

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN 40-64 YAŞ ARASI KADINLARDA MENOPOZ VE
DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIKLARININ VE İLİŞKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Musab Serhat AYGÜN

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER**

**ANKARA
2019**

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Musab Serhat AYGÜN	Sınav tarihi: 13/11/ 2019
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Öğr.Üyesi Dr.A.Selda TEKİNER	

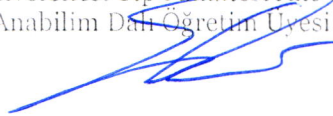
II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi.		
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi	<input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR		
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak		
<input checked="" type="checkbox"/>	Kabulüne	
<input type="checkbox"/>	Reddine	
<input type="checkbox"/>	Düzeltilmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/>	Oy birliği	<input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR		
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız		


Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



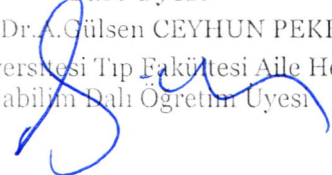
Jüri Üyesi

Prof.Dr. Altuğ KUT
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



Jüri Üyesi

Öğr. Üyesi Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez hazırlık sürecimde bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER'e; bilgi, deneyim ve yapıcı eleştirileri ile bize katkıda bulunan Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen Ceyhun PEKER'e;

İhtiyaç duyduğumuz konularda yardım ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Zehra DAĞLI'ya, Uzm. Dr. Filiz AK'a, Dr. Şenay Gürel'e ve özveriyle çalışan bölümümüz sekreteri Hatice POYRAZ'a ve diğer tüm personelimize,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, dostlukları ve katkıları için Dr. Selahattin KILIÇ'a, Dr. Tayfun YILMAZ'a, Dr. Yusuf Alper ÜTÜK'e, Dr. Baran DEĞİRMENCİ'ye, Dr. Yasin EROL'a, Dr. Hüsna ÇEVİK'e ve diğer tüm bölüm arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tarihçe ve tanımlar	2
2.2. Menopoza Girme Yaşı	3
2.3. Menopoz Semptomları.....	4
2.3.1. Adet Düzensizliği	4
2.3.2. Vazomotor Semptomlar	4
2.3.3. Uyku Sorunları	5
2.3.4. Ürogenital Semptomlar	5
2.3.5. Kas-İskelet Sistemi Şikayetleri ve Osteoporoz	6
2.3.6. Kardiyovasküler Hastalıklar	7
2.3.7. Psikolojik Semptomlar	7
2.4. Menopoz ve Depresyon.....	8
2.5. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	9
2.6. Hasta Takibi.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Araştırmanın Evreni	12
3.2. İzinler ve Etik Konular	12
3.3. Veri Toplanması	12
3.4. İstatistiksel Analiz	14
4. BULGULAR	15
5. TARTIŞMA	21
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	25
ÖZET	26
SUMMARY	27
KAYNAKLAR.....	28

EKLER	35
Ek-1: Ankara Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	35
Ek-2: Anket Formu.....	37



SİMGELER VE KISALTMALAR

BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DM	: Diabetes Mellitus
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MI	: Myokard Enfarktüsü
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
SVO	: Serebro Vasküler Olay

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1 Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.....	15
Tablo 4.2 Araştırma grubunda görülen menopoz semptomlarının dağılımı.....	17
Tablo 4.3 Araştırma grubunda MSDÖ puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	18
Tablo 4.4 Araştırma grubunda MSDÖ puan ortalamalarının bazı reproduktif özelliklere göre dağılımı	19
Tablo 4.5 Menopoz durumu ve BDE puan ortalamaları karşılaştırılması	20



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz over fonksiyonlarının kaybı sonucu menstrüasyonun sürekli olarak kesilmesidir. Bu durum 12 aylık amenore ile desteklenir. Ortalama menopoz yaşı 51.4 olup sınırları 41-59 yaşlardır. Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kadınlar yaşamlarının önemli bir kısmını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmeti planlanması ve sunumunda menopoz önemli kadın sağlığı konularından biridir(1,2,3).

Menopoz döneminde en sık rastlanan sağlık sorunları vazomotor semptomlar, ürogenital semptomlar, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, uyku sorunları ve depresyon da dahil olmak üzere psikolojik semptomlardır(4,5).

Menopozal dönemde östrojen ve progesteron hormon düzeylerindeki değişimlere bağlı olabileceği düşünülen kaygı, gerginlik, depresyon, uykusuzluk, libido kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma gibi özgül olmayan belirtiler görülebilmektedir. Beyinde östrojen, progesteron reseptörlerinin bulunması; ayrıca östrojenin duygudurum ile ilişkili nörotransmitterler üzerine etkilerinin bulunması hormon düzeylerindeki azalma ile bu semptomlar arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir(2,5).

Hormon düzeylerindeki değişimlere ek olarak menopozal dönemdeki kadınlarda çocukların evden ayrılması, eş kaybı, yaşlı ebeveynlerin bakımı gibi bazı durumlar da psikolojik açıdan olumsuz etkide bulunabilir ve bu sebeplerle menopoz, menopozal semptomlar ve sosyal faktörler orta yaş kadınlarda depresyon sıklığını arttırabilir(5).

Bu çalışmanın amacı 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz semptomlarını ve ilişkili faktörleri; depresyon sıklığını ve menopoz, depresyon ilişkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe ve Tanımlar:

Menopoz kelimesi (Menopause) eski yunanca kökenli bir kelime olup menos = ay ve pausos = sona ermek, kesilmek sözcüklerinin köklerinin birleştirilmesinden türetilmiştir. Menopozla ilgili ilk yazılı bilgilere M.Ö. 322 yılında Aristo'nun Historia Animalium adlı eserinde rastlanmaktadır. Aristo kadınlarda adet kesilmenin 50 yaş civarında gerçekleştiğini belirtmiştir. (6,7).

Orta çağ döneminde menopoz; ahlaki, psikolojik ve fizyolojik açıdan bir "eksiklik" olarak ifade edilmiştir. 18. ve 19. yüzyıllara ait tıbbi kayıtlara bakıldığında menopozun kadını, psikolojik ve fizyolojik olarak dengesiz ve hassas yaptığı ifade edilir. Klinik anlamda menopoz ilk kez 1816'da Fransız jinekolog De Gardenné tarafından "La Menespausie" diye adlandırılmıştır. Bu dönemde kadınların bedensel ve zihinsel semptomları menopoza bağlanmış ancak yapılan açıklamaların çoğu, bilimsel verilerden yoksun yanlış açıklamalar olarak değerlendirilmiştir(6,7).

Günümüzde menopoz, kadın yaşamının cinsel olgunluk döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında son menstruasyonun görüldüğü bir nokta olarak kabul edilir. Fetal hayatın 20. haftasından itibaren başlayan ovarial foliküllerin atrezisi, reproduktif dönemde ovulasyonlarla menopoza kadar devam etmektedir. Foliküllerin tükenmesi ile ovulasyon da biter ve doğurganlık sona erer (8).

Menopozdan önceki bir kaç yılda overlerdeki az sayıda folikülü uyarmak için hipofizden Folikül Stimulan Hormon (FSH) salınımı artar. Overlerin FSH'a direnci nedeniyle her siklusta ovulasyon olmayabilir. Bu durum östrojen ve progesteron düzeylerinde dalgalanmalara, menstrual siklusta düzensizliklere neden olur. Hormon düzeylerindeki bu değişimlerle menopozun erken dönem semptomları ortaya çıkar(4).

