaş gibi etkenlerin sonucu olarak gerçekleşmektedir.

Menopoza özgü bir psikiyatrik bozukluk olmasa da, menopozda duygudurum bozukluğu, özellikle depresyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastada daha önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstrüel disforik bozukluk öyküsü bulunması, sosyal desteğin zayıf olması menopoz döneminde psikiyatrik bozukluklar için risk etkenidir. Ayrıca histerektomi, psikososyal stresörlerin varlığı, menopoza olumsuz bakış açısı, sağlık durumunun kötü olması, sigara içme ve egzersiz azlığı gibi etkenlerde menopozda duygudurum azalması ile ilişkilidir.

Bu dönemde yaşlanmadan kaynaklanan, eşin ölümü, ebeveynlerin ölümü ya da bakımı ile ilgili sorumluluklar, emeklilik, destek gerektiren değişiklikleri de beraberinde getirir. Orta yaş döneminde ortaya çıkan bir diğer tablo da "boş yuva sendromu" dur. Bu tanımı ilk kez Deykin ve arkadaşları 1966'da kullanmışlardır. Menopoz dönemindeki kadın, çocuklarının büyüyüp evlenmesi ve evden ayrılmasıyla yıllar sonra evde eşiyle baş başa kalmaktadır. Büyüyen çocukların giderek artan bağımsızlık istekleri kadınlarda kaygı ve depresyona neden olabilmektedir. Kuh ve arkadaşları, geçmişle ilgili etkenlerin orta yaş döneminde ortaya çıkan sıkıntı üzerinde etkili olduğunu gösterdiler . Önceden mental ya da fiziksel sağlık sorunları ve yeti yitiminin bulunması, ideal vücut ağırlığına sahip olunmaması durumu ile orta yaş dönemi sıkıntıları arasında ilişki olduğunu ileri sürdüler. Ayrıca bu dönemde ergenlik çağında ya da daha küçük çocukları olan kadınlarda daha fazla ruhsal sıkıntı olduğunu buldular.

Konuyla ilgili Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde, depresyon ve menopoz arasındaki ilişkinin incelendiği çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu eğilimin nedeni, menopozun kadının ruh sağlığı üzerinde büyük ölçüde olumsuz etkisi olduğu ve kadınların büyük çoğunluğunun bu dönemde depresyon yaşadığı görüşünün yaygın olmasındadır.

Son yıllarda bu konuda yapılan bir çalışmada, ayakta depresyon tedavisi gören kadınlarda 40 yaşından sonra depresyonun başlama sıklığının erkeklerden anlamlı olarak farklı olmadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu, yanlış inançların aksine kadınların menopoz döneminde depresyon geçirme olasılıklarının erkeklerden daha fazla olmadığını göstermektedir (Benazzi, 2000). Bunun yanısıra, menopoz öncesi, menopoz sonrası ve cerrahi yolla menopoza girmiş üç farklı grubu içeren bir çalışmada depresif belirtiler açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık elde edilmemiştir (Barensten, 2001). Bu doğrultuda, ülkemizde yapılan bir çalışmada, Beck Depresyon Envanteri kullanılarak menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon sıklığı incelenmiştir. Araştırmanın örneklemi Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına başvuran 45-50 yaş grubu ve 50 yaş üstündeki kadınlar oluşturmuştur. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının menopoz sonrası dönemdeki kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca cerrahi müdahale gören menopoz sonrası dönemdeki

kadınlarda şiddetli depresyon düzeyinin (% 53) aynı dönemdeki doğal menopozlu kadınlara (% 4) göre daha yüksek olduğu görülmüştür (İçmeli ve Yılmaz, 1992).

Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada menopoza girmiş kadınların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar, hormon tedavisi ve eğitim düzeyleri açısından incelenmiştir. Eğitim düzeyi düşük kadınların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların yüksek olduğu ve eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon puanlarının azaldığı görülmüştür. Hormon tedavisi alan grubun tedavi öncesi ve sonrasındaki puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş; hormon tedavisi sonucunda menopoz döneminde ortaya çıkan depresif duygu durumundaki belirtilerin azaldığı veya tamamen ortadan kalktığı görülmüştür. Elde edilen bu sonuç çerçevesinde araştırmacılar, eğitim düzeyi yükseldikçe psikolojik belirtilerle baş etme becerisinin artabileceğini ve hormon tedavisinin depresif belirtilerin azalmasına katkıda bulunabileceğini bildirmişlerdir (Bulgurlu, Bayraktar ve Şen, 1993), Uçanok ve Bayraktar (1995) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, "klimakterik" ya da "orta yaş dönemini" temsil eden 40-65 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon ile yaşam olayları, sosyal destek, menopoza girme ve bazı sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın bulguları , depresyon puanlarının yordanmasında anlamlı katkıları olan değişkenlerin sırasıyla eşten alınan sosyal destek ve çocuk sayısı olduğunu göstermiştir. Depresyon ve genel belirti düzeyi ile yaşam olayları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda, sosyal destek gibi stresin zarar verici etkisini azaltabilecek bir ara değişken üzerinde durulmuştur (Cohen ve Wills, 1985; Brown ve Harris, 1978). Anılan çalışmalarda evlilik ve diğer yakınardan alınan sosyal destek arasında bir ayırımdan söz edilmektedir. Eş önemli bir sırdaş olarak gözükmekte, anne-baba, akraba veya arkadaşla olan sırdaşlığın eşin verdiği desteği karşılamakta yeterli olmadığı belirtilmektedir. Araştırmanın örneklemini sınırlı olduğu için genelleme yapmak oldukça güç olmakla birlikte, araştırmada Batı örnekleminde yapılan çalışmaların bulgularına paralel olarak, arkadaştan ve akrabadan çok, eşten alınan sosyal desteğin önemli olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, çocuk sayısı ile depresyon puanları arasında elde edilen pozitif yöndeki ilişki, orta yaş dönemindeki kadının çok sayıda çocuğun farklı türden ihtiyaçlarını karşılamak durumunda kalmasının depresif belirtileri arttırıcı bir rolü olabileceğini düşündürmektedir. Evlilikteki uyum düzeyi ile menopoza ilişkin belirtiler arasındaki ilişkiyi irdeleyen

çalışmalarda, menopoz dönemindeki kadınların bu döneme ilişkin Şikayetleri ile başetmede, evliliklerinin ve eşleriyle olan ilişkilerinin oldukça önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (Montero ve ark. 1990; Koster ve Davidsen, 1993). Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada, evli olmayan kadınların evli olanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak evlilikleri iyi gitmeyen kadınların depresif duygu durumlarının daha kötü olduğu görülmüştür. Bunun yanısıra, evlilikten alınan doyum ile menopoza ilişkin belirtiler arasında olumsuz yönde ilişki elde edilmiştir (Kurpius ve arkadaşları, 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Uçanok ve Bayraktar, 1996 a) yaşları 35 ile 65 arasında olan kadınlarda yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni hal, yaşam olayları ve evlilikte uyum düzeyinin bu dönemdeki genel belirti düzeyini yordamaya olan katkıları belirlenmeye çalışılmıştır. Bulgular, genel belirti düzeyini yordamaya anlamlı katkısı olan değişkenlerin sırasıyla, evlilikte uyum düzeyi, eğitim düzeyi ve yaşam olayları olduğunu göstermiştir. Kağıtbaş'ının (1981) kültürlerarası bir proje kapsamında 8 ülkeyi içeren çalışmasında, Türk kadınlarının % 62'sinin "eşe yakın olmayı" birinci veya ikinci sırada bir değer olarak seçtikleri dikkate alındığında, Türk toplumunda da evlilik ilişkisinin niteliğinin ve eşten alınan sosyal desteğin klimakterik döneme ilişkin Şikayetler ile baş etmede oldukça önemli rolü olduğu ileri sürülebilir.

Eğitim düzeyinin ve yaşam olaylarının genel belirti düzeyini yordamada anlamlı katkısının olması bu konuda yapılan diğer çalışmaların bulguları ile tutarlık göstermektedir (Polit ve LaRacco, 1980; Bulgurlu ve ark., 1993; Uçanok ve Bayraktar,1996b).ülkemizde bu doğrultuda yapılan bir başka çalışmada 29-60 yaş arasındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtiler ve tutumlar hem gelişimsel olarak incelenmiş, hem de menopoz açısından kritik olan 45-54 yaşları arasındaki dönemin kendi içindeki değişimleri ayrıntılı olarak irdelenmiştir.Belirlenen amaç çerçevesinde araştırmada, 29-34 yaş arası genç yetişkin grubu, 39-44 yaş arası menopoz öncesi grubu, 45-54 yaş arası menopoz grubu ve 55-60 yaş arası menopoz sonrası grubu olmak üzere dört farklı yaş grubu kullanılmıştır.Ayrıca araştırmada 45-54 yaş grubunu henüz menopoza girmemiş, menopoza girmiş ve menopozda olup kliniğe başvurmuş olmak üzere üç ayrı alt grup oluşturmuştur. Anılan çalışmanın bulguları,kadınların menopoza ilişkin toplam belirti puanlarında yaşa göre bir farklılaşma olduğunu, 55-60 yaş grubunun belirtiler açısından en yoğun grup olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe

toplam belirti puanının düştüğünü ortaya koymuştur. Ayrıca , 45-54 yaşları arasındaki menopozda olup kliniğe başvuran grubun toplam belirti puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Menopoza ilişkin tutumlar açısından da sonuçlar, yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi yükseldikçe menopoza ilişkin tutumların daha olumlu hale geldiğini göstermiştir. Araştırmada yaşama bakış açısı (iyimserlik) ile menopoza ilişkin tutumlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, menopoza ilişkin tutumların oluşmasında kalıp yargıların ve menopoz yaşantısının olduğu kadar bireylerin kişilik Özelliklerinin de önemli bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca çalışmada, menopoza ilişkin belirtiler ile yaşama bakış açısı arasında ters yönde bir ilişki olduğu, iyimserlik arttıkça toplam belirti puanında düşme olduğu görülmüştür (Uçanok ve Bayraktar, 1996b). Ayrıca ülkemizde kentsel ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlar üzerinde de çalışmalar yapılmıştır. Temiz ve Bayraktar (1999) tarafından 35-64 yaşları arasındaki Türk kadınlarının menopoza ilişkin belirtilerini daha ayrıntılı olarak incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise, bu amaca yönelik olarak Türk toplumuna özgü yeni bir ölçek geliştirilmiş, güvenilirliği ve geçerliği saptanmıştır. Araştırmanın örneklemini kentte yaşayan, en az ilkokul mezunu farklı eğitim düzeyindeki kadınlar oluşturmuş; 34-44 yaş arası menopoz öncesi dönemi, 45-54 yaş menopoz dönemini ve 55-64 yaş arası da menopoz sonrası dönemi temsil etmiştir. Menopoz grubunda (45-54 yaş) hem alandan hem de menopoza girip bu şikayetleri nedeniyle kliniğe başvuran kadınlar yer almıştır. Araştırmada Türk kültürüne özgü olarak geliştirilen Belirti Tarama Listesi maddelerinin üç faktör (psikolojik, somatik ve psikosomatik) altında toplandığı görülmüştür. Yaşa göre toplam belirtilere bakıldığında, en yüksek ortalamanın menopoz öncesi ve menopoz sonrası gruba ait olduğu görülmektedir. Boyutlar açısından ayrı ayrı incelendiğinde, psikolojik belirtilerin en yoğun olduğu dönem menopoz öncesi dönem, somatik belirtilerin ise en yoğun yaşandığı dönemin menopoz dönemi olduğu dikkati çekmektedir.