Perimenopozal dönem, menopoz öncesindeki menstrüel siklus düzensizliklerinin başladığı dönem ile postmenopozal 1. yıl sonu arası dönemi ifade eder. Postmenopozal dönem, erken ve geç olmak üzere ikiye ayrılır. Menopoz girildikten sonraki ilk 5 yıl erken postmenopozal dönem, daha sonrası ise geç postmenopozal dönemi oluşturur. Reprodüktif dönemin menstrüel siklusa değişiklik olmayan, perimenopozal dönemden önceki zaman dilimi premenopozal dönem olarak tanımlanmaktadır (4).

Menopozun laboratuvar destekli tanısında perimenopozal dönemdeki, Folikül Stimüle edici Hormon (FSH) değerleri dikkate alınır. Bu dönemde FSH sıklıkla 40mIU/ml veya üstünde bulunmaktadır. FSH'nin 100 mIU/ml'nin üstündeki değerleri foliküler tükenmeyi gösterir. Tekrarlayan laboratuvar ölçümlerinde FSH > 40 mIU/ml tespit edildiğinde menopozun laboratuvar destekli tanısı konulmuş olur (9,10).

Erken menopoz son menstrüel kanamanın 40 yaşından önce olması olarak tanımlanır. Erken menopoz, prematür ovaryan yetmezlik sonucu olabildiği gibi cerrahi ve tıbbi müdahaleler sonucu da olabilmektedir. Prematür ovaryan yetmezlik en sık idiopatik olmakla birlikte otoimmün hastalıklar, metabolik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları nedeniyle de olabilir. Menopoz öncesi dönemde bilateral oofektomi operasyonu, radyoterapi; cerrahi ya da tıbbi müdahaleler sonucu oluşan erken menopoz örnekleridir(11).

2.2. Menopoz Girme Yaşı:

Menopoz, genel olarak 45-54 yaşları arasında görülmektedir. Ortalama menopoz yaşı gelişmiş ülkelerde 48-51 yaş; gelişmekte olan ülkelerde ise 43-48 yaş arasında değişmektedir (1,12,13,14) Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise menopoz girme yaşının 45 ile 47 arasında değiştiği bildirilmektedir (15-18). Menopoz yaşının ülkeden ülkeye değişmesi genetik, sosyal ve çevresel etkenlere bağlı olabilir. Erken menopoz için en inandırıcı risk faktörü, sigara kullanımınıdır. Ailede erken menopoz öyküsü, nulliparite, kalp hastalığı öyküsü veya tip 1 diyabet diğer risk faktörleridir(3).

2.3. Menopoz Semptomları

Menopoz orta yaşa ulaşan kadınların yaşadığı fizyolojik bir süreçtir. Menopoz döneminde yaşanacak semptomlar ve şiddetleri kişiye göre değişimler gösterebilir. Bazı kadınlar şiddetli bedensel ve psikolojik şikayetler yaşadıkları için yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenir(4).

Menopozal dönemde östrojen hormon düzeyinin azalması sonucu östrojen reseptörü içeren pelvik ve ekstrapelvik dokularda çeşitli semptomlara neden olan değişimler meydana gelir. Menopozda erken dönemde menstrüel kanama paterninde bozulmalar, vazomotor semptomlar, duygudurum değişiklikleri görülür. Ürogenital atrofi, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz ise postmenopozal daha geç dönemlerde oluşan sağlık sorunlarıdır(4).

2.3.1. Adet Düzensizliği

Yaklaşan menopozun en sık göstergesi adet düzensizliğidir. Düzensiz ve anormal kanamalar, hormon seviyelerinde dalgalanmalar sonucu perimenopoz dönemindeki kadınlarda oldukça yaygın görülür. Bu nedenle adet düzensizlikleri, lekelenme denilen iki adet arası kanamalar, aşırı ve uzun süreli adet kanamaları ve atlanan adet dönemleri menopoz öncesi en sık belirtilerdir (4).

2.3.2. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar (sıcak basması ve gece terlemeleri), menopozal dönemdeki kadınların hekime en sık başvuru nedenidir. Çeşitli sosyodemografik ve kültürel faktörlerle vazomotor semptomların sıklığı değişir. Sıcak basması, genellikle 1-30 dakika kadar süren, baş ve boyundan başlayan ani bir sıcaklık hissi, kızarıklık ve sonrasında terleme ile karakterizedir. Gece terlemeleri ise uyku sırasında görülen sıcak basmaları ile olur. Sıcak basmaları bazen kendiliğinden bazen de sıcak, stres, alkollü ya da kafeinli içecekler gibi tetikleyici faktörler nedeni ile de olabilir(2,5,19).

2.3.3. Uyku Sorunları

Uyku sorunlarının östrojen hormon seviyesi düşüklüğünün beyindeki etkilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Gece terlemeleri de sık uyanmaya neden olarak uyku kalitesini bozar. Uyku bozuklukları (uykuya dalmada güçlük, sık sık uyanma, erken uyanma) uzun süre devam ettiğinde gerginlik, sinirlilik, yorgunluk, halsizlik, unutkanlık ve konsantrasyon bozukluklarına yol açabilmektedir (1,5).

2.3.4. Ürogenital Semptomlar:

Vulva, vajen, üretra ve mesane trigonunun embriyolojik yakınlıkları olup çok sayıda östrojen reseptörü içerirler. Postmenopozal dönemde östrojen seviyesinin düşmesi ile bu organlarda atrofi meydana gelebilir. Östrojen yetersizliği vajinanın florasını da bozar. Vajina epiteli hücrelerinde yeterli glikojen toplanamadığından vajen florasını oluşturan Döderlein basilleri için yeterli gıda ortamı kaybolur. Bu bakterilerin yerine çeşitli bakterilerden oluşan bir flora ortaya çıkar(20).

Vajen dokusu kaygan kalabilmek ve elastikiyetini devam ettirebilmek için östrojene ihtiyaç duymaktadır. Postmenopozal dönemde vajinal atrofi (incelme ve elastikiyetin kaybı) oluşmaya başlar. Vajinal atrofi, vajinal kuruluk disparoniye neden olur. Kuruluk, ağrı şikayetleri ve bazı kadınlarda oluşan postmenopozal depresif belirtiler sonucu libido azalması, cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir. Bunlara ek olarak vajinal yanma, kaşıntı, akıntı ve bazen de kanama şikayetleri olabilir(20,21).

Menopozdaki östrojen eksikliği ayrıca üretra ve mesanede anatomik, sitolojik, bakteriolojik ve fizyolojik birçok değişikliğe neden olmaktadır. Bunun sonucunda sık idrara gitme, idrar yaparken yanma, gülerken veya öksürürken idrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu gibi üriner problemler ortaya çıkar(7,21).

Postmenopozal kadınlarda üriyer inkontinans oldukça sık görülür. Sık görülmesinin nedeni azalmış östrojen seviyelerinin üretra ve çevre dokularda oluşturduğu atrofi olabilir. Özellikle stres üriyer inkontinans etyolojisinde üretral tonusun ve çevre dokuların üretraya desteğinin bozulması (uterin prolapsus, sistosel ve rektosel) ve sfinkter yetersizliğinin rol oynadığı düşünölmektedir (7,21).

2.3.5. Kas- İskelet Sistemi Şikayetleri ve Osteoporoz

Osteoporoz; düşük kemik kütleşi, kemik dokusu mikromimarisinde bozulma ve kırık riskinde artış ile karakterize multifaktöriyel etyolojiye sahip yaygın bir hastalıktır(22).

İleri yaşlarda görölen osteoporoz postmenopozal osteoporoz ya da senil (yaşlılık) osteoporozu olmak üzere ikiye ayrılır. Senil osteoporoz 65 yaş üzerinde her iki cinste de görülür. Postmenopozal osteoporoz ise 65 yaş öncesi kadınlarda overlerden salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının azalması ile ilişkilidir (22).

Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin düşmesi sonucu sitokin seviyesi artmakta ve bu da trabeköler kemikte osteoklast öncül hücrelerinin hassasiyetini arttırarak kemik yıkımının artmasına neden olmaktadır. Ön kol distali ve vertebral kemik gibi trabeköler kemiğin yoğun olduğu kemiklerde kırıklar fazla görülür. Hastalığın klinik tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçölmesi (T-skoru -2.5'in altında ise osteoporoz) ya da kemiklerde kırık hikayesi ile konur (22,23).

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 çok önemlidir. Düzenli egzersiz yapmak, kalsiyum, D vitamini bakımından dengeli bir beslenme ve güneş ışığından yararlanılması osteoporozun önlenmesinde çok önemlidir (23,24).

2.3.6. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler Hastalık (KVH) kadınlarda daha az görülmesine rağmen Türkiye’de ve dünyada her iki cins için de en sık ölüm nedenidir. Kadınlar kardiyovasküler hastalıklara erkeklerden yaklaşık 10 yaş daha geç yakalanmakta, dolayısıyla kadın cinsiyet bir koruma faktörü olarak kabul edilmektedir. Ancak kadınlarda risk menopozdan sonraki dönemde, hızla artmakta ve bu artıştan endojen östrojenin kardiyoprotektif etkisinin ortadan kalkması sorumlu tutulmaktadır. Bundan dolayı kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda oldukça sık görülmektedir (7,25).

Menopoz öncesi dönemde aynı yaş grubu için erkeklerde kadınlara göre 2-4 kat daha fazla risk vardır. 55 yaşını aşmış bir kadında ise koroner damar hastalığı riski 35-54 yaş grubu arasındaki kadınlara göre yaklaşık on kat daha fazladır(7).

Postmenopozal östrojen eksikliği düşük yoğunluktaki lipoprotein (LDL) düzeyinin artmasına, yüksek yoğunluktaki lipoprotein (HDL) düzeyinin azalmasına neden olur. Bu durum da kadınlarda atheroskleroz, myokard enfarktüsü (MI), emboli ve tromboz riskini artırır. Menopozda düşük östrojen düzeyinin yanı sıra obezite, Diabetes Mellitus (DM), sedanter yaşam gibi risk faktörleri de kardiyovasküler hastalıklara neden olabilmektedir. (7,25).

2.3.7. Psikolojik Semptomlar

Menopoz dönemi bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşadığı orta yaş dönemidir. Bir kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemi olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan hormonal değişiklikler, kronik hastalıklar, kültürel özellikler ve sosyal sorunlar gibi faktörler psikolojik semptom sıklığını arttırabilmektedir (26,27,28).

Perimenopozal dönemde, sinirlilik, anksiyete , yorgunluk, libidoda azalma, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları gibi çeşitli psikolojik semptomlar görülebilir. Beyinde östrojen, progesteron ve testesteron reseptörlerinin bulunması; hormon düzeylerindeki azalma ile bu semptomlar arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca östrojenin; seratonin, glutamat, katekolaminler ve gama amino bütirik asit gibi nörotransmitterler üzerinden de etkili olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir(2,5).

Hormonal değişikliklerin yanı sıra sosyal faktörler de psikolojik semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir. Menopoza giren kadınların çocuklarının büyüüp evden ayrılması, yaşlı ebeveynlerin bakımının üstlenilmesi ve eş kaybı gibi bazı önemli olaylar da kadınları sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyebilir(5).

2.4. Menopoz ve Depresyon

Depresyon en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin 2 katıdır. Nüfusun yaklaşık %5'inin herhangi bir zamanda depresyonu vardır. Erkeklerin %7-12 si ve kadınların %20-25'i yaşam boyunca majör depresif bozukluk(MDB) yaşama riski vardır. MDB'nin birinci basamak hastalarında nokta prevalansı %4.8-8.6 dır. Depresif duygudurum, ilgi ve istek kaybı depresyonun temel belirtileridir. Ayrıca suçluluk, değersizlik hisleri, iştah kaybı veya iştah artışı, yorgunluk, uyku sorunları, intihar düşünceleri olabilir(29,30,31).

Menopoz döneminde östrojen seviyesinin düşmesi, beden algısındaki değişimler, kronik hastalıklar gibi fiziksel faktörler; ayrıca çocukların evden ayrılması, yaşlı ebeveynlerin bakımı, yetersiz sosyal destek gibi sosyal faktörler depresyon sıklığını arttırabilir(32,33).

Yapılan bazı çalışmalarda menopoza giren kadınlarda, menopoz öncesi döneme göre depresyonun 2-4 kat daha sık görüldüğü tespit edilmiştir(35,36). Hollanda'da yapılan bir çalışmada premenopoz, perimonopoz ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresif duygudurum sıklığı sırasıyla %36, %47 ve %46 olarak bulunmuştur(36). Bunun aksine bazı çalışmalarda menopozun psikiyatrik hastalıklarda artış ile ilişkili olmadığı, menopoza yakın dönemde psikolojik semptomlarda hafif bir artış olsa da, menopoz sonrası dönemde depresyon prevalansının azaldığı ifade edilir(37).

2.5. Menopozda Tedavi Yaklaşımları

Perimenopozal dönemdeki kadınlar için hem menopoz sonrasında sık görülen kronik hastalıkların önlenmesi hem de gerekli durumlarda menopoz semptomlarının tedavisi önemlidir . Osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları, meme ve serviks kanseri gibi malign hastalıklar postmenopozal dönemde görülme sıklığı artan kronik hastalıklardır (38).

Postmenopozal osteoporozdan korunmak için diyetle kalsiyum ve D vitamininden zengin gıdaların tüketimi ve egzersiz yapılması oldukça önemlidir. Sağlıklı diyet ve egzersiz kardiyak fonksiyonlara olumlu etkileri ve obeziteyi engellemesi açısından kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde de önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (19,38).

Hormon Replasman Tedavisi

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların temel nedeni overden salgılanan hormonların düzeyinin azalmasıdır. Bu semptomların tedavisinde HRT kullanılır. HRT, sistemik veya topikal olarak verilebilmektedir. Östrojen-progesteron kombinasyonu şeklinde veya yalnız östrojen olarak oral preperatlarla; topikal olarak ise vajinal jel veya krem şeklinde de kullanılabilir (19,38).