Bunun yanısıra eğitim düzeyi yükseldikçe menopoza ilişkin toplam belirtilerde, somatik ve psikosomatik belirtilerde azalma olduğu görülmüştür. Psikolojik belirtilerde ise eğitim düzeyine göre bir farklılık gözlenmezken, psikosomatik belirtilerde de yaşa göre bir farklılık elde edilmemiştir. Ayrıca araştırmada yaş ve eğitim düzeyinin yanısıra, 45-54 yaş grubunda medeni durumun da toplam belirtileri, psikolojik ve somatik belirtileri yordamaya anlamlı katkısı olduğu görülmüştür. Araştırmanın örnekleminde bekar,

boşanmış ya da eşini kaybetmiş kadınların yeterince temsil edilememesi, medeni durumun daha sonraki çalışmalarda ayrıntılı olarak ele alınması gereğini ortaya koymaktadır. Menopoz dönemini temsil eden 45- 54 yaş grubuna ilişkin daha ayrıntılı bulgular, menopoz kliniğine başvuran kadınların hem genel şikayetlerinin daha fazla olduğunu hem de psikolojik, somatik ve psikosomatik belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu yaş grubunda yapılan analizler eğitim düzeyi yükseldikçe hem genel belirtilerde hem de psikolojik, somatik ve psikosomatik belirtilerde azalma olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanısıra medeni durumun söz konusu belirtileri yordamada anlamlı katkısı olduğu görülmüştür. Bu konuda Alıtkan ve Bayraktar (1999) tarafından yapılan paralel bir çalışmada ise, yaşları 35-64 arasında olan, kırsal kesimde yaşayan ve okuma yazması olmayan kadınlarda menopoza ilişkin belirtiler ve tutumlar incelenmiştir. Araştırmacıların bu örneklem grubu üzerinde geliştirdiği belirti tarama listesine verilen cevaplar üzerinden yapılan faktör analizi sonuçları vazomotor, somatik ve psikolojik olmak üzere üç faktör ortaya koymuştur. Çalışmada, aynı yaş döneminde olup kentte yaşayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmadan farklı olarak vazomotor belirtiler ilk sırada ve ayrı bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Psikolojik belirtileri içeren faktör ise son sırada yer almıştır. Yaş gruplarına göre bakıldığında, hem genel belirti düzeyinin hem de vazomotor ve psikolojik belirtilerin menopoz dönemi olarak tanımlanan 45-54 yaş döneminde yoğunlaştığı, somatik belirtilerin ise hem menopoz (45-54) hem de menopoz sonrası (55-64) dönemde yoğunlaştığı görülmektedir. Ancak araştırmada menopoza ilişkin belirtiler ile tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, bunun yanısıra menopoza ilişkin tutumlarda yaşa göre de herhangi bir değişme gözlenmemiştir.

### III. MATERYAL VE METOD

Çalışmada, Temmuz 2007- Kasım 2007 ayları arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Menopoz Polikliniğine başvuran hastalara Beck Depresyon Envanteri ile Hasta Araştırma Formu uygulandı. Bilinen ciddi görme, işitme ve nörolojik sistem hastalığı olan, mental retardasyonu olan, başka bir I. Eksen tanısı almış, alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler çalışmaya dahil edilmedi. Postmenopozal olgular için 1 yıldır adet görmeme şartı arandı.

Çalışmaya menopoz tanısı almış olan 120 olgu ile 120 premenopozal olgu değerlendirmeye alındı. Kayıt işlemine geçmeden önce deneklere kayıt hakkında bilgi verilerek, kişisel bilgileri (isim, yaş, kayıt tarihi) kaydedildi. Görüşme sırasında hastalara yapılacak olan rutin menopozal tetkikler (FSH,LH,E2) ayrıntılı olarak anlatılarak, onayları alındı. Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç duyduk. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Beck Depresyon Envanteri kullanıldı. Depresyonun şiddetinde Beck Depresyon Envanterinde aldıkları skorlara göre değerlendirildi.

Çalışmamızda olgulara Beck Depresyon Envanteri ile demografik sorularıda içeren 25 soruluk Hasta Araştırma Formu verilerek soruları yanıtlaması istendi. Bu testin hastaların depresyonda olup olmadıklarını ve ne derecede depresif olduklarını değerlendirmek için kullanıldığı hastalara anlatıldı. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulandı, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları ve cümle grubunda kendilerini anlatan birden fazla cümle varsa işaretlemeleri söylendi. Hastalara anlamadıkları sorular açıklandı ve uygun şık işaretlendi (Ek- 1).

#### İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## **BECK DEPRESYON İNDEKSİ**

### **Ölçeğin Özellikleri**

**Ölçtüğü Nitelik :** Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek.

**Ölçek Türü :** Kendini değerlendirme ölçeği.

**Uygulanacak Grup :** Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları.

**Kapsamı :** Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

**Materyal :** Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

### **Uygulama İçin Pratik Bilgiler**

**Uygulama :** Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

**Yönerge :** Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.

**Puanlama :** Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir.

**Yorumlama :** Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

### **Ölçek Bilgileri**

**Özgün Adı :** Beck Depression Inventory (BDI)

**Geliştirenler :** Beck

**Özgün Makale :** Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4: 561-571

**Türkçe Formunun Adı :** Beck Depresyon Envanteri

**Uyarlayanlar :** Nesrin Hisli

**Türkçe Formunun Güvenirliliği :** Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliliğinde, r-0.74 olarak belirlenmiştir.

**Türkçe Formunun Geçerliliği :** Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon r-0.50 olarak elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde

umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

**Türkçe formunun makalesi :** Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 1989, 7-3-13.

### **BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE) DEĞERLENDİRİLMESİ**

- BDE 0-10 puan arası Depresyon yok
- BDE 11-17 puan Hafif şiddette depresyon
- BDE 18-23 puan Orta şiddette depresyon
- BDE 24 ve üzeri puan Ağır Şiddette depresyon

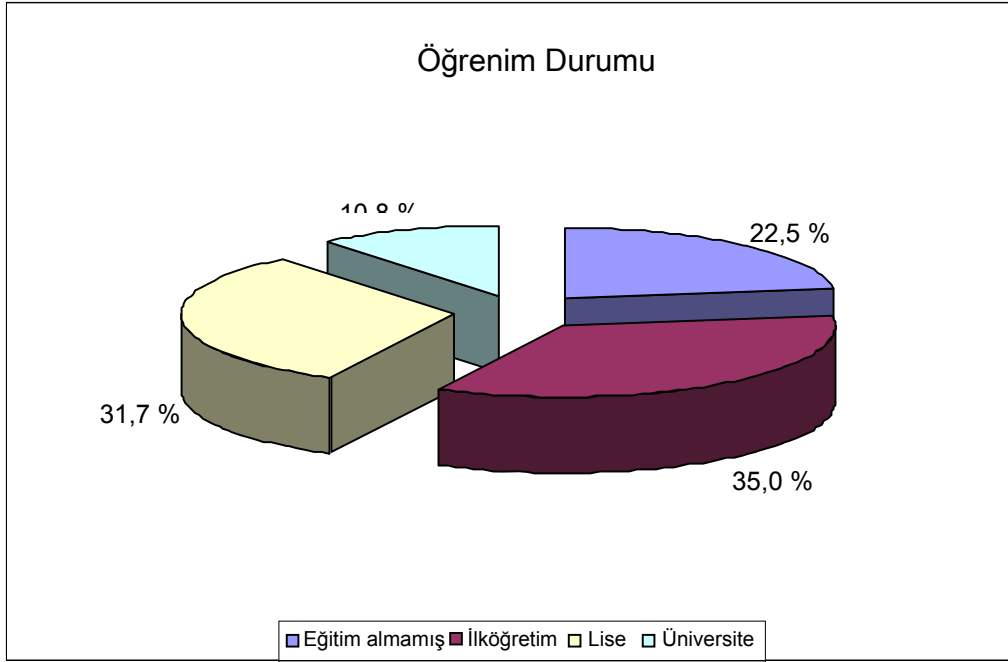
#### IV. BULGULAR

Çalışmaya toplam 240 olgu katılmıştır.120 olgu premenopozal,120 olgu postmenopozal gruptadır.Çalışmaya katılan kişilerin % 30'u 35 ile 45 yaş arasında iken, % 57.1'i 45-55 yaş arasında, % 12.9'u 55 yaş ve üzerindedir. Olguların % 73.8'i kentte, % 26.2'si kırsal bölgede yaşamaktadır. Olguların % 22.5'i eğitim almamışken, % 35'i ilköğretim, %31.7'si lise ve % 10.8'i üniversite mezunudur. Olguların % 13.8'i çalışırken, % 19.2'si emekli ve % 67.1'i ev hanımıdır.

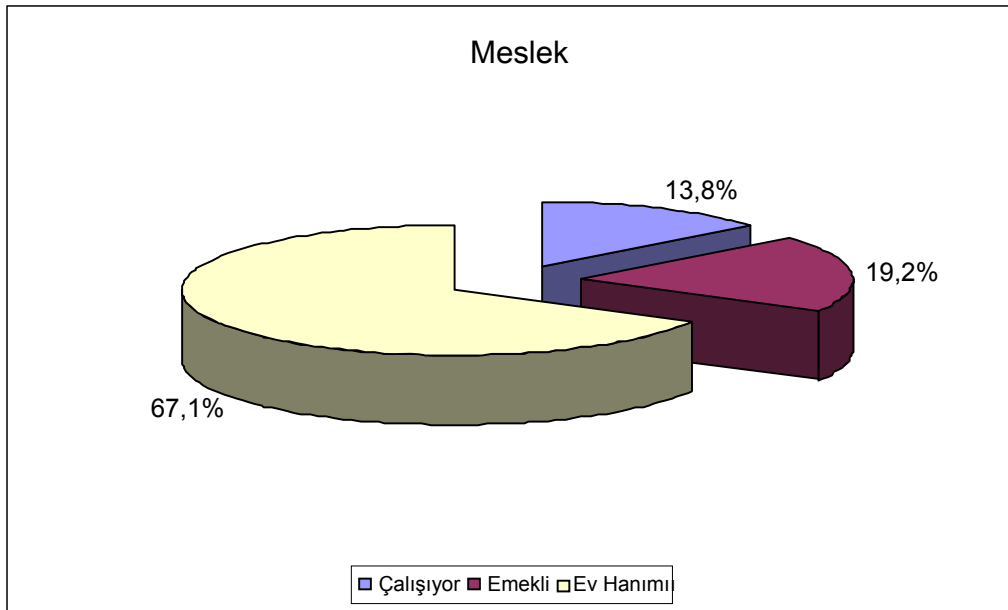
**Tablo 8 : Demografik Özelliklerin Dağılımı 1**

		Premenopoz(n - %)		Postmenopoz(n - %)	
Yaş	35-45	58	- 24.2	14	- 5.8
	45-55	62	- 25.8	75	- 31.3
	55 ve üzeri		-	31	- 12.9
Öğrenim Durumu	Eğitim almamış	27	- 11.2	27	- 11.2
	İlköğretim	43	- 17.9	41	- 17.1
	Lise	36	- 15	40	- 16.6
	Üniversite	14	- 5.8	12	- 5.3
Meslek	Çalışıyor	25	- 10.4	9	- 3.8
	Emekli	6	- 2.5	20	- 8.3
	Ev Hanımı	70	- 29.2	91	- 37.9
Medeni Durum	Evli	95	- 39.6	85	- 35.4
	Boşanmış	18	- 7.5	7	- 2.9
	Dul	7	- 2.9	28	- 11.6
Gelir Düzeyi	< 500 YTL	36	- 15	38	- 16.1
	500-1.500 YTL	58	- 24.2	64	- 26.5
	> 1.500 YTL	26	- 10.8	18	- 7.5
İkametgah	Kent	84	- 35	93	- 38.6
	Kırsal	36	- 15	27	- 11.2
TOPLAM		120	- 100	120	- 100