HRT; vazomotor semptomların azaltılması, duygudurum bozukluklarının önlenmesi, genito-üriner sisteme ait atrofik semptomların düzelmesi, uzun dönemde osteoporozun önlenmesi amaçlarıyla kullanılmaktadır. Östrojen düzeyinin düşmesiyle üç ile beş yıllık dönemde hızlı kemik kaybı olur. Menopozun ilk iki yılında ve en az beş yıl HRT kullanılması osteoporozun önlenmesinde ve kırık insidanslarının azalmasında etkili bulunmuştur. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların önlenmesi gibi olası diğer faydaları günümüzde HRT'nin kullanım amaçlarının dışında tutulmaktadır (20,24).

HRT nin uzun dönem kullanımının endometrium ve meme kanseri risk artışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Beş yıl süreli kullanımlarda meme kanseri oluşma riskinde hiçbir artış saptanmamışken, sekiz yıl ve daha fazla kullanımlarda risk artar. Postmenopozal dönemde östrojenin tek başına kullanılması sonucunda, kullanım süresine göre farklılıklar göstermekle birlikte, endometrial hiperplazi ve endometrium kanseri riski artmaktadır. Endometrium kanserinden korunmak için östrojen replasmanı progesteron ile karşılanmalıdır. Bu nedenle uterusu olan kadınlarda östrojen-progesteron kombine edilmiş preparatlar tercih edilmelidir. (1,3,38).

Ayrıca oral östrojen replasman tedavisi safra taşı ve tromboemboli için de bir risk faktörüdür. Yeni geçirilmiş tromboembolik atağın akut dönemlerinde veya nedeni belli olmayan ve tekrarlayan atak geçirenlerde östrojen replasmanı kontrendikedir. Diğer bazı kontrendikasyon durumları ise östrojene bağımlı neoplazi varlığı veya şüphesi, yeni geçirilmiş MI veya SVO, aktif karaciğer hastalığı, tanımlanmamış genital kanamalarda da HRT kontrendikedir (3,38).

2.6. Hasta Takibi

HRT alan kadınlar izlenmelidir. Her görüşmede HRT'nin yan etkileri sorulmalıdır. HRT mümkünse yakınmalar sonlanınca azaltılmalıdır. Mevcut öneriler, HRT'nin 5 yıldan daha uzun kullanılmaması şeklindedir. Demans riski 65 yaşından ve 4-5 yıl tedaviden sonra artabilir. Koroner kalp hastalığı, meme kanseri, inme, pulmoner emboli riskleri az olmakla beraber zamanla artar. Öneriler, HRT'nin mümkün olan en az dozda ve en kısa sürede kullanılması şeklindedir. HRT sırasında vajinal kanaması olan kadınlar ya endometrial biyopsi ile veya endometrial kalınlığın ölçülmesi için vajinal USG ile değerlendirilmelidir. Endometrial kanser riski yüksek olan kadınlarda endometrial biyopsi 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır(3).

Osteoporoz takibinde yeterli kalsiyum ve D vitamini alınması, düzenli egzersiz yapılması, düzenli kemik yoğunluğu ölçümleri önerilir(3).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran 40-64 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Polikliniklere başvuran 40-64 yaş arası tüm kadınlara katılımları rica edilmiş ve kabul edenler arasından minimum örneklem sayısı tamamlanana kadar çalışmaya devam edilmiştir. Tip-1 Hata(α)=0,05 Güç ($1-\beta$)=0.90 olarak alındığında Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri arasındaki korelasyonun hesaplanacağı çalışmada etki büyüklüğü=0.3 seçilerek çalışmaya alınması gereken kişi sayısı minimum 112 olarak hesaplanmıştır.

3.2. İzinler ve Etik Konular

Çalışma için Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulundan 6 Mayıs 2019 tarihinde alınan 11/179 sayılı karar ile belirtilen merkezde araştırmanın gerçekleşmesinde bilimsel ve etik açıdan sakınca bulunmadığına karar verilmiş ve çalışmanın yapılmasına başlanmıştır.

3.3. Veri Toplanması

Katılımcılara anket formu uygulanmıştır. Hazırlanan anket formu 4 adet sosyodemografik , 7 adet menopozal durum ve menopozla ilişkili olduğu düşünülen bazı özellikler, 11 adet Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ) soruları ve 21 adet Beck Depresyon Envanteri(BDE) sorularından oluşmaktadır. Ankette herhangi bir kimlik bilgisi sorgulanmamakta olup, katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmada menopoz semptomları varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesinde, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Menopause Rating Scale-MRS) kullanılmıştır. Ölçek, Berlin Epidemiyoloji ve Sağlık Araştırmaları Merkezi tarafından geliştirilmiş olup (39), Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Metintaş ve arkadaşları(40) tarafından yapılmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik likert tipi ölçek, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Somatik şikayetler alt boyutu; 1., 2., 3., 11. maddeleri, psikolojik şikayetler alt boyutu; 4., 5., 6., 7. maddeleri ve ürogenital şikayetler alt boyutu; 8., 9., 10. maddeleri içermektedir. Her bir madde için; 0 = hiç yok, 1 = hafif, 2 = orta, 3 = şiddetli, 4 = çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır ve ölçekten alınabilecek en az puan 0, en fazla puan 44’tür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, hem yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı hem de yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmada depresyon semptomları varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesinde Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Envanter, Beck (1961) tarafından depresyonun derecesini nesnel olarak, sayılar yoluyla ifade edebilmek amacıyla geliştirilmiştir(41). Envanterin Türkçe uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır(42). Envanteri oluşturan 21 maddeden her biri için, semptomun şiddetini azdan çoğa doğru sıralayan, sıfırdan üçe kadar derecelendirilmiş dört adet kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Envanterden alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ayrıca klinik depresyonu yakalamada kesme noktasının 17 alınması önerilmektedir(43).

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 20 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min – maks), nominal değişkenler ise kişi sayısı ve (%) olarak gösterildi.

Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasındaki farkın önemliliği, t testi/Mann-Whitney U Testi ile araştırıldı. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasındaki farkın önemliliği ANOVA/Kruskall Wallis Varyans Analizi testi ile araştırıldı.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki, verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra Spearman/Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi.

$p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 40-64 yaş arası toplam 112 kadın katıldı. Çalışmaya katılan kadınların 60'ı (%53.6) 40-49 yaş grubunda, 28'i (%25) 50-59 yaş grubunda, 24'ü (%21.4) 60-64 yaş grubundadır. Çalışmaya katılanların 68'i (%60.7) evliydi; 44'ü (%39.3) lise ve altı 68'i (%60.7) üniversite ve üstü öğrenim düzeyine sahipti. Gelir getiren bir işte çalışan kadın sayısı 83 dür (%74,1). Çalışmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı tablo 4.1 de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Özellik	n	%
Yaş		
40-49	60	53,6
50-59	28	25
60-64	24	21,4
Medeni durum		
Evli	68	60,7
Evli değil	44	39,3
Eğitim durumu		
Lise mezunu ve altı	44	39,3
Üniversite mezunu ve üstü	68	60,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	83	74,1
Çalışmıyor	29	25,9

Çalışma grubundaki kadınların 60'ı (%53,6) menopoza girmiş olup postmenopozal dönemdedir. Postmenopozal kadınların menopoza girme yaşı 35-55 arasında değişmekte olup ortalama $47,2 \pm 7,2$ yıl idi.