Şekil 1: Öğrenim Durumu Bulguları

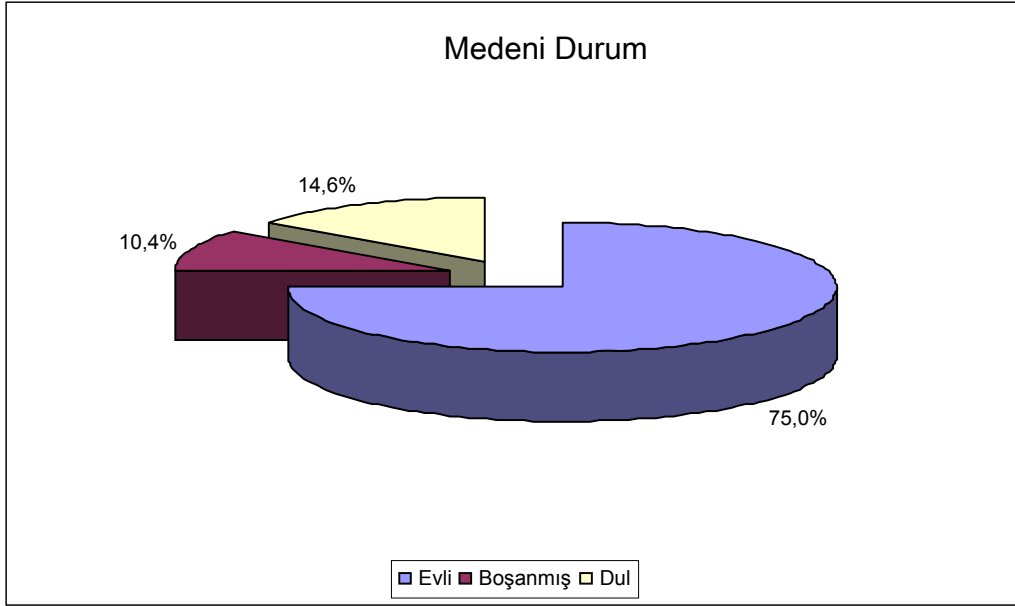


Şekil 2: Meslek Bulguları

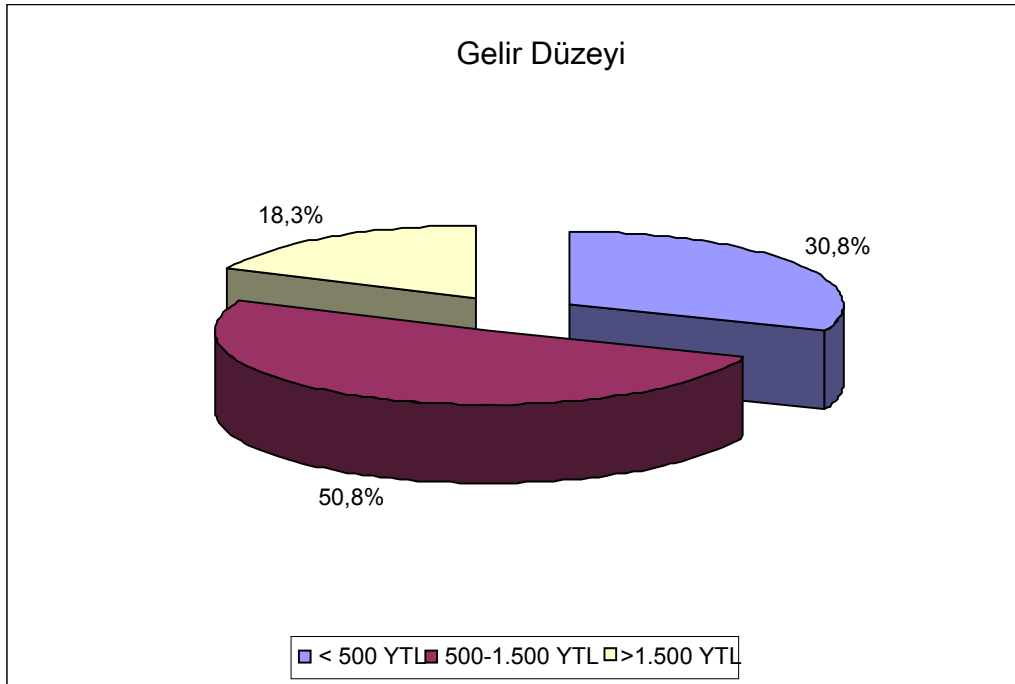


Olguların % 75'i evli, % 10.4'ü boşanmış ve % 14.6'sı duldur. Çalışmaya katılan kişilerin % 30.8'inin gelir düzeyi 500 YTL'nin altında iken, % 50.8'i 500 YTL ile 1.500 YTL arasında ve % 18.3'ünün ki 1.500 YTL üzerindedir.

Şekil 3: Medeni Durum Bulguları



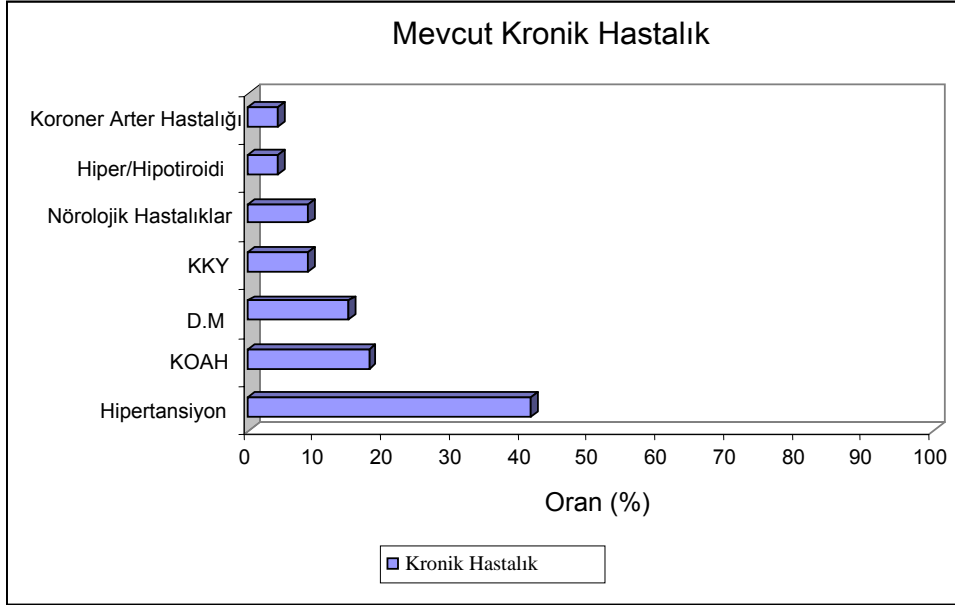
Şekil 4: Gelir Düzeyi Bulguları



Olguların % 28.3'ünün kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olan olguların %41.2'sinde hipertansiyon, % 17.6'sında KOAH, % 14.7'sinde diyabet, % 8.8'inde KKY,

%8.8'inde nörolojik hastalıklar, % 4.4'ünde hiper/hipotiroidi ve % 4.4'ünde koroner arter hastalığı vardır. Postmenopozal olgularda kronik hastalık oranı %25 iken , premenopozal olgularda kronik hastalık oranı % 29 bulunmuştur.

Şekil 5 : Mevcut Kronik Hastalık Bulguları



Olguların % 33.8'inde ilaç anamnezi görülmüştür. Olguların % 11.7'sinde alkol kullanım hikayesi, % 33.3'ünde sigara kullanım hikayesi varken; hiçbir olguda madde kötüye kullanım durumu yoktur.

Olguların % 22.9'u daha önceden depresyon tanısı, % 12.5'i ise daha önceden herhangi bir psikolojik hastalık tanısı almıştır. Olguların % 21.3'ünün ailesinde veya birinci dereceden akrabalarında depresyon tanısı almış birey vardır.

120 olgu postmenopozaldir. Postmenopozal olguların % 84.2'si 0-5 yıl arası bir süredir menopoz tanısı ile takip ediliyorken, % 10.8'i 5-10 yıldır ve % 5'i 10 yıldan daha uzun bir süredir takip edilmektedir.

Olguların % 80.8'inin menopoz şekli spontan iken, % 19.2'sinin cerrahidir. Olguların % 30'u daha önceden menopoz için HRT kullanmıştır. Olguların % 5.8'i 0-5 yıldır HRT kullandığını, % 10.8'i 5-10 yıldır, % 2.5'i 10 yıldan daha uzun süredir HRT kullandığını söylerken, % 80.8'i şu anda HRT kullanmamaktadır.

**Tablo 9: Demografik Özelliklerin Dağılımı 2**

		Premenopoz(n-%)	Postmenopoz(n-%)
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	35 - 14.6	31 - 12.9
	Yok	85 - 35.4	89 - 37.1
<b>Mevcut Kronik Hastalık</b>	Hipertansiyon	16 - 22.1	10 - 14.2
	KOAH	3 - 4.1	9 - 13.5
	Diyabet	4 - 6.2	6 - 8.5
	KKY	3 - 4.4	3 - 4.4
	Nörolojik Hastalıklar	3 - 4.4	3 - 4.4
	Hiper/Hipotiroidi	3 - 4,4	-
	Koroner Arter Hastalığı	3 - 4,4	-
<b>İlaç Anamnezi</b>	Evet	43 - 17.9	38 - 15.8
	Hayır	72 - 30	82 - 34.1
<b>Alkol Kullanım Hikayesi</b>	Evet	17 - 7.1	11 - 4.6
	Hayır	103 - 42.9	109 - 45.4
<b>Sigara Kullanım Hikayesi</b>	Evet	39 - 16.5	41 - 16.8
	Hayır	81 - 83.5	79- 83.2
<b>Madde Kötüye Kullanım Hikayesi</b>	Evet	-	-
	Hayır	120 - 100	120 - 100
<b>TOPLAM</b>		120 - 100	120 - 100

**Tablo 10 : Psikiyatrik Hikaye Verileri**

		Premenopoz (n - %)	Postmenopoz (n - %)
<b>Daha Önce Depresyon Tanısı Alma</b>	Evet	31 - 12.9	24 - 10.8
	Hayır	89 - 37.1	96 - 39.2
<b>Daha Önceden Herhangi Bir Psikolojik Hastalık Tanısı Alma</b>	Evet	21 - 8.8	9 - 3.9
	Hayır	99 - 40.7	111 - 46.6
<b>Aile veya Birinci Dereceden Akrabalarda Depresyon Tanısı Alma</b>	Evet	30 - 12.5	21 - 8.8
	Hayır	90 - 37.5	99 - 40.7
<b>TOPLAM</b>		120 - 100	120 - 100

**Tablo 11 : Postmenopozal Olgulara İlişkin Dağılımlar**

		N	%
<b>Menopoz Tanısı İle Takip Edilme Süresi</b>	0-5 yıl	101	84,2
	5-10 yıl	13	10,8
	10 yıl üzeri	6	5,0
<b>Menopoz Şekli</b>	Spontan	97	80,8
	Cerrahi	23	19,2
<b>Daha Önce Menopoz İçin HRT Kullanımı</b>	Evet	36	30,0
	Hayır	84	70,0
<b>Şu An HRT Kullanımı</b>	0-5 yıl	7	5,8
	5-10 yıl	13	10,8
	10 yıl üzeri	3	2,5
	Hayır	97	80,8
<b>TOPLAM</b>		120	100

**Tablo 12: Tüm Olguların Hormon Profili**

	Min-Max	Ort±SD	Medyan
<b>FSH</b>	1-366	40,07±37,99	34
<b>LH</b>	1-156	33,71±26,40	31
<b>Estradiol</b>	0,01-83	30,49±18,40	32

FSH düzeyi 1 ile 366 arasında değişmekte olup; ortalaması 40.07±37.99, medyanı 34'tür.LH düzeyi 1 ile 156 arasında değişmekte olup; ortalaması 33.71±26.40, medyanı 31'dir.Estradiol düzeyi 0.01 ile 83 arasında değişmekte olup; ortalaması 30.49±18.40, medyanı 32'dir.

Postmenopozal olgularda FSH düzeyi ortalama 48.2 ,LH düzeyi ortalama 41.3 , Estradiol düzeyi ortalama 22.7 iken Premenopozal olgularda FSH düzeyi ortalama 30.6 ,LH düzeyi ortalama 21.3 ,Estradiol düzeyi ortalama 38.8 bulunmuştur. Postmenopozal olgularda depresyon görülenlerin ortalama FSH 47.4 değeri , LH değeri 40.5 , Estradiol değeri 23.9 iken depresyon görülmeyenlerin ortalama FSH değeri 49.2 , LH değeri

43.5 , Estradiol değeri 24.4 bulunmuştur.Premenopozal olgularda depresyon görülenlerin ortalama FSH değeri 30.7 , LH değeri 21.9 , Estradiol değeri 39.3 iken depresyon görülmeyenlerin ortalama FSH değeri 32.1 , LH değeri 42.8 , Estradiol değeri 23.9 bulunmuştur.

**Tablo 13: Tüm Olguların Yaşam Hikayesi**

		N	%
<b>Tek Başına Yaşama</b>	Evet	31	12,9
	Hayır	209	87,1
<b>Tek Başına Yaşama Süresi</b>	< 5 yıl	17	54,8
	5-10 yıl	11	35,5
	> 10 yıl	3	9,7
<b>Stresli Yaşam Olayları Hikayesi</b>	Evet	52	21,7
	Hayır	188	78,3
<b>Çocukluk Dönemi Yaşamı</b>	Olumlu	205	85,4
	Olumsuz	35	14,6
<b>Menopoz İçin Danışmanlık Alma</b>	Evet	50	20,8
	Hayır	90	79,2

Olguların % 12.9'u tek başına yaşamaktadır. Tek başına yaşayan 31 olgunun % 54.8'i 5 yıldan daha az bir süredir, % 35.5'i 5 ile 10 yıl arasında ve % 9.7'si 10 yıldan daha uzun bir süredir yalnız yaşamaktadır.Olguların % 21.7'sinin stresli yaşam olayları hikayesi vardır.Olguların % 85.4'ünün çocukluk dönemi yaşamı olumlu iken, % 14.6'sının olumsuzdur.Olguların % 20.8'i menopoz için danışmanlık almıştır.

Olguların % 6.3'ü 1 kez hamile kalmışken, % 17.5'i 2 kez, % 28.8'i 3 kez, % 22.5'i 4 kez, % 24.5'i 5 kez ve üzerinde hamile kalmışken sadece 1 olgu hiç hamile kalmamıştır.Olguların % 11.6'sı 1 kez doğum yapmışken, % 38.8'i 2 kez, % 28.8'i 3 kez, % 11.6'sı 4 kez, % 8.8'i 5 kez ve üzerinde doğum yapmışken sadece 1 olgu hiç doğum yapmamıştır.Olguların % 69.6'sı hiç düşük yapmamışken, % 19.2'si 1 kez, % 10'u 2 kez ve %1.3'ü 3 kez düşük yapmıştır.Olguların % 67.1'i hiç kürtaj yapmamışken,

% 15'i 1 kez, % 13.3'ü 2 kez, % 3.8'i 3 kez ve % 0.8'i 4 kez kürtaj yapmıştır.Olguların % 11.7'sinin yaşayan çocuk sayısı 1 iken, % 40.8'inin 2, % 31.2'sinin 3, % 15'inin 4 ve üzerinde iken, % 1.3'ünün hiç yaşayan çocuğu yoktur.