Çalışma grubunu oluşturanların MSDÖ'den aldıkları puanlar 0-33 arasında değişmekte olup, ortanca puan 13 idi. Çalışma grubunda en çok görülen menopoz semptomları fiziksel, zihinsel yorgunluk ve sinirlilikti. En az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve vajinada kuruluğu. Çalışma grubundaki kadınlarda görülen menopoz semptomlarının dağılımı tablo 4.2 de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Araştırma grubunda görülen menopoz semptomlarının dağılımı

Menopoz semptomları	Hiç yok n(%)	Hafif veya orta n(%)	Şiddetli veya çok şiddetli n(%)
Sıcak basması, terleme	42(%37,5)	54(%48,2)	16(%14,3)
Kalp rahatsızlıkları (kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	64(%57,1)	38(%33,9)	10(%8,9)
Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	33(%29,4)	66(%58,9)	13(%11,6)
Keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik)	18(%16,1)	76(%67,9)	18(%16,1)
Sinirlilik (gerginlik, çabuk öfkelenme)	14(%12,5)	72(%64,3)	26(%23,2)
Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)	22(%19,6)	72(%64,3)	18(%16,1)
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, unutkanlık)	10(%8,9)	84(%75)	18(%16,1)
Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel tatminde azalma)	37(%33)	53(%47,3)	22(%19,6)
İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	34(%30,4)	60(%53,6)	18(%16,1)
Vajinada kuruluk (kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)	46(%41,1)	56(%50)	10(%8,9)
Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)	23(%20,5)	64(%57,1)	25(%22,3)

Çalışma grubunda 50-59 yaş grubunun MSDÖ den aldıkları toplam puan diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Evli olmayanlar evli olanlara göre; lise ve altı öğrenim düzeyi olanlar da üniversite ve üstü mezuniyeti olanlara göre daha yüksek menopoz semptomları puan ortalamasına sahiptirler (her ikisi için $p<0,05$). Gelir getiren bir işte aktif olarak çalışanlar ve çalışmayanlar arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı tablo 4.3 de gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Araştırma grubunda MSDÖ puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	N(%)	MSDÖ puan	p
Yaş			
40-49	60 (53,6)	13,66±7,42	0,000
50-59	28 (25)	18,57±5,02	
60-64	24 (21,4)	11,25±4,79	
Medeni durum			
Evli	68 (60,7)	12,58±5,24	0,003
Evli değil	44 (39,3)	17,13±8,09	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	44 (39,3)	15,77±6,44	0,046
Üniversite ve üstü	68 (60,7)	13,47±7,01	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	83 (74,1)	14,54±7,30	0,85
Çalışmıyor	29 (25,9)	13,85±5,35	

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaşı en düşük 9, en yüksek 17 idi. Katılımcıların 25'i (%22,3) 9-11 yaş, 75'i (%66,9) 12-14 yaş ve 12'si (%10,7) de 15-17 yaş aralığında ilk adetlerini görmüşlerdi. Çalışma grubunda hiç gebe kalmamış olanların sayısı 22 (%19,6); gebelik sayısı 1-3 olanlar 74 (%66,1); 4 ve üstünde olanlar 16 (%14,3) kişiydi. Hiç doğum yapmayanlar 30 (%26,8); 1 veya daha fazla doğum yapanlar 82 (%73,2) kişiydi. Araştırmaya katılan kadınların 50'sinde (%44,6) en az 1 düşük yapma öyküsü vardı.

Katılımcılar ilk adet yaşı, gebelik sayısı, doğum yapma ve düşük öyküsü olup olmamasına göre MSDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamadı (her biri için $p>0,05$).

Tablo 4.4 Araştırma grubunda MSDÖ puan ortalamalarının bazı reproduktif özelliklere göre dağılımı

Özellik	N(%)	MSDÖ puan	p
İlk adet yaşı			
9-11	25 (22,3)	14 ± 6,42	0,256
12-14	75 (66,9)	15,05 ± 6,87	
15-17	12 (10,7)	10,83 ± 7,01	
Gebelik sayısı			
0	22 (19,6)	14,36 ± 6,82	0,634
1-3	74 (66,1)	14,18 ± 7,27	
≥4	16 (14,3)	15,25 ± 4,91	
Doğum			
Yapmayanlar	30 (26,8)	15,53 ± 8,67	0,378
Yapanlar	82 (73,2)	13,95 ± 6,06	
Düşük öyküsü			
Yok	62 (56,4)	13,96 ± 6,62	0,319
Var	50 (44,6)	14,88 ± 7,17	

Çalışma grubunu oluşturanların BDE'den aldıkları puanlar 0-42 arasında değişmekte olup median değer 11'dir. BDE puan ortalaması ise $12,41 \pm 8,95$ olarak bulundu. 17 veya daha yüksek puan alıp depresyonda kabul edilenler 28 (%25) kişiydi. Menopoz durumu ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında menopoza giren kadınların BDE'den aldıkları puan ortalaması henüz menopoza girmemiş kadınlara göre daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Menopoz durumu ve BDE puan ortalamaları karşılaştırması tablo 4.5 de gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Menopoz durumu ve BDE puan ortalamaları karşılaştırılması

	N(%)	BDE puan	p
Menopoza girmemiş	52 (%46,4)	$10,5 \pm 8,43$	0,02
Menopozda	60 (%53,6)	$14,06 \pm 9,12$	

Çalışmaya katılan kadınların MSDÖ ve BDE'den aldıkları puanlar pozitif yönde ilişkili bulundu ($p < 0,05$) ($r = 0,68$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz semptomlarını ve ilişkili faktörleri; depresyon sıklığını ve menopoz, depresyon ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

Menopozal dönemde en sık görülen semptomlar bireyler ve toplumlar arasında, genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir. Çalışmaya katılan kadınlarda en çok görülen menopozal semptomlar; fiziksel, zihinsel yorgunluk ve sinirliliktir. En az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve vajinada kuruluk olarak bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda en sık görülen menopozal semptomlar kas ve eklem rahatsızlıkları, uyku sorunları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğu bildirilmektedir (43,44). En sık menopozal semptomu sıcak basması bulan çalışmalar da vardır.(45,46).

Menopoza girme yaşı toplumdan topluma değişir. Dünyada ortalama menopoza girme yaşı gelişmiş ülkelerde 48-51.5 yaş; gelişmekte olan ülkelere ise 43-48 yaş arasında değişmektedir(1,12-14,47,48). Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda ise menopoza girme yaşının 45 ile 47 arasında değiştiği bildirilmektedir (15-18). Bu çalışmada menopoza girme yaşı ortalaması $47,2 \pm 7,2$ yıl olarak bulundu. . Menopoza girme yaşı genetik, çevresel ve sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterir. ABD’de yapılan bir çalışmada Afrika kökenli Amerikalıların, araştırmaya katılan diğer kadınlara göre daha erken menopoza girdikleri bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise Japonya kökenli kadınlarda menopoza girme yaşının daha geç olduğu saptanmıştır(47,48). Evli olan ve çocuğu olan kadınların daha geç menopoza girdikleri bulunmuştur(49,50). Japonya’da yapılan bir çalışmada diyetle yağ ve kolesterol içeriğinden zengin beslenme, fazla kahve tüketimi olanların daha erken menopoza girdikleri saptanmıştır(51). Ayrıca yapılan pek çok çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre daha erken menopoza girdikleri belirtilmiştir(47-50).

Çalışma grubunda 50-59 yaş grubunda menopoz semptom sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Koyuncu'nun yaptığı araştırmada 40-44 yaş grubu kadınlarda menopoz semptom sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur(20). Bazı çalışmalarda ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(52,53)

Menopoz dönemi, kadınların fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadığı desteğe ihtiyaç duyduğu bir dönem olması nedeniyle evli kadınlarda eş desteği menopozal semptomları daha az şiddetli algılamalarını sağlayabilir. Araştırma grubunda evli kadınlarda menopoz semptom sıklığı daha düşük bulundu. Bazı çalışmalarda ise medeni durum ile menopoz semptomları arasında ilişki bulunamamıştır(20,54)

Öğrenim düzeyinin daha yüksek olması, kadınların sağlıklı yaşam ile ilgili daha bilgili ve bilinçli olmalarını, menopoz semptomlarından daha az etkilenmelerini sağlayabilir. Çalışma grubundaki kadınlarda öğrenim düzeyi lise ve altında olanlarda, üniversite ve üstü mezuniyeti olanlara göre menopoz semptom sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Güler'in yaptığı araştırmada üniversite mezunu olanlarda menopoz semptomları ilkokul mezunu olan kadınlara kıyasla daha hafif yaşandığı saptanmıştır(54). İran'da yapılan bir çalışmada da öğrenim düzeyi arttıkça menopozal semptom şiddeti azalmaktadır(53). Çelik'in yaptığı araştırmada ise öğrenim düzeyleri arasında menopoz semptomları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır(52).

Farklı ülkelerde farklı sosyokültürel ve ekonomik koşullar olması sebebiyle çalışan ve çalışmayan kadınların toplumdaki konumu ve sorumlulukları ülkeden ülkeye değişir. Bu çalışmada menopozal semptom sıklığı açısından gelir getiren herhangi bir işte aktif olarak çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer şekilde ABD’de yapılan bir araştırmada da gelir getiren bir işte çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(55). Suudi Arabistan’da yapılan bir araştırmada ise çalışmayan kadınlarda menopoz semptom sıklığı daha yüksek bulunmuştur(56).

Menopoz ile birlikte çocuk sahibi olma ihtimalinin de sona ermesi nedeniyle hiç çocuğu olmayan kadınların menopoza karşı tutumları daha olumsuz olabilir ve yaşadığı menopozal semptomları daha şiddetli algılayabilir. Ancak bu çalışmada gebelik sayısına göre ve doğum yapıp yapmama durumuna göre menopoz semptom sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Blumel’in yaptığı araştırmada ise nulliparitenin vazomotor semptomlar açısından risk faktörü olduğu bulunmuştur(58). Bazı çalışmalarda ise çok sayıda doğum yapan kadınlarda menopoz semptom sıklığının arttığı saptanmıştır(42,58,59). Hiç çocuğu olmamanın veya çok çocuk sahibi olmanın fiziksel ve sosyokültürel olarak kadınlar üzerinde farklı etkileri olacağından yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş olabilir.

Abortus hikayesi olan ve olmayan kadınlar arasında menopoz semptom sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Nepal’de yapılan bir araştırmada da benzer şekilde abortus hikayesi ile menopoz semptomları arasında ilişki bulunamamıştır(60).

Menopoza girmiş kadınlarda çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar, yaşın ilerlemesiyle artan kronik hastalıklar ve çocukların evden ayrılması, yaşlı ebeveynlerin bakımının üstlenilmesi gibi sosyal faktörler nedeniyle depresyon sıklığının artması beklenebilir. Bu araştırmada da menopozda olan kadınların, menopoza girmemiş kadınlara göre depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Ayrıca çalışmaya katılan kadınların MSDÖ ve BDE den aldıkları puanlar pozitif yönde ilişkili bulundu. ABD’de yapılan bazı çalışmalarda menopozda depresyon riskinin arttığı belirtilmiştir(32,33). Duç’un yaptığı çalışmada da perimenopozal dönemdeki kadınların, henüz menopoza girmemiş kadınlara göre depresyon sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuş. Ayrıca MSDÖ ve BDE’den alınan puanlar pozitif yönde ilişkili bulunmuştur(61). Utgu’nun yaptığı araştırmada ise menopoz ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(62). Aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunumunda ilk temas noktası olması, kolay ulaşılabilirlik ve süreklilik arz etmesi, hem kişisel hem de toplum yönelimli bakışı menopozal dönemde kadınlara danışmanlık, tarama ve tedavi hizmetleri sunumunda önemli bir yere sahip olmalarını sağlar. Birinci basamak hekimlerine yapılan başvuruların %0.2-1’i menopozal yakınmalar için yapılmaktadır. Depresyon ise birinci basamak sağlık uygulayıcılarının en sık karşılaştıkları ruhsal bozukluktur(3,31). Menopozal dönemdeki kadınlarda hormonal değişiklikler, kronik hastalıklar, sosyal zorluklar depresyon açısından risk faktörü olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz semptomları ve ilişkili faktörler, depresyon sıklığı ve menopoz, depresyon ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çalışma grubundaki kadınların 60'ı (%53,6) menopoza girmiş olup, menopoza girme yaşı 35-55 arasında değişmekte ve ortalama $47,2 \pm 7,2$ yıl olarak bulundu.

En sık menopoz semptomları fiziksel, zihinsel yorgunluk ve sinirlilik; en az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve vajinal kuruluğu. 50-59 yaş grubu, evli olmayanlar ve eğitim düzeyi düşük olanların menopoz semptomlarından daha fazla etkilendiği bulundu. Çalışma durumu, gebelik sayısı, doğum yapma, düşük yapma durumlarına göre ise menopoz semptomlarında anlamlı bir fark bulunamadı.

Çalışmaya katılan kadınlarda depresyon sıklığı %25 olarak bulundu. Menopoza girmiş kadınların, henüz menopoza girmemiş kadınlara göre depresyon puan ortalamaları daha yüksekti. Ayrıca menopoz semptomları sıklığı arttıkça depresyon skoru da artmaktaydı.

Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kadınlar yaşamlarının önemli bir kısmını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmeti planlanması ve sunumunda menopoz önemli kadın sağlığı konularından biridir. Sağlık hizmeti sunumunda menopoz semptomları; sıklıkları, şiddetleri ve ilişkili faktörler dikkate alınarak sorgulanmalıdır.

Depresyon en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Ayrıca menopozal dönemde hormonal değişiklikler, kronik hastalıklar, kültürel faktörler ve yaşanan sosyal zorluklar psikolojik semptom sıklığını arttırabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda menopozal dönemdeki kadınlarda psikolojik semptomlar ve depresyon özellikle dikkate alınmalıdır.

ÖZET

Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz semptomlarını ve ilişkili faktörleri; depresyon sıklığını ve menopoz, depresyon ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 40-64 yaş arası 112 kadın ile yapılmıştır. Uygulanan anket formu 4 adet sosyodemografik , 7 adet menopozal durum ve menopozla ilişkili olduğu düşünülen bazı özellikler, 11 adet Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ) soruları ve 21 adet Beck Depresyon Envanteri(BDE) sorularından oluşmaktadır. Verilerin analizi SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmış olup, $p < 0,05$ olan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubundaki kadınların 60'ı (%53,6) menopoza girmiş olup, menopoza girme yaşı 35-55 arasında değişmekte ve ortalama $47,2 \pm 7,2$ yıl olarak bulundu. En sık menopoz semptomları fiziksel, zihinsel yorgunluk ve sinirlilik; en az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve vajinal kuruluğu. 50-59 yaş grubu, evli olmayanlar ve eğitim düzeyi düşük olanların menopoz semptomlarından daha fazla etkilendiği bulundu. Çalışmaya katılan kadınlarda depresyon sıklığı %25'ti. Menopoza girmiş kadınların, henüz menopoza girmemiş kadınlara göre depresyon puan ortalamaları daha yüksekti. Çalışmaya katılan kadınların MSDÖ ve BDE'den aldıkları puanlar pozitif yönde ilişkili bulundu.