**Tablo 14:** Tüm Olguların Gestasyon ,Parite, Küretaj, Abortus, Yaşayan Çocuk Hikayesi

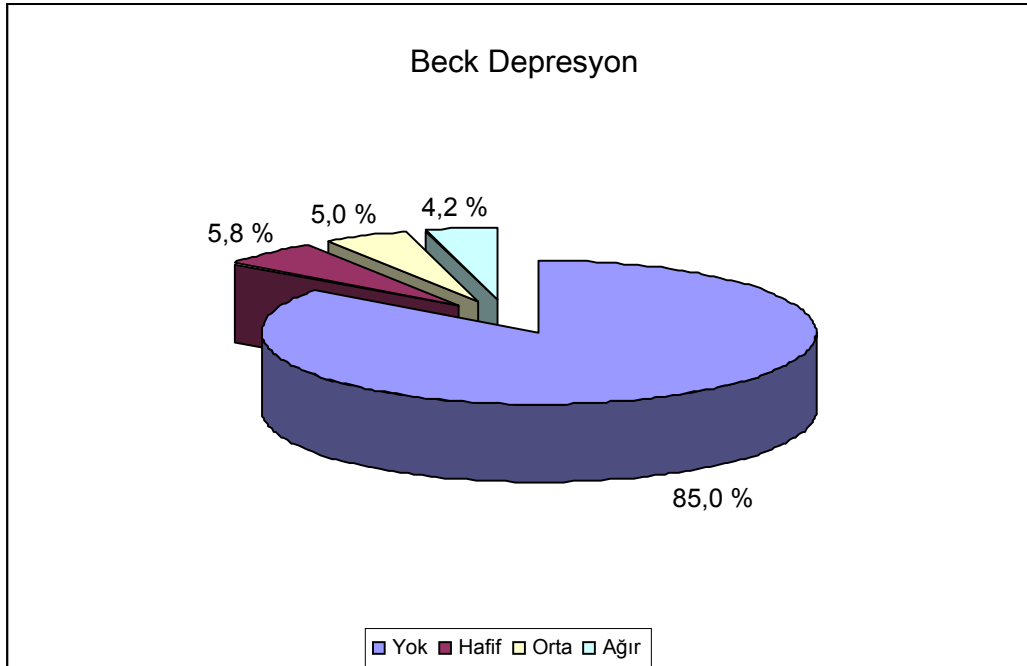
		N	%
<b>Hamilelik Sayısı</b>	Yok	1	0,4
	1	15	6,3
	2	42	17,5
	3	69	28,8
	4	54	22,5
	5 ve üzeri	59	24,5
<b>Doğum Sayısı</b>	Yok	1	0,4
	1	28	11,6
	2	93	38,8
	3	69	28,8
	4	28	11,6
	5 ve üzeri	21	8,8
<b>Düşük Sayısı</b>	Yok	167	69,6
	1	46	19,2
	2	24	10,0
	3	3	1,3
<b>Küretaj Sayısı</b>	Yok	161	67,1
	1	36	15,0
	2	32	13,3
	3	9	3,8
	4	2	0,8
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>	Yok	3	1,3
	1	28	11,7
	2	98	40,8
	3	75	31,2
	4 ve üzeri	36	15,0

**Tablo 15: Tüm Olguların Beck Depresyon Ölçeği Sonuç Dağılımı**

		N	%
Beck Depresyon	Yok	204	85,0
	Hafif	14	5,8
	Orta	12	5,0
	Ağır	10	4,2

Bütün olguların (n=240) % 85'inin depresyonu yokken, % 15'lik kısmında depresyon saptanmıştır. Saptananların % 5.8'inin hafif, % 5'inin orta ve % 4.2'sinin ağır depresyonu vardır. Premenopozal olguların % 11.6'da (n=14) depresyon saptanırken postmenopozal hastaların % 18.3'de (n=22) depresyon saptanmıştır. Postmenopozal ve premenopozal olgularla beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

**Şekil 6 : Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları Bulguları**



**Tablo 16 : Postmenopozal Olgularda Beck Depresyon Envanterine Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi** Ki-kare testi kullanıldı.

Postmenopozal		Yok	Hafif	Orta	Ağır	P
Yaş	35-45	12 (%12,2)	1 (%12,5)	-	1 (%16,7)	0,356
	45-55	64 (%65,3)	3 (%37,5)	6 (%75,0)	2 (%33,3)	
	55 ve üzeri	22 (%22,4)	4 (%50,0)	2 (%25,0)	3 (%50,0)	
Öğrenim Durumu	Eğitim almamış	23 (%23,5)	2 (% 25,0)	1 (%12,5)	1 (%16,7)	0,991
	İlköğretim	32 (%32,7)	3 (%37,5)	4 (%50,0)	2 (%33,3)	
	Lise	34 (%34,7)	2 (%25,0)	2 (%25,0)	2 (%33,3)	
	Üniversite	9 (% 9,2)	1 (%12,5)	1 (%12,5)	1 (%16,7)	
Meslek	Çalışıyor	9 (%9,2)	-	-	-	0,586
	Emekli	15 (%15,3)	3 (%37,5)	1 (%12,5)	1 (%16,7)	
	Ev Hanımı	74 (%75,5)	5 (%62,5)	7 (%87,5)	3 (%83,3)	
Medeni Durum	Evli	69 (%70,4)	5 (% 62,5)	6 (%75,0)	5 (%83,3)	0,851
	Boşanmış	7 (%7,1)	-	-	-	
	Dul	22 (%22,4)	3 (%37,5)	2 (%25,0)	1 (%16,7)	
Gelir Düzeyi	< 500 YTL	30 (%30,6)	3 (%37,5)	-	5 (%83,3)	0,076
	500-1.500 YTL	53 (%54,1)	4 (%50,0)	6 (%75,0)	1 (%16,7)	
	> 1.500 YTL	15 (%15,3)	1 (%12,5)	2 (%25,0)	-	
İkametgah	Kent	78 (%79,6)	5 (%62,5)	6 (%75,0)	4 (%66,7)	0,635
	Kırsal	20 (%20,4)	3 (%37,5)	2 (%25,0)	2 (%33,3)	

Postmenopozal ve premenopozal olgularda yaş ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda öğrenim durumu ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda meslek ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda medeni durum ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda ikametgah ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17** : Premenopozal Olgularda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi Ki-kare testi kullanıldı.

Premenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Yaş	35-45	52 (%49,1)	3 (%50,0)	1 (%25,0)	2 (%50,0)	0,824
	45-55	54 (%50,9)	3 (%50,0)	3 (%75,0)	2 (% 50,0)	
	55 ve üzeri	-	-	-	-	
Öğrenim Durumu	Eğitim almamış	23 (%21,7)	2 (%33,3)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	0,898
	İlköğretim	39 (%36,8)	2 (%33,3)	2 (%50,0)	-	
	Lise	32 (%30,2)	1 (%16,7)	1 (%25,0)	2 (%50,0)	
	Üniversite	12(% 11,3)	1 (%16,7)	-	1 (%25,0)	
Meslek	Çalışıyor	21 (%19,8)	1 (%16,7)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	0,651
	Emekli	2 (%20,8)	3 (%50,0)	1 (%25,0)	-	
	Ev Hanımı	63 (%59,4)	2 (%33,3)	2 (%50,0)	3 (%75,0)	
Medeni Durum	Evli	83 (%78,3)	4 (% 66,7)	4 (%100)	4 (%100)	0,672
	Boşanmış	16 (%15,1)	2 (%33,3)	-	-	
	Dul	7 (%6,6)	-	-	-	
Gelir Düzeyi	< 500 YTL	30 (%28,3)	3 (%50,0)	1 (%25,0)	2 (%50,0)	0,485
	500-1.500 YTL	52 (%49,1)	1 (%16,7)	3 (%75,0)	2 (%50,0)	
	> 1.500 YTL	24 (%22,6)	2 (%33,3)	-	-	
İkametgah	Kent	76 (%71,7)	4 (%66,7)	3 (%75,0)	1 (%25,0)	0,253
	Kırsal	30 (%28,3)	2 (%33,3)	1 (%25,0)	3 (%75,0)	

Postmenopozal olgularda gelir düzeyi ile beck depresyon arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ağır depresyonda olan olguların gelir düzeylerinin 500 YTL altında olma oranlarının yüksekliği (% 83.3) dikkat çekicidir.

Premenopozal olgularda gelir düzeyi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 18:** Postmenopozal Hastaların Beck Depresyon Envanteri Özellikleri

Ki-kare testi kullanıldı. \*  $p<0.05$

Postmenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Kronik Hastalık	Evet	23 (%23,5)	4 (%50,0)	2 (%25,0)	2 (%33,3)	0,01*
	Hayır	75 (%76,5)	4 (%50,0)	6 (%75,0)	4 (%66,7)	
İlaç Anamnezi	Evet	29 (%29,6)	5 (%62,5)	1 (%12,5)	3 (%50,0)	0,112
	Hayır	69 (%70,4)	3 (%37,5)	7 (%87,5)	3 (%50,0)	
Alkol Kullanım Hikayesi	Evet	10 (%10,2)	-	-	1 (%16,7)	0,543
	Hayır	88 (%89,8)	8 (%100,0)	8 (%100,0)	5 (%83,3)	

Postmenopozal olgularda kronik hastalık varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Postmenopozal olgularda kronik hastalık olanlarda %26 oranında depresyon varken kronik hastalığı olmayanların % 16 oranında depresyon vardır.

Premenopozal olgularda kronik hastalık varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Premenopozal olgularda kronik hastalık olanlarda %20 oranında depresyon varken kronik hastalığı olmayanların % 11 oranında depresyon vardır. Kronik hastalıkların çeşitliliği ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda alkol kullanım hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 19 : Premenopozal Hastaların Beck Depresyon Envanteri Özellikleri**

Ki-kare testi kullanıldı. \* p&lt;0.05

Premenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Kronik Hastalık	Evet	34 (%32,1)	-	1 (%25,0)	-	0,01*
	Hayır	72 (%67,9)	6 (%100,0)	3 (%75,0)	4 (%100,0)	
İlaç Anamnezi	Evet	40 (%37,7)	1 (%16,7)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	0,674
	Hayır	66 (% 62,3)	5 (%83,3)	3 (%75,0)	3 (%75,0)	
Alkol Kullanım Hikayesi	Evet	15 (%14,2)	2 (%33,3)	-	-	0,372
	Hayır	91 (%85,8)	4 (%66,7)	4 (%100,0)	4 (%100,0)	

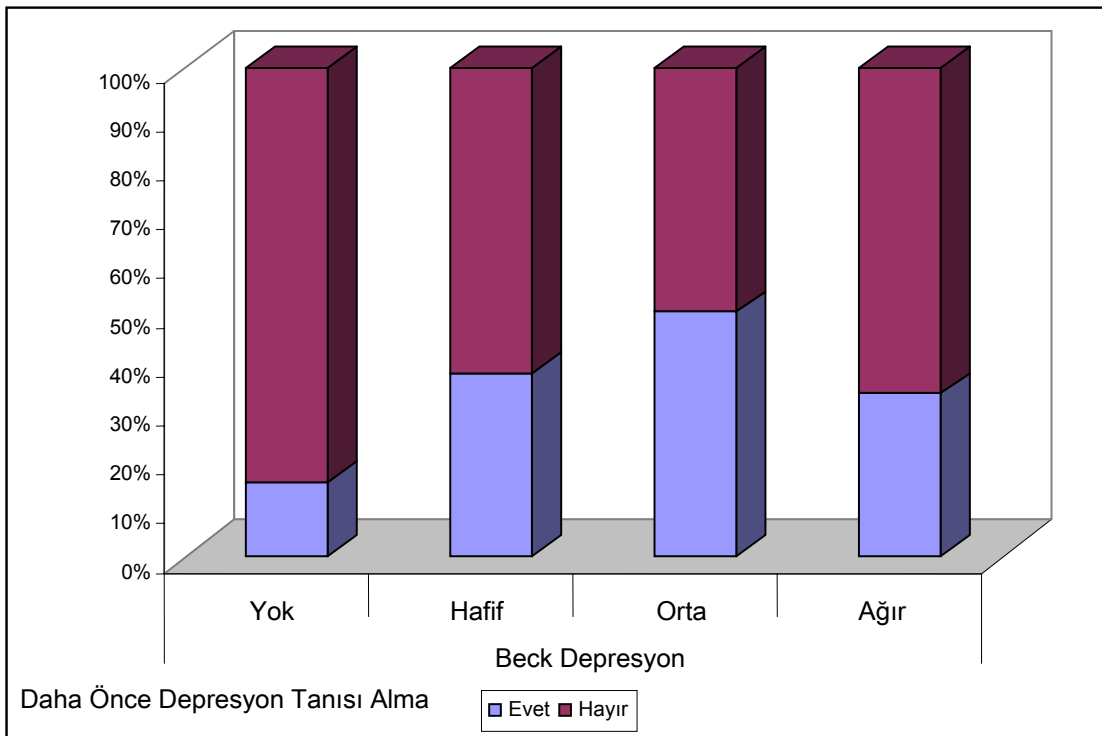
**Tablo 20: Postmenopozal Hastaların Psikiyatrik Hikayesi**

Ki-kare testi kullanıldı. \* p&lt;0.05

Postmenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Daha Önce Depresyon Tanısı Alma	Evet	15 (%15,3)	3 (%37,5)	4 (%50,0)	2 (%33,3)	0,045*
	Hayır	83 (%84,7)	5 (%62,5)	4 (%50,0)	4 (%66,7)	
Daha Önce Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Alma	Evet	7 (%7,1)	-	-	2 (%33,3)	0,069
	Hayır	91 (%92,9)	8 (%100,0)	8 (%100,0)	4 (%66,7)	
Ailede Daha Önceden Depresyon Tanısı Alma	Evet	16 (%16,3)	2 (%25,0)	1 (%12,5)	2 (%33,3)	0,663
	Hayır	82 (%83,7)	6 (%75,0)	7 (%87,5)	4 (%66,7)	

Postmenopozal olgularda daha önceden depresyon tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Beck depresyonu olmayan olguların daha önceden depresyon tanısı almış olma oranları (% 15.3), hafif (%37.5), orta (% 50) ve ağır (% 33.3) depresyonlu olguların daha önceden depresyon tanısı almış olma oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

**Şekil 7 :** Beck Depresyon Ölçeğine Göre Daha Önce Depresyon Tanısı Almış Olma Bulguları



Postmenopozal olgularda daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma ile beck depresyon arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ağır depresyonda olan olguların daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olma oranlarının yüksekliği (% 33.3) dikkat çekicidir.

Postmenopozal ve premenopozal olgularda aile ve birinci dereceden akrabalarda daha önceden depresyon tanısı alan birey varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Premenopozal olgularda daha önceden depresyon tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Premenopozal olgularda daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 21:** Premenopozal Hastaların Psikiyatrik Hikayesi

Ki-kare testi kullanıldı.

Premenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Daha Önce Depresyon Tanısı Alma	Evet	27 (%25,5)	2 (%33,3)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	0,980
	Hayır	79 (%74,5)	4 (%66,7)	3 (%75,0)	3 (%75,0)	
Daha Önce Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Alma	Evet	20 (%18,9)	-	-	1 (%25,0)	0,491
	Hayır	86 (% 81,1)	6 (%100,0)	4 (%100,0)	3 (%75,0)	
Ailede Daha Önceden Depresyon Tanısı Alma	Evet	28 (%26,4)	1 (%16,7)	-	1 (%25,0)	0,644
	Hayır	78 (%73,6)	5 (%83,3)	4 (%100,0)	3 (%75,0)	

**Tablo 22 :** Postmenopozal Olgularda Menapoz Tanısı İle Takip Edilme Süresi ile Beck Depresyon Ölçeği İlişkisi

Ki-kare testi kullanıldı.

Postmenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Menopoz Tanısı İle Takip Edilme Süresi	0-5 yıl	83 (%84,7)	5 (%62,5)	7 (%87,5)	6 (%100,0)	0,227
	5-10 yıl	9 (%9,2)	3 (%37,5)	1 (%12,5)	-	
	> 10 yıl	6 (%6,1)	-	-	-	

Postmenopozal olgularda menapoz tanısı ile takip edilme süresi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 23 : Postmenopozal Hastaların Yaşam Hikayesi ile Depresyon Arasındaki İlişki**

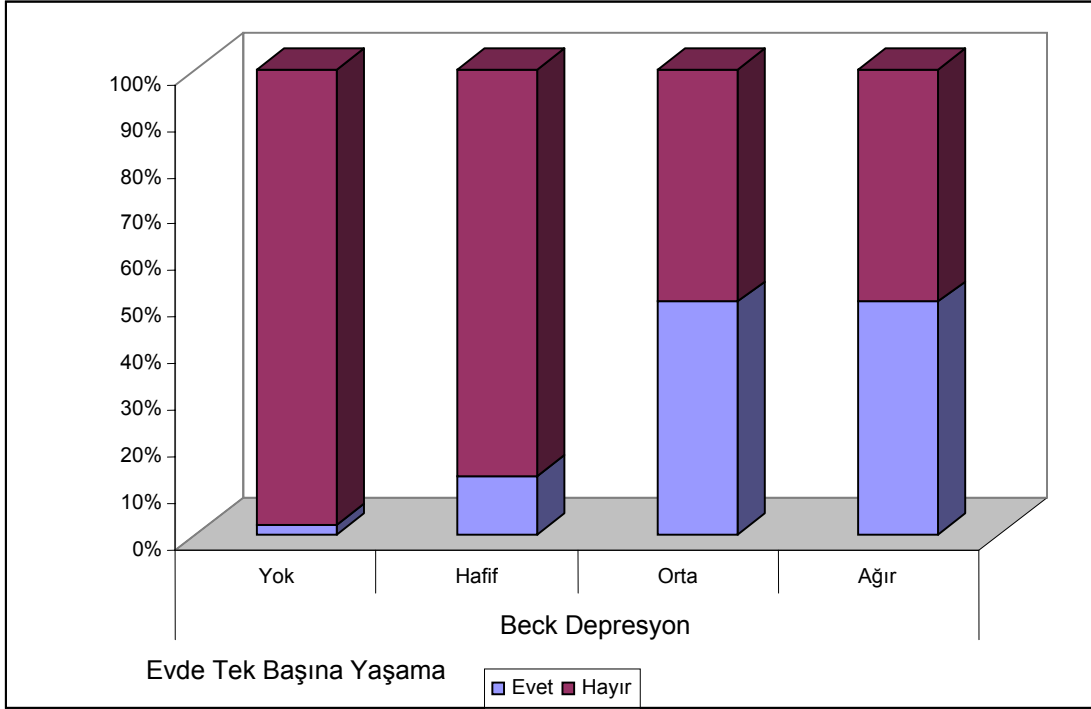
Ki-kare testi kullanıldı. \*\*  $p<0.05$

Postmenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Evde Tek Başına Yaşama	Evet	2 (%2,0)	1 (%12,5)	4 (%50,0)	3 (%50,0)	0,001**
	Hayır	96 (%98,0)	7 (%87,5)	4 (%50,0)	3 (%50,0)	
Stresli Yaşam Olayları Hikayesi	Evet	5 (%9,1)	4 (%50,0)	1 (%12,5)	3 (%50,0)	0,001**
	Hayır	93 (%94,9)	4 (%50,0)	7 (%87,5)	3 (%50,0)	
Çocukluk Dönemi Yaşamı	Olumlu	96 (%98,0)	5 (%62,5)	8 (%100,0)	4 (%66,7)	0,001**
	Olumsuz	2 (%2,0)	3 (%37,5)	-	2 (%33,3)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	1 (%1,0)	-	-	1 (%16,7)	0,130
	1	14 (%14,3)	-	1 (%12,5)	-	
	2	40 (%40,8)	2 (%25,0)	3 (%37,5)	3 (%50,0)	
	3	29 (%29,6)	2 (%25,0)	3 (%37,5)	1 (%16,7)	
	≥4	14 (%14,3)	4 (%50,0)	1 (%12,5)	1 (%16,7)	

Postmenopozal ve premenopozal olgularda FSH , LH , Estradioldan oluşan hormon profili ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). HRT kullanımıyla ilgili olguların çok çeşitli cevaplar vermesine bağlı olarak anlamlı veriler çıkarılamadığı için istatistiksel bir sonuç çıkarılamamıştır.

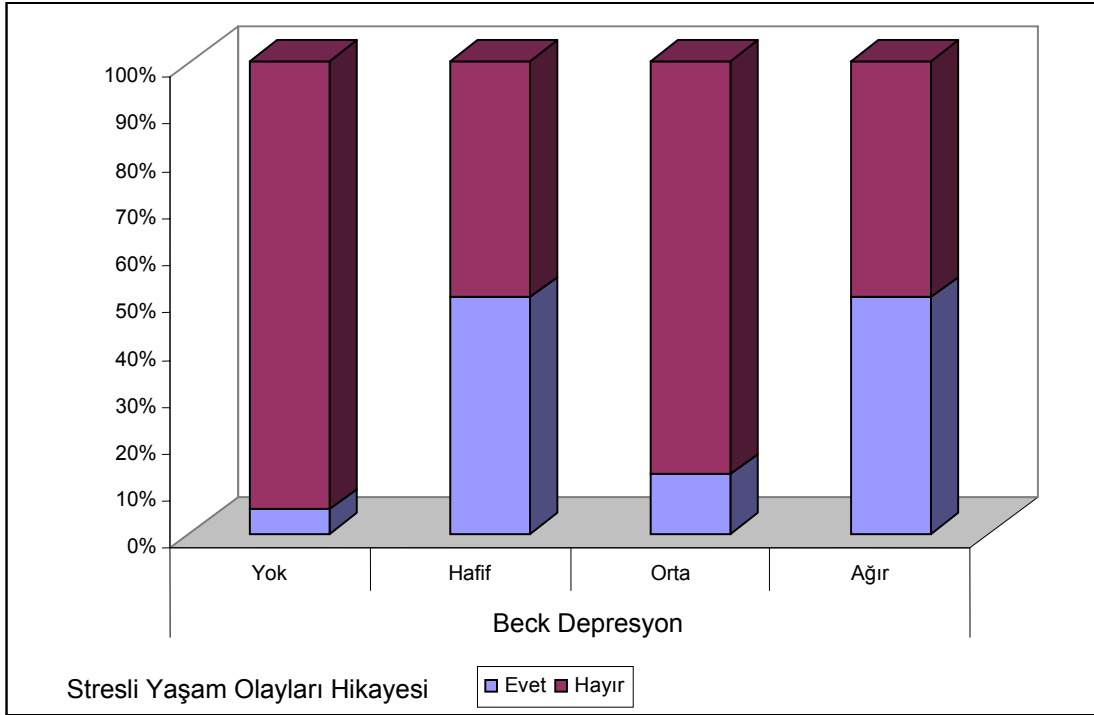
Postmenopozal olgularda evde tek başına yaşama ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Beck depresyonu olmayan (% 2) ve hafif depresyonlu olan (% 12.5) olguların şu anda evde tek başına yaşama oranları; orta (% 50) ve ağır (% 50) depresyonlu olguların evde tek başına yaşama oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

**Şekil 8 :** Beck Depresyon Ölçeğine Göre Evde Tek Başına Yaşama Bulguları

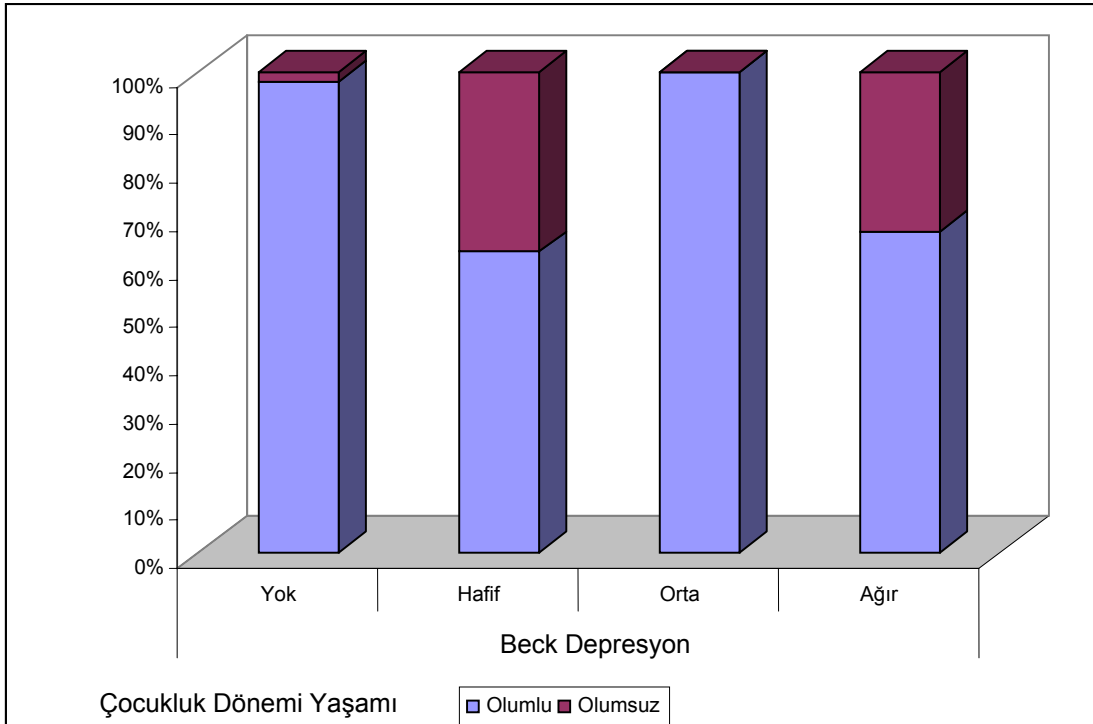


Postmenopozal olgularda stresli yaşam olayları hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Beck depresyonu olmayan (% 9.1) ve orta depresyonlu olan (% 12.5) olgularda stresli yaşam hikayesi görülme oranları; hafif (% 50) ve ağır (% 50) depresyonlu olgularda stresli yaşam hikayesi görülme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

**Şekil 9 : Beck Depresyon Ölçeğine Göre Stresli Yaşam Olayları Hikayesi Bulguları**



**Şekil 10 : Beck Depresyon Ölçeğine Göre Çocukluk Dönemi Yaşamı Bulguları**



Tablo 24 : Premenopozal Hastaların Yaşam Hikayesi ile Depresyon Arasındaki İlişki

Ki-kare testi kullanıldı.