Sonuç: Menopoza girmiş kadınların, henüz menopoza girmemiş kadınlara göre depresyon skorları daha yüksekti. Menopoz semptomları sıklığı arttıkça depresyon düzeyi de artmaktaydı. Sağlık hizmeti sunumunda menopozal dönemdeki kadınlarda psikolojik semptomlar ve depresyon dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Menopozal semptomlar, Depresyon

SUMMARY

Evaluation of the Frequency and Relationships of Menopause and Depression Symptoms in Women aged 40-64 years who applied to Ankara University Family Medicine Outpatient Clinics

Objective: The aim of this study was to evaluate menopause symptoms and related factors, as well as the level of depression and the relationship between menopause and depression in women aged 40-64 years.

Materials and Methods: This study was conducted with 112 women between 40-64 years old who admitted to Ankara University Faculty of Medicine Family Medicine outpatients clinics and agreed to participate in this study. The questionnaire consisted of 4 sociodemographic, 7 menopause conditions and some features thought to be related to menopause, 11 Menopause Rating Scale (MRS) questions and 21 Beck Depression Inventory (BDI) questions. Data analysis was performed using SPSS 20 package program, and $p \leq 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 60 (53.6%) of the women in the study group had menopause, and the age of onset menopause ranged from 35 to 55 years, with a mean of 47.2 ± 7.2 years. The most common symptoms of menopause are physical-mental fatigue and irritability; the least common symptoms were heart disease and vaginal dryness. Those between 50-59 years old, unmarried and low educational level were more affected by menopause symptoms. The prevalence of depression was 25%. Depression levels of menopausal women were higher than nonmenopausal women. The MRS and BDI scores of the women participating in the study were positively correlated.

Conclusion: Depression levels of menopausal women were higher than nonmenopausal women. As the frequency of menopause symptoms increased, depression level increased. Psychological symptoms and depression in menopausal woman should be taken into consideration in health care provision.

Keywords: Menopause, Menopausal symptoms, Depression

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. Geneva: 1996
2. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32
3. Lange Aile Hekimliği, Ayaktan Tedavi ve Korunma, 5.baskı s:559-565
4. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Stages of reproductive aging workshop (STRAW). Journal of women's health & gender-based medicine. 2001;10(9):843-8
5. Green SM, McCabe RE, Soares CN. The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms: New Harbinger Publications; 2012
6. Murtagh MJ, Hepworth J. Menopause as a Long-Term Risk to Health: İmplications of General Practitioner Accounts of Prevention for Women's Choice and Decision-Making. Sociology of Health & İllness Vol. 25 No. 2, 2003, p: 185-207
7. AYDEMİR Hİ, Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne 2007.
8. Öktem Ö, Urman B. Reprodüktif Yaşam Siklusu: Folikülogenez ve Menstrüasyon. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 9(1):1-24, 2012.
9. Relative Influence of Menopausal Status, Age and Body Mass Index on Blood Pressure, American Heart Association Inc, Hypertension, 29:976-979, 1997.

- 10.** Durmaz C. Ç, Cerrahi Menopozdaki Hastalarda Kullanılan Çeşitli Östrojen Formlarının İnsulin Sensitivitesi Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005
- 11.** Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*. 2010;65(2):161-6.
- 12.** Gold B.E, et al, Factors Associated with Age at Natural Menopause in A Multiethnic Sample of Midlife Woman, *American Journal of Epidemiology*, 153:9, 865-874, 2001.
- 13.** Morabia A, Costanza M.C, International Variability in Ages at Menarche, First Livebirth and Menopause, *American Journal of Epidemiology*, 148:12, 1195-1205, 1998.
- 14.** Cooper G.S, Baird D.D, Daerden F.R, Measures of Menopausal Status in Relation to Demographic, Reproductive and Behavioral Characteristics in a Population-based Study of Women Aged 35-49 Years, *American Journal of Epidemiology*, 153: 12, 1159-1165, 2001.
- 15.** Özdemir O, Çöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. *Maturitas*. 2004;49(3):211-9.
- 16.** Carda SN, Bilge SA, Öztürk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas*. 1998;30(1):37-40.
- 17.** Vehid S, Köksal S, Özdemir İH, Işiloğlu H, Şenocak M. Silivri Bölgesi Kadınlarında Menopoz Ve Özellikleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2001;21(6):493-9.

- 18.** Tokuç B, Kaplan P, Balık G, Gül H. Quality of life among women who were attending to Trakya University Hospital menopause clinic. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2006;3(4):281-7.
- 19.** Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2011;14(5):515-28.
- 20.** Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
- 21.** Koyuncu T, Beylikova'da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı,menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Eskişehir 2015.
- 22.** Tuncer T. Osteoporoz Patofizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*. 2012;5(3):11-6.
- 23.** Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuyla İlişkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*. 2013;19(3):74-80.
- 24.** Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği "Hormon Replasman Tedavisi" Konsensus Grubu Kararları, 2002.
- 25.** Yıldırım A. Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38 Suppl 1: 32-40.
- 26.** ŞAHİNGÖZ M, Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenler, uzmanlık tezi, Konya 2008

- 27.** Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, P_en GW, Nelson DB, Sheng L. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol* 2007; 110 :230-40.
- 28.** Amore M, Di Donato P, Papalini A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, Chirico C, De Aloysio D. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas* 2004; 48(2): 115-24.
- 29.** SAYKAN E, Depresyon hastalarının irritabl barsak sendromu semptom sıklığı ve depresyon şiddeti ile ilişkisi, Uzmanlık tezi, Ankara 2016
- 30.** American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. 2013
- 31.** Lange Aile Hekimliği, Ayaktan Tedavi ve Korunma, 5.baskı s:690-699
- 32.** Çağlayan E.K, Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, Kasım 2004.
- 33.** Borissova A.M, Kovatcheva R, Shinkov A, Vukov M, A Study of the Psychological Status and Sexuality in Middle-Aged Bulgarian Women: Significance of the Hormone Replacement Therapy (HRT) *Maturitas* 39: 177-183, 2001.
- 34.** Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375–82.
- 35.** Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for New Onset of Depression During the Menopausal Transition. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63.
- 36.** Maartens LW, Leusink GL, Knottnerus JA, Smeets CG, Pop VJ. Climacteric complaints in the community. *Fam Pract* 2001; 18: 189– 94.

- 37.** Robinson GE. Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs* 2001; 15: 175-84.
- 38.** Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M. The 2013 British Menopause Society & Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause international*. 2013.
- 39.** Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the menopause rating scale (MRS). *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):28.
- 40.** Metintas S, Arykan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural and remote health*. 2010;10(1230):1-11.
- 41.** Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-567.
- 42.** Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
- 43.** Elsabagh E, Abd Allah E. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city. *Life Science Journal*. 2012;9(2):283-91.
- 44.** Chedraui P, Pérez-López FR, Hidalgo L, Villacreses D, Domínguez A, Escobar GS, et al. Evaluation of the presence and severity of menopausal symptoms among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Gynecological Endocrinology*. 2014;30(12):918-24.
- 45.** Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC women's health*. 2010;10:1.
- 46.** Vural PI, Yangin HB. Assessing Menopausal Symptoms among Turkish and German Women with the Menopause Rating Scale: A Cross-Cultural Study. *International Journal of Caring Sciences* 2017; 10:2
- 47.** Bromberger et al, Prospective Study of the Determinants of Age at Menopause, *American Journal of Epidemiology*, 145 (2): 124-133, 1997.

- 48.** Gold B.E, et al, Factors Associated with Age at Natural Menopause in A Multiethnic Sample of Midlife Woman, American Journal of Epidemiology, 153:9, 865-874, 2001.
- 49.** Kato et al, Prospective Study of Factors Influencing the Onset of Natural Menopausal Age, J Clin Epidemiol, 51 (12):1271-6, 1998.
- 50.** Amigoni S, Morelli P, Chatenoud L, Parazzini F, Cross-Sectional Study of Determinants of Menopausal Age and Hormone Replacement Therapy Use in Italian Women, Climacteric, 3 (1): 25-32 2000.
- 51.** Nagata C, Takatsuka N, Inaba S, Kawakami N, Shimizu H, Association of Diet and Other Lifestyle with Onset of Menopause in Japanese Women Maturitas, 29: 105–113, 1998.
- 52.** Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014 16–29
- 53.** Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. Nurs Midwifery Stud. 2012;1(2):88-93.
- 54.** Güler K, Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, İstanbul 2017
- 55.** Im E-O, Ko Y, Chee W. Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. Health care for women international. 2014;35(5):549-65.

56. AlQuaiz J, Siddiqui A, Tayel S, Habib F. Determinants of severity of menopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2014;17(1):71-8.

57. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011;18(7):778-85

58. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martinez MA, Salinas AM, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2010;281(5):879-85.

59. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bil Derg*. 2008;22(6):343-9.

60. Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC women's health*. 2011;11:30.

61. Duç E, Menopoz evrelerindeki kadınlarda cinsiyet rolleri, menopoza ilişkin tutumlar ile anksiyete ve depresyon ilişkisi üzerine bir inceleme, Yüksek lisans tezi, İstanbul 2014

62. Utgu P.G. Çanakkale'nin Gelibolu ilçesinde yaşayan 35-65 yaş arası menopoza girmiş kadınlarda depresyon düzeyi, menopoz semptomlarının psikolojik sağlıkla ilişkisi ve sosyodemografik özelliklerin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul 2016



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 56786525-050.04.04 / 31013
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

10 Mayıs 2019

Sayın Asist.Dr.Musab Serhat AYGÜN
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

İlgi: 19/04/2019 tarihli başvurunuz.

“Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi” başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 06/05/2019 tarihli toplantısında alınan 11/179 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:

Karar Örneği (1 sayfa)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :06/05/2019

Toplantı Sayısı :11

Karar Sayısı :179

179-Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı **Asist.Dr.Musab Serhat Aygün**'ün "Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 19/04/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Asist.Dr.Musab Serhat Aygün**'ün "Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
06/05/2019


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

40-64 YAŞ ARASI KADINLARDA MENOPOZ VE DEPRESYON SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1-Yaşınız:.....

2-Medeni durumunuz

Evli Bekar Dul

3-Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

4-Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet Hayır Emekliyim

5-İlk adetinizi kaç yaşınızda gördünüz?.....

6-Gebelik sayınız: Hiç gebe kalmadım

7-Doğum sayınız: Hiç doğum yapmadım

8-Düşük sayınız: Hiç düşük yapmadım

9-12 ay veya daha uzun süredir adet görmüyorum. Evet Hayır

10-Menopoza kaç yaşınızda girdiniz? yaşında Daha menopoza girmedim

11-Menopoz için hormon tedavisi kullanıyor musunuz?

Evet, kullanıyorum

Geçmişte kullanmıştım, şuan kullanmıyorum.

Hayır, hiç kullanmadım.

BİRİNCİ KISIM

Aşağıda belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen ne düzeyde yaşadığınızı işaretleyiniz. Şikayetiniz olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

1-Sıcak basması,terlemeler

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

2-Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

3-Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

4-Keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

5-Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

6-Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

7-Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

8-Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

9-İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

10-Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

11-Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)

Hiç yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

İKİNCİ KISIM

Lütfen seçenekleri dikkatli bir şekilde okuyup, son 2 hafta içinde size en uygun olanını işaretleyiniz.

- 1- Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 Kendimi üzgün hissediyorum.
 Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- Gelecekte umutsuz değilim.
 Gelecek hakkında umutsuzum.
 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- Kendimi başarısız görmüyorum.
 Çevremdeki herkesten daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır.
 Geçmişime baktığımda çok sayıda başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4- Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 Eskiden olduğu gibi şimdi de her şeyden zevk alamıyorum.
 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 Her şeyden canım sıkılıyor.

- 5- Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- Kendimi zaman zaman suçlu hissettiğim olur.
- Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- Bazı şeyler için cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
- Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- Bazı şeyler için cezalandırılacakmışım gibi hissediyorum.
- Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- Kendimden memnunum.
- Kendimden pek memnun değilim.
- Kendime çok kızıyorum.
- Kendimden nefret ediyorum.
- 8- Başkalarından daha kötü durumda olduğumu sanmıyorum.
- Kendimi zayıf yanlarım ve hatalarım için eleştiririm.
- Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi suçluyorum.
- Her kötü olay karşısında kendimi suçluyorum.
- 9- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yoktur.
- Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat böyle bir şeyi yapamam.
- Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
- Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

- 10- Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- Eskisine göre şimdi daha çok ağlıyorum.
- Çoğu zaman ağlıyorum.
- Eskiden ağlayabilirdim. Şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- Eskiye göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
- Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
- Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
- Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
- Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 13- Eskiden olduğu gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- Eskiden olduğu gibi kolay karar veremiyorum.
- Eskiye göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- Aynada kendime baktığımda eskiye göre bir değişiklik görmüyorum.
- Sanki yaşlanmışım ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- Dış görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

- 15- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- Bir şeyler yapabilmek için eskiye göre daha fazla çaba harcıyorum.
- Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- Hiç çalışmıyorum.
- 16- Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- Eskiden olduğu gibi rahat ve kolay uyuyamıyorum.
- Eskiye göre 1 veya 2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- Eskiye göre çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- Eskisine göre daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- Şimdilerde neredeyse yaptığım her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- Artık kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- İştahım eskisinden pek farklı değil.
- İştahım eskisi kadar iyi değil.
- Şimdilerde iştahım çok azaldı.
- Artık hiç iştahım yok.
- 19- Son zamanlarda kilo verdiğimi düşünmüyorum.
- Son zamanlarda istemediğim halde 2,5 kg'dan fazla kilo verdim.
- Son zamanlarda 5 kg'dan fazla kilo verdim.
- Son zamanlarda 7.5 kg'dan fazla kilo verdim.

- 20- Sağlığım hakkında fazla endişelendirmiyorum.
- Son zamanlarda ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- Ağrı, sancı gibi sıkıntılar beni çok fazla endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- Ağrı, sancı gibi sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka şeyleri düşünemiyorum.
- 21- Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir değişme olmadı.
- Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- Şimdilerde cinsel konularla pek ilgili değilim.
- Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.