Premenopozal		Beck Depresyon				P
		Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Evde Tek Başına Yaşama	Evet	21 (%19,8)	-	-	-	0,339
	Hayır	85 (%80,2)	6 (%100,0)	4 (%100,0)	4 (%100,0)	
Stresli Yaşam Olayları Hikayesi	Evet	35 (%33,0)	-	2 (%50,0)	2 (%50,0)	0,259
	Hayır	71 (%67,0)	6 (%100,0)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	
Çocukluk Dönemi Yaşamı	Olumlu	81 (%76,4)	5 (%83,3)	3 (%75,0)	3 (%75,0)	0,983
	Olumsuz	25 (%23,6)	1 (%16,7)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	1 (%0,9)	-	-	-	0,958
	1	10 (%9,4)	1 (%16,7)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	
	2	44 (%41,5)	2 (%33,3)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	
	3	35 (%33,0)	3 (%50,0)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	
	≥4	16 (%15,1)	-	-	-	

Postmenopozal olgularda çocukluk dönemi yaşamı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Beck depresyonu olmayan (% 2) ve orta depresyonlu olan (% 0) olgularda çocukluk dönemi

yaşamının olumsuz olma oranları; hafif (% 37.5) ve ağır (% 33.3) depresyonlu olgularda çocukluk dönemi yaşamının olumsuz geçme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

Postmenopozal ve premenopozal olgularda yaşayan çocuk sayısı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Premenopozal olgularda evde tek başına yaşama ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Premenopozal olgularda stresli yaşam olayları hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Premenopozal olgularda çocukluk dönemi yaşamı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda postmenopozal olgularda doğal yada cerrahi yoldan menopoza giren olgular ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda istatistiksel olarak premenopozal ve postmenopozal dönemler arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0.05$ ). Ancak menopozla birlikte kadınlarda psikolojik şikayetlerin arttığı tesbit edilmiştir.

## V. TARTIŞMA

Depresyonda risk etkenleri incelendiğinde, yapılan çalışmalara göre depresyonun multifaktöryel nedenler sonucunda ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir.

Çalışmamızda bütün olguların (n=240) % 85'inin depresyonu yokken, % 15'lik kısmında depresyon saptanmıştır.Saptananların % 5.8'inin hafif, % 5'inin orta ve % 4.2'sinin ağır depresyonu vardır.Premenopozal olguların % 11.6'da(n=14) depresyon saptanırken postmenopozal hastaların %18.3'de (n=22) depresyon saptanmıştır. Menopoz sonrası dönemde ruhsal belirti yaygınlığında bir artış beklenir. Ancak bulgular çelişkilidir (Bromberger ve ark. 2001). Yapılan çalışmaların ciddi yöntem hataları taşıdığına dikkati çeken Nicol-Smith (1996), menopozun depresyona neden olduğunu iddia etmek için yeterli veri olmadığını savunmaktadır. Menopozdan hemen önceki dönemde ruhsal belirtilerde hafif düzeyde bir artış olsa da menopozdan sonra depresyon yaygınlığının azaldığı bildirilmiştir (Robinson 2001). Ruhsal belirti sıklığının daha çok menopoza girmeden önceki yıllarda arttığını destekleyen başka yayınlar da vardır (Stewart ve ark. 1992, Bromberger ve ark. 2001). Paoletti ve arkadaşları (2001) ise menopoz sonrası dönemde ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda istatistiksel olarak premenapozal ve postmenopozal dönemler arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0.05$ ). Ancak menopozla birlikte kadınlarda psikolojik şikayetlerin arttığı tesbit edilmiştir.

Konuyla ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde,depresyon risk etkenleri açısından birçok neden ileri sürülmüştür.Yaş ve cinsiyet özellikleri incelendiğinde depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür.Genel olarak depresyon en sık 40-50 yaş arasında görülür.Jorm' un 2000 yılındaki bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmemektedir, ilerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (80). Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark da gitgide azalmaktadır.(80)

Çalışmamızda postmenopozal ve premenopozal olgularda yaş ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Postmenapozal olguların yaş ortalaması  $47.2 \pm 2.1$  iken premenapozal olguların yaş ortalaması  $45.3 \pm 1.8$  bulunmuştur. Bu sonuç gruplar arasında yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumaktadır. Çalışmaya sadece kadın olgular alındığı için erkeklerde görülen depresyon prevalansı araştırılmamıştır.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen ırk ve etnik gruplar özellikleri incelendiğinde Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada; majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıklarında, daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenler yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (80).

Çalışmamızda hasta araştırma anketinde ırk ve etnik özelliklere yönelik sorular sorulmamıştır. Ülkemizde siyah toplum çok az olduğu için bu risk faktörü çalışmaya dahil edilmemiştir.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen medeni durumla ilgili özellikler incelendiğinde depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılındaki çalışmalarında; eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre de değişim göstermektedir. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (80).

Çalışmamızda postmenopozal ve premenopozal olgularda medeni durum ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktayken ( $p>0.05$ ), postmenopozal olgularda evde tek başına yaşama ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Bu sonuç ülkemizde yaptığımız çalışmada, premenapozal hastalar için erken dönemde ayrı yaşayan ,dul olan, boşanan , tek başına yaşayan kadınların sayısının oldukça az olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizdeki sosyal ve ailevi desteğin fazla olmasından dolayı

kadınların yalnız yaşama durumu çok az rastlanmakta ve medeni durumun depresyon üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır. Çalışmamızın sonuçları evde tek başın yaşama haricinde yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen aile öyküsü ve genetik özellikler incelendiğinde Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada; kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü veya aile ile yakın akrabalarda psikiyatrik hastalık hikayesi varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir (80).

Çalışmamızda postmenopozal ve premenopozal olgularda aile ve birinci dereceden akrabalarda daha önceden depresyon tanısı alan birey varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen çocukluk dönemi yaşantıları özellikleri incelendiğinde bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve de süreklilik gösteren sevgi ve duygusal beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşın anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda depresyon gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz; yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlamış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların; ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (80).

1) Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.2) Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.3) Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. 1994' te Bifulco' nun, 1990'da Harris' in yaptıkları çalışmalarda; aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür. Birmaher ve arkadaşlarının 1996' da ki çalışmasında çocukluk dönemlerindeki kötüye kullanımların hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) ekseninin

işlevlerini etkileyebileceği yani kortikotropin salgılatıcı hormon uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler (80).

Çalışmamızda postmenopozal olgularda çocukluk dönemi yaşamı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Beck depresyonu olmayan (% 2) ve orta depresyonlu olan (% 0) olgularda çocukluk dönemi yaşamının olumsuz olma oranları; hafif (% 37.5) ve ağır (% 33.3) depresyonlu olgularda çocukluk dönemi yaşamının olumsuz geçme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

Premenopozal olgularda çocukluk dönemi yaşamı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlar ülkemizde çocuk haklarına verilen değerin bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızın sonuçları postmenopozal olgular hariç yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen hastalık öncesi kişilik özellikleri incelendiğinde depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki “premorbid” kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif, histrionik, pasif ve bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (80). Öne sürülen bu risk faktörünün birçok test ile araştırılması gerektiğinden çalışmamızın süresini geçmemek amacıyla bu faktörü değerlendirmedik.

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri incelendiğinde olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik, ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Çünkü negatif olaylar daha çok “afektif diatez” e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Paykel’in 1971, 1994 ve 1997’ de ki çalışmalarında bu konuyla ilgi bir diğer hususa dikkat çekilmiştir. Yaşanan olayın kendisinden çok, o olayın, o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak 1997’ de Brown ve arkadaşları etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (80).

Yaptığımız çalışmada hastaların olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri olarak kronik hastalık varlığı, çocuk sahibi olma, sürekli ilaç kullanma gibi etkenleri algıladığı bulunmuştur. Weber ve arkadaşlarının 1997'de yaptığı bir çalışmada kronik bedensel hastalık nedeniyle ilaç kullanımının menopoz sonrası grupta depresif belirti şiddetini etkilediği ve depresyon- kaygı için risk oluşturduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da postmenopozal olgularda kronik hastalık varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ). Postmenopozal olgularda kronik hastalık olanlarda %26 oranında depresyon varken kronik hastalığı olmayanların % 16 oranında depresyon vardır. Premenopozal olgularda kronik hastalık varlığı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ). Premenopozal olgularda kronik hastalık olanlarda %20 oranında depresyon varken kronik hastalığı olmayanların % 11 oranında depresyon vardır. Kronik hastalıkların çeşitliliği ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Bu sonuç ülkemizde kronik hastalık sıklığının fazla olduğunu ve aslında kronik hastalığı olanların kronik ilaç kullanımının az olmasına bağlı olarak kronik hastalıkların ve kronik hastalıklarda depresyonun ihmal edildiğinin bir göstergesidir. Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumaktadır.

Postmenopozal ve premenopozal olgularda ilaç anamnezi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuç her iki grubun ilaç anamnez oranlarının birbirine yakın olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda postmenopozal ve premenopozal olgularda FSH , LH , Estradioldan oluşan hormon profili ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Yapılan bazı çalışmalarda estradiol seviyesinin depresyondan korunmada etkili olduğu ileri sürülsede birçok çalışmada hormon düzeylerinin depresyon gelişimine yada korunmasına etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. HRT kullanımıyla ilgili olguların çok çeşitli cevaplar vermesine bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı veriler çıkarılamadığı için istatistiksel bir sonuç çıkarılamamıştır.

Postmenopozal olgularda stresli yaşam olayları hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ). Beck depresyonu olmayan (% 9.1) ve orta depresyonlu olan (% 12.5) olgularda stresli yaşam hikayesi görülme oranları; hafif (% 50) ve ağır (% 50) depresyonlu olgularda stresli

yaşam hikayesi görülme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür. Bu sonuç ülkemizde kültürel olarak sosyal desteğin kuvvetli olmasına rağmen profesyonel desteğin sağlanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmaktadır.

Premenopozal olgularda stresli yaşam olayları hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda hamile kalma ,doğum yapma, düşük yapma , kürtaj yapma, yaşayan çocuk sayısı ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen sosyo-ekonomik durum ve sosyal destek etkenleri incelendiğinde Bruce ve Takeuchi 1991' de yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat fazla olduğunu, Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (80). Postmenopozal ve premenopozal olgularda öğrenim durumu, meslek , ikametgah ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal olgularda gelir düzeyi ile beck depresyon arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anlamlı bir ilişki bulunmama ile birlikte ağır depresyonda olan olguların gelir düzeylerinin 500 YTL altında olma oranlarının yüksekliği (% 83.3) dikkat çekicidir.

Premenopozal olgularda gelir düzeyi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Depresyon risk etkenlerinden olduğu ileri sürülen diğer psikiyatrik durumlarla birliktelik ve madde kötüye kullanım özellikleri incelendiğinde :

Kupfer 2001' de depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama % 75- 80 civarında nüks oranı olduğunu ifade etmiştir. Anksiyete bozukluklarının varlığı, depresyon olasılığını arttırmaktadır. Nörolojik hastalıklar; örneğin Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, inme gibi hastalıklarda depresyon yüksek orandadır. Birincil uyku bozukluklarının varlığı depresyon sıklığını arttırmaktadır. Alkol ve madde kötüye kullanımıyla depresyon arasında daha yüksek oranda birliktelik izlenir (80).

Postmenopozal ve premenopozal olgularda alkol kullanım hikayesi ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Postmenopozal olgularda daha önceden depresyon tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Beck depresyonu olmayan olguların daha önceden depresyon tanısı almış olma oranları (% 15.3), hafif (%37.5), orta (% 50) ve ağır (% 33.3) depresyonlu olguların daha önceden depresyon tanısı almış olma oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür. Bu sonuç bize her ne kadar depresyon tedavisinde gelinen noktanın ilerlemiş olmasına rağmen hala yeteri kadar depresyon tedavisinin tam yapılamadığını göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyuşmaktadır.

Premenopozal olgularda daha önceden depresyon tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Postmenopozal olgularda daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma ile beck depresyon arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ağır depresyonda olan olguların daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olma oranlarının yüksekliği (% 33.3) dikkat çekicidir.

Premenopozal olgularda daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Menopoz öncesi, menopoz sonrası ve cerrahi yolla menopoza girmiş üç farklı grubu içeren bir çalışmada depresif belirtiler açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık elde edilmemiştir (Barensten, 2001). Çalışmamızda postmenopozal olgularda doğal yada cerrahi yoldan menopoza giren olgular ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ )

## VI. ÖZET

Çağdaş psikiyatri insanı biyo-psiko sosyal bir varlık olarak tanımlar. Bu bağlamda menopoz konusunu da biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele almak gerekir (40).

Menopoz kadınların yaşamındaki önemli dönemeçlerden biridir. Bu dönemde ortaya çıkan biyolojik değişiklikler sonucunda doğurganlık ve bir anlamda da gençlik sona erer. Toplumun yaşlanan kadına bakışı ve bireyin menopoza yüklediği anlamla ilişkili olarak, bu dönem oldukça farklı biçimlerde yaşanabilir. Menopozun anlamı bireyin kişilik yapısına, eğitim düzeyine, sürdürdüğü yaşam biçimine, anne olup olmamasına ve geleceğe dönük tasarılarına göre değişebilir. Geleneksel kültürlerde yaşı ilerleyen ve olgunlaşan kadının aile ve toplum içindeki tüketim konumu giderek güçlenirken; çağdaş küreselleşmiş toplumlarda gençlik ve güzelliğe aşırı önem verilmesi menopoz dönemini kadınlar için zorlaştırmaktadır. Bireyin aile yapısı, eşi ve çocuklarıyla ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılımı ve gelecekle ilgili beklentilerinin yanı sıra toplumun menopoza bakış açısının, ruh sağlığı üzerindeki etkileri, bu dönemde ortaya çıkan biyolojik değişikliklerden daha önemlidir. Gerçekten de, yaşlı kadınların toplum içindeki saygınlığının arttığı geleneksel toplumlarda, menopozla ilişkili ruhsal sorunlar daha az görülmektedir.

Doğal menopoz çoğu kadının hazırlıklı olduğu ve beklediği bir dönemdir. Menopoz öncesini ve sonrasını da içine alan perimenopoz döneminde uykusuzluk, gerginlik, duygu durum değişkenliği, konsantrasyon güçlüğü ve depresyon gibi sorunlar ortaya çıkar. Ancak menopozda görülen ruhsal sorunlar ile östrojen düzeylerinin azalması arasında doğrudan bir ilişki yoktur. Ruhsal sorunların hipotalamohipofizer ekseninde ortaya çıkan değişiklikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine de depresyonun ortaya çıkabilmesi için, önceden geçirilmiş depresyon öyküsü, kalıtsal yatkınlık, menopoz döneminde yaşanan yoğun güçlükler gibi ilave bazı etmenlerin bulunması gerekir. Özellikle yaşamından hoşnut olmayan, yeterince başarı ve mutluluğu tadamamış bireylerde, menopoz dönemi daha sorunlu yaşanmaktadır. Yaşamını boşa harcadığını ve fırsatları kaçırdığını düşünmeye başlayan kişide kimi zaman kendini ya da yakınlarını suçlama eğilimleri belirebilir. Bazı kadınlarda ise yaşam boyu çözemedikleri iç çatışmalarını ve ruhsal sorunlarını menopoza bağlama eğilimi

görülebilmektedir. Üretkenlik ve doğurganlığın yitirilmesi psikodinamik açıdan bu dönemde görülen depresyonun nedenlerinden biri olarak ele alınabilir.

Biz çalışmamızda premenapoz ve postmenapoz dönemlerindeki kadınlarda bulduğumuz oranları ülkemizdeki depresyon oranları hakkında yapılan birçok çalışma ile uyumlu bulduk. Çalışmamızda bütün olguların (n=240) % 85'inin depresyonu yokken, % 15'lik kısmında depresyon saptanmıştır. Saptananların % 5.8'inin hafif, % 5'inin orta ve % 4.2'sinin ağır depresyonu vardır. Premenapozal olguların % 11.6'da (n=14) depresyon saptanırken postmenapozal hastaların % 18.3'de (n=22) depresyon saptanmıştır. İstatiksel olarak premenapozal ve postmenopozal dönemler arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. (p>0.05). Ancak menopozla birlikte kadınlarda psikolojik şikayetlerin arttığı tesbit edilmiştir.

Bilinen depresyon risk faktörlerinden çocukluk dönemi yaşamı, kronik hastalık varlığı, stresli yaşam olayları varlığı, evde tek başına yaşama, daha önce depresyon tanısı almış olma ile depresyon arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcutken, gelir düzeyi, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almış olma ile depresyon varlığı arasında anlamlı bir yakın ilişkinin mevcut olduğunu ülkemiz içinde geçerli bulurken, öne sürülen diğer risk faktörlerinin ülkemiz için geçerli olmadığı sonucuna vardık. Çalışmamızın aslında sadece kadınların değil tüm toplumun bir sorunu olan depresyon ve menapoz ilişkisine katkıda bulunacağını ümit ediyoruz. Menopoz ve depresyon tanılarını alan kadınların mevcut durumlarının farkında olmaları ve toplumun bu konularda doğru bilgi ve yaklaşımlara sahip olmaları sonuçların daha iyi olmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak, ülkemizde henüz çok yeni olan araştırmalar, Batı örneğinde ve diğer farklı kültürlerde yapılan çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, menopozun yaşanmasında bireysel ve kültürel düzeyde önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Türk örneklemi üzerinde yapılan çalışmamızda, 45-54 yaş aralığını içeren menopoz döneminde genel olarak belirtilerin yoğunlaştığı, menopoz girme ile vazomotor belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğu, ancak söz konusu nedensellik ilişkisinin psikolojik şikayetler ya da depresif belirtiler açısından daha ayrıntılı araştırılmaya ihtiyacı olduğu görülmektedir.

## VII. KAYNAKLAR

1. Atasü T. Menopoz ve Hormon replasman tedavisinin tarihçesine bir bakış. Menopoz tedavisi ve kanser. Edit. Atasü T., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2001: 1-11.
2. Dicz Falusy E: The third age, the third world and the third millenium. Contraception. 1996;53:1.
3. Rozenbaum H. 100 years of hormone replacement therapy. In IV. European Congress on Menopause. Edit Martin H. Birkhauser, Henri Rozenbaum. Vienna-Austria. 1998.
4. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Klimakterium ve Menopoz. In: Kişnişçi HA (Ed). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi; 1996; p:1319-1351.
5. Speroff L. Menopause and Postmenopausal Hormone Therapy. In: Glass RH, Kasa NG, Speroff L (Eds). Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 5th ed. Baltimore, Williams and Wilkins; 1996; p: 583-649.
6. Hammond CB. Climacteric. In: Scott JR, Disoio PJ, Hammond CB, Spellacy WN (Eds). Danforhs Obstetrics and Gynecology. 7th ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Co.; 1994; p:771-789.
7. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi; 2004; p: 1163-1180.
8. Yıldırım A. Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. İn: Hassa H (Ed). Klinik Menopoz. İstanbul, Orgonan Yayınları; 1996; p: 1-12.
9. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow Sd, Skurnick J. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. Am J Epidemiol. 2001 May 1;153(9):865-74
10. Matthews KA, Kuller LH, Tyrrell KS, Chang YF. Changes in cardiovascular risk faktors during the perimenopause and postmenopause and carotid artery atherosclerosis in healthy women. Stroke May 2001;32:1104-1111
11. Johnston SL, Farrell SA, Bouchard C, Farrell SA, Beckerson LA, Comeau M. The detection and management of vaginal atrophy. J Obstet Gynaecol Can. 2004 May;26(5):503-15

12. Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ. Williams Hematology, Fifth edition, Chapter 122,123; sayfa 1227-47)
- 13.Perry W, Wiseman RA. Combined oral estradiol valerate-norethisterone treatment over 3 years in postmenopausal women: effects on lipids, coagulation factors, haematology and biochemistry. *Maturitas* 2002 Jun 25;42(2):157-64
- 14.Wilson PW, Garrison RJ, Castelli Wp, Feinleib M, Mc Namara PM, Kannel Wb. Prevalance of coronary heart disease in Framingham off spring study: role of lipoprotein cholesterols. *Am J Cardiol* 1980; 46: 649
15. Bardin CW, Swerdloff RS, et al. Androgens: risks and benefits. *J Clin Endocrinol Metab* 73:4, 1991
- 16.Schneider HP, Heinemann LA, Rosemaier HP, Potthoff P, Behre HM. The menopause rting scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 2000 Mar;3(1) :59-64
- 17.Seçkin NC, Şener AB, Turhan NÖ, Gökmen O, Orhon E, Bulgurlu H. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women *Maturitas* 30 (1998) 37-40
18. Lobo RA. Androgens in postmenopausal women: production, possible role and replacement options. *Obstetrical and Gynecol Survey* 2001 Vol.56 No.6 361-76
- 19- Jeune B. Parity and age at menopause in a Danish sample. *Maturitas*. 1986 Dec; 8(4): 359-365
- 20.Oğuz M, Aksungur EH. *Ultrasonografi*. 1997 edition page 243-5
- 21.Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Mar;180(3 Pt 2) :S319-24
22. Koh KK. Effects of hormone replacement therapy on coagulation and fibrinolysis in postmenopausal women. *Int J Hematol*. 2002 Aug;76 Suppl 2:44-6
23. Lipid Research Clinics Program: The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Tial Results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *JAMA* 1984; 251: 365
24. Dawood MY. Menopause. Copeland (ed): *Textbook of Gynecology*. W.b.Saunders Company, Pennsylvania p. 619-40, 1993

25. Hall G, Collins A, Csemiczky G, Landgren BM. Lipoproteins and BMI: a comparison between women during transition to menopause and regularly menstruating healthy women *Maturitas* 41 (2002) 177-185
26. Adashi EY, M.D. The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgen-producing gland *Fertil Steril* vol.62 No.1 1994 July 20-27
27. Bhatia NN, Bergman A, Karam MM. Effects of estrogen on urethral function in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 160: 176, 1989
28. Compos H, Mc Namara JR, Wilson PW, Ordovas Jm, Schaefer EJ. Differences in low density lipoprotein subfractions and apolipoproteins in premenopausal and postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 67: 30
29. Jongen V.H.W.M., Sluijmer AV, Heineman MJ. The postmenopausal ovary as an androgen producing gland; hypothesis on the etiology of endometrial cancer *Maturitas* 43 (2002) 77-85
30. Philip M. Psychosexual effect of menopause :Role of androgens ,*American J Obstet Gynecol* 1999 ;180:319-24
31. Genazzani A.R. Estrogen effect on neuroendocrine function :the new challenge of pulsed therapy ,*Climacteric* 2002 ;5 (suppl 2) :50-56
32. Linzmayer L. Double-blind, placebo-controlled Psychometric studies on the effects of a combined estrogen-progestin regimen versus estrogen alone on performance, mood and personality of menopausal syndrome patients. *Arzneim.-Forsch/Drug Res.* 2001; 51(1):238-245
33. Anderer P. Effects of hormone replacement therapy on perceptual and cognitive event-related potentials in menopausal insomnia. *Psychoneuroendocrinology* 2003 (28):419-445
34. Stoppe G. Critical appraisal of effects of estrogen replacement therapy on symptoms of depressed mood. *Arch Women Ment Health.* 2002;5(2):39-47.
35. Soares CN. Efficacy of citalopram as a monotherapy or as an adjunctive treatment to estrogen therapy for perimenopausal and postmenopausal women with depression and vasomotor symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2003. 64(4):473-79
36. Yazici K, Pata O, Yazici A. The effect of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression. *Turk Psikiyatri Derg.* 2003;14:101-5

37. Limmouzin –Lamonthe, mM. A., Mairon, N.C.R.B., Le Gal, M., Quality of Life After the Menapous: Influens of Hormonal replacement Therapy, Am J Obstet Gynecol, 170 (2): 618-624 ,1994
38. Lee S. Short-Therm use of Estradiol for depression in Perimenopausal and Postmenapausal women: A preliminary report. The American journal of Psychiatry. 2003.160(8): 1519-22
39. Dawood Y. Menapause. Coppeland L. İn edit. Textbook Of Gynecology. 1993, Chap; (33) : 619-638
40. Speroff L.Glass H.R., Kase G.N. Menapausal and the Perimenapausal Transition .Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth edition, 1999, chap. (17): 643-724
41. McKinlay ,J.B. McKinlay , S.M, Brambilla , D .: The relative contrabution of endocrine changes and social circumstance to depression in mid age women , Journal of Health and Social Behavior, 1987 :28:345-63
42. Keçecioğlu, Y.: Klimakteryum Tanı ve Tedavi (Çeviri, Huber J.: Climacterium, Diagnosis And Treatment ), İstanbul, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1997, 18.
43. Schmidt, P.J.,Rubinow , D.R.Menopause relatedaffective disorder :A justification for further study .Am J Psychiatry 1992;148:844
44. Stotlanda , N.C., Smith ,T.E.:Psychiatric Consultation to Obstetrics and Gynecology :Systems and Syndromes, Review of Psychiatry ,Consultation –Liaision Psychiatry ,Volume 9 , Section IV , (Eds )France , A.J.,Hales ,R.E., Washington , USA , American Psychiatric Press .İnc ., 1990 ,178.
45. Durmuşoğlu F,Erenus F.Nörovejetatif Semptomlar . Ertüngealp E ,Seyisoğlu H.Editör.Menapoz ve Osteoporoz İstanbul 2000 Bölüm 2 :22-27.
46. Westhoff C. ,M.D. Depot Medroxyprogesterone Acetat Contraception,The Journal of Reproductive Medicine .1996 ;41 :401-406
47. Kaptanoğlu, C.: Psikiyatrik Açıdan Menapoz , Klinikte Menapoz, (Editör ) Hassa, H Inc, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 , Ankara ,1994
48. Zeyneloğlu, H.B., Ergeneli, M.: Menopozal Semptomların Tedavisi (I), İlaç ve Tedavi Dergisi , 8(4):230-232 ,1995.

49. Eker E, Menapozda Psikiyatrik Semptomlar ve Cinsellik .Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Editör. Menapoz ve Osteoporoz İstanbul 2000 Bölüm 5:38-41
50. Coope , J. Hormonal and nonhormonal interventions for menopausal symptoms, *Maturitas*, 1996 .23:159-168
51. Weissman, M. M. , Blond , R. C. , Canino, G.J. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder *JAMA* :1995 ,276:293-99
52. Ballinger, C.B. Psychiatric aspects of menopause , *British Journal of Psychiatry*, 1990;156:773-787.
53. Dilbaz , N.: Kadın doğum hastalıklarının psikiyatrik yönleri , *EGE Psikiyatri sürekli yayınları Konsultasyon – Liyezon Psikiyatrisi – İlkbahar* , 2 (1):158-159, 1997
54. Eker E, Menapozda Psikiyatrik Semptomlar ve Cinsellik .Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Editör. Menapoz ve Osteoporoz İstanbul 2000 Bölüm 5:38-41
55. Chaby , L., Grinsztejn , A., Weitzman , J.J ., Bodinat , C., Dagens , V.: Etats Anxio Depressifs de la Femmen En Periode Premenopausique et Menopausique : Etude de L'efficacite et de L'acceptabite de la tianaptine Versus Maprotiline , *Presse Med* . ,221133-1138, 1993
56. Ersoy, T.: Menopoz ve Kültür, Ankara , Öteki Matbaası, 1998, 12-113
57. Zylarz GS. Insomnia related to postmenopausal syndrome and hormone replacement therapy: sleep laboratory studies on baseline differences between patients and controls and double-blind, placebo-controlled investigations on the effects of a novel estrogen-progestogen combination (Climodien, Lafamme) versus estrogen alone. *J Sleep Res.* 2003;12(3) 239-54
58. Saletu B. Insomnia related to postmenopausal syndrome: Sleep laboratory studies on differences between patients and normal controls, and influence of an estrogen-progestogen combination with dienogest versus estrogen alone and placebo. *Drugs of Today.* 2001;37: 39-62
59. Saletu B. Sleep , vigilance and cognition in postmenopausal women: placebo-controlled studies with 2 mg estradiol valerate, with and without 3 mg dienogest. *Climacteric.* 2003(6):37-45
60. Pernoll M, Çağdaş Obstetrik ve Jinekoloji Teşhis ve Tedavi Cilt 2 s: 1328-1357, Barış Kitabevi, İstanbul, 1994

61. Gürgüç A, Jinekolojik Endokrinoloji, s: 145-156 Kartal Matbaası, Ankara,1990
62. Scott J R, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, s: 771-789, Yüce Yayın, İstanbul, 1986
63. Bernini GP, Moretti A, Argenio GF, Barlascini CO, Cristofani R, Savletti A. Endogenous androgens and carotid intimal-medial thickness in women. J Clin Endocrinol Metab. 1999 Jun;84(6):2008-12
64. Wakatsuki A, Sagara Y. Lipoprotein metabolism in postmenopausal and ooferectomized women. Obstet Gynecol. 1995 Apr;85(4):523-8
65. Burger HG. Androgen production in women Fertil Steril Vol.77 No.4 suppl.4 April 2002
66. Mack WJ, Slater CC, Xiang M, Shoupe D, Lobo RA, Hodis HN. Elevated subclinical atherosclerosis associated with oophorectomy is related to time since menopause rather than type of menopause Fertil Steril Vol.82 No.2 (2004 ) August
67. Capewell AE, Mc Intryre MA, Elton RA. Post-menopausal atrophy in elderly women: is a vaginal smear necessary for diagnosis? Age aging. 1992 Mar;21(2) :117-20.
19. Jeune B. Parity and age at menopause in a Danish sample. Maturitas. 1986 Dec; 8(4): 359-65
68. Fahreneus L. The effects of östradiol on blood lipids and lipoproteins in postmenopausal women. Obst And Gynecol 1989:18-25.
69. Walsh BW, Sciff I, Rasner R, et al. Effects of postmenopausal estrogen replacement on the concentration and metabolism of plasma lipoproteins. N Engl J Med 1991; 325:1196-1204.
70. Ingegno MD, Money JR, Thelmo W, et al. Progesteron receptors in the human heart anal great vessels. Lab Invest 1988; 59:353-357
71. Sencer E, Alagöl F. Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları. İn: Büyüköztürk K (Ed). İç Hastalıkları. İstanbul, Bayda Basın Yayın; 1992; p:166-179.
72. Gotto AM, Hoffman AS, Lipid metabolism and menopause. İn: Lorrain J (Ed). Comprehensive Management of Menopause; 1994; p: 215-226.
73. Wahl P, Wolden C, Knopp R. Effect of estrogen/progestin patency on lipid/lipoprotein Cholesterol N. Engl. J. Med. 1983; 308:862-867

74. Psaty RM, Heckbet SR, Atkins D. The risk of myocardial infarction associated with the combined use of estrogens and progestins in postmenopausal woman. Arch Intern Med 1994; 154:1333–1339.
75. Batmaz F. Osteoporoz, osteoporozla bağlı ağrı ve tedavisi. İn: Hassa H (Ed). Klinikte Menopoz "Değerlendirme ve Yönetim". İstanbul, Organon Yayınları; 1996; p: 39-52.
76. Globus R, Plovet J, Gospodarowics D. Cultured bovine bone cells synthesize basic fibroblast growth factor and store it in their extracellular matrix. Endocrinology 1998; 124: 1539-1542.
77. Daniel HW. Osteoporosis of the slender smoker. Arch Intern Med 1976; 136:298-302.
78. Lindsay R. The menopause and osteoporosis. Obstet Gynecol 1996; 87:165.
79. Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, et al. Bone density at various sites for prediction at hip fractures can beel 1993; 341:72-78.
80. Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 20-32, 2003.

## VIII. EKLER

### EK-1

#### BECK DEPRESYON İNDEKSİ FORMU

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatli okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa, her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1) 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.  
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.  
1 Gelecek için karamsarım.  
2 Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.  
3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1 Kendimi çevremdeki birçok insandan daha başarısız hissediyorum.  
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4) 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1 Herşeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.  
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.  
3 Herşeyden sıkılıyorum.
- 5) 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1 Cezalandırılabilirim diye seziyorum.

- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) 0 Kendimden hoşnutum.  
1 Kendimden pek hoşnut değilim.  
2 Kendime kızıyorum.  
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 8) 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1 Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.  
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 9) 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor.  
2 Kendimi öldürmek isterdim.  
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) 0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.  
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2 Çoğu zaman ağlıyorum.  
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.  
2 Şimdi hep sinirliyim.  
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
3 Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 13) 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.  
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.

- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
- 2 Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- 3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16) 0 Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
- 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
- 17) 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) 0 İştahım her zamanki gibi.
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
- 2 İştahım çok azaldı.
- 3 Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 20) 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
- 3 Sağlımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21) 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
- 1 Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

**TOPLAM PUAN :**

**EK - 2**

**HASTA ARAŞTIRMA FORMU**

Ad, Soyad :

Tarih:

Form No:

G P A C Y

- 1) Ailenizin aylık geliri: a) <500 YTL b) 500-1.500 YTL c) > 1.500 YTL
- 2) Yaş : a) <35 b) 35-45 c) 45-55 d) 55-65 e) >65
- 3) Hastanın öğrenim durumu : a) Eğitim almamış b) ilköğretim mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu
- 4) Meslek : a) Çalışıyor b) çalışmıyor c) emekli d) ev hanımı
- 5) İkametgah : a) Kent b) Kırsal
- 6) Medeni durum : a) Evli b) bekar c) boşanmış d) dul
- 7) Kronik Hastalık : a) DM b) HT c) KOAH d) KKY e) Nörolojik Hastalık
- f) Hiper/hipotiroidi g) YOK
- 8) ilaç Anamnezi : a) evet b) hayır
- 9) Alkol kullanım hikayesi : a) evet b) hayır
- 10) Madde kötüye kullanım hikayesi : a) evet b) hayır
- 11) Daha önce depresyon tanısı aldınız mı : a) evet ( <5 yıl) b) evet (5-10 yıl) c) evet (>10 yıl) d) hayır
- 12) Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı : a) evet b) hayır
- 13) Ailenizde ve birinci derece akrabalarınızda daha önceden depresyon tanısı alan birisi var mı varsa kim veya kimler: a) Evet (.....) b) hayır
- 14) Kaç senedir menopoz tanısı ile takip ediliyorsunuz : a) 0-5 yıl b) 5-10 yıl c) >10 yıl
- 15) Menopoz şekliniz: a) Spontan b) cerrahi
- 16) Daha önceden menopoz için HRT aldınız mı : a) evet b) hayır
- 17) Şuan HRT kullanıyorsunuz : a) evet(0-5 yıl) b) evet(5-10 yıl) c) evet(>10 yıl) d) hayır
- 18) Eğer kullanıyorsanız HRT ilacınızın ismi nedir : .....
- 19) Hormon profili : a) FSH : b) LH : c) Estradiol :
- 20) Sigara kullanım hikayesi : a) Evet (.....paket / yıl) b) hayır
- 21) Şu anda tek başınıza mı yaşıyorsunuz : a) evet b) hayır
- 22) Tek başınıza yaşıyorsanız kaç yıldır : a) < 5 yıl b) 5-10 yıl c) > 10 yıl
- 23) Stresli yaşam olayları hikayesi : a) evet b) hayır

24) Çocukluk dönemi yaşamı : a) olumlu b) olumsuz

25) Menopoz için danışmanlık aldınız mı a ) evet b ) hayır

**EK -3**

**BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK**  
**EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM KLİNİĞİ**  
**Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda**  
**Depresyon Prevalansı, Risk Faktörleri**

Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Tel:

Çalışmaya alınış tarihi:

Adresi:

Yazılı Onam Rıza:

(Bu bölüm hasta tarafından okunup imzalanacaktır.)

Sayın hastamız lütfen bu bölümü dikkatle okuyunuz.

1.Tıbbi durumunuz ve tedaviniz için size önerilen tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır

2.Önerilen tedavi hakkındaki bilgi hekiminiz tarafından detaylı şekilde size verilecektir.

3. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir şekilde ortak etmektir.

1) Tıbbi durumum ve tedavim konusunda bilgi aldım

2) Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle tedavi ve takibimin öğretimden sorumlu bir hekim gözetim ve sorumluluğunda, asistan doktorlar tarafından yapılacağını anlıyor ve kabul ediyorum .

3) Hastalığımın tedavisi ve kontrollerimde; kendi isteğimle ve detaylı bir bilgilendirmeden sonra , en az 3 ay süreyle ilgili hekimimce takip edilmeyi kabul ediyorum .

**BU FORMDA BELİRTİLEN TEDAVİ ve TAKİBİ KABUL EDİYORUM**

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza: