

Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Ruhsal Belirti Ölçek ve Tarama Listeleri[¶]

PSYCHIATRIC SYMPTOM SCALE AND SCREENING LISTS POSTMENOPAUSAL WOMEN

İshak ÖZKAN*, Çetin ÇELİK**, Hasan HERKEN***, Hüseyin GÖRKEMLİ**, Cemalettin AKYÜREK****

* Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

** Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, KONYA

*** Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, GAZİANTEP

**** Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, KONYA

Özet

Amaç: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikiyatrik belirti düzeylerinin belirlenmesi.

Materyel ve Metod: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'ında Menopoz polikliniğine başvuran postmenopozal dönemdeki 49 olgu ile benzer yaş grubunda ve premenopozal dönemde kontrol grubunu oluşturan 25 olgu ile çalışıldı. Her iki gruba sosyodemografik bilgi formu, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri I-II verildi (STAI I-II). Veriler SPSS for Windows 8.0 programında istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Menopoz grubu ile kontrol grubu arasında BDÖ ve STAI-II puanları arasında anlamlı fark bulundu (P=0.009, P=0.000). Menopoz ve kontrol grubu arasında, SCL-90-R' de, Somatizasyon, Obsesif-kompulsif, depresyon, anksiyete, öfke, fobi, ek ölçek ve genel semptom ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık tespit edildi (P=0.000, P=0.000, P=0.028, P=0.001, P= 0,006, P=0,002, P=0,005, P=0,007).

Sonuç: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikiyatrik belirtilerde önemli oranda artış saptandı.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Psikiyatrik belirti, Depresyon

T Klin Jinekolo Obst 2001, 11:152-155

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikiyatrik belirtilerde ve mental hastalıklarda bir artış olup olmadığı konusu tartışmalıdır (1-2). Postmenopozal dönemde ruhsal hastalıkların ilk kez ortaya çıkabildiği ya da eskiden

Geliş Tarihi: 29.09.2000

Yazışma Adresi: Dr.Çetin ÇELİK
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
42080, Akyokuş, KONYA

[¶] Mayıs 2000 tarihinde Antalya'da yapılan 2. Uluslararası Menopoz Kongresinde sözlü sunum olarak sunulmuştur.

Summary

Objective: To determine the psychiatric symptom levels in postmenopausal woman.

Study Design: 49 postmenopausal patients and 25 premenopausal patients at the same age with the postmenopausal patients as control group were entered the study in Selçuk University Faculty of Medicine Obstetric and Gynecologic Department Menopause Division. The patients were filled sociodemographic form, Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R), Beck Depression Scale (BDS) and Situation Anxiety Inventory I-II (STAI I-II). Statistics were made with SPSS for Windows 8.0.

Results: BDS and STA I-II scales were significantly different between premenopausal patients and postmenopausal patients (P=0.009, P=0,000). In SCL-90-R, we found significantly difference somatization, obsession-compulsion, depression, anxiety, angry, phobic, add scale (eat-sleep) and mean of general symptoms between premenopausal and postmenopausal patients (P=0.000, P=0.000, P=0.028, P=0.001, P=0,006, P=0,002, P=0.005, P=0.007).

Conclusion: The prevalence of psychological problems in postmenopausal period woman are determined considerably excessive.

Key Words: Menopause, Psychological problem, Depression

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:152-155

olan bir hastalığın bu dönemde alevlenebildiği ifade edilmektedir (3-4). Bu dönemde özellikle depresif bozuklukların yaygınlığında artış olduğu bildirilmektedir. Bunda östrojenin serotonin sentezini artırarak duygudurumu yükseltici, progesteronun ise MAO enzim aktivitesini artırarak katekolamin yıkımını hızlandırdığı ve bunun da depresyona yol açabileceği ifade edilmiştir (5-6). Diğer taraftan östrojen eksikliğinde depresyon, anksiyete, negativizm, irritabilite gibi belirtilerin ortaya çıktığı belirtilmektedir (7-8).

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresif belirtilerde ve psikiyatrik belirtilerde bir artış olamadığı

ifade eden çalışmalarda mevcuttur (9-11).

Bu çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların ruhsal belirti düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

Materyel ve Metod

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Menopoz polikliniğine başvuran 49 postmenopozal dönemdeki hasta ile benzer yaş grubunda, sağlıklı ve postmenopozal döneme girmemiş kontrol grubunu oluşturan 25 kişi çalışmaya alındı. Son görülen adet kanamasından itibaren en az bir yıllık süre geçmemiş olanlar ve kronik ruhsal veya organik hastalığı bulunanlar çalışma dışı bırakıldı.

Veriler, menopoz tanısı alan ve sağlıklı kontrol grubuna sosyodemografik özelliklerini sorgulayan form ile Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri doldurularak elde edildi. Hasta ve kontrol grubunun ruhsal belirti düzeylerini karşılaştırırken sosyodemografik değişkenlerden bağımsız kılınması amacıyla benzer gruplar oluşturmaya dikkat edildi.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyon tanısı koymaktan daha çok depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmeye yarayan bir testir. Söz konusu ölçek, 21 maddeden oluşmakta ve dört seçeneği bulunmaktadır. Değişik araştırmalarda, ölçekten 9 veya altında puan alınması depresyonun olmadığı, 10-16 puanlar arasında hafif depresif, 17-23 puanlarının orta şiddette depresyonu, 24 ve üstü puan almış olmak ciddi düzeyde depresyona işaret ettiği ifade edilmektedir (12,13). Tegin tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Testi yarılama yönteminde $r=0.78$, test-tekrar test güvenilirliği $r=0.65$ olarak bulunmuştur (14).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI I ve II) Spilberg ve ark. tarafından geliştirilmiş, bireyin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendiren toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçektir. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gösterir. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) ise bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le compte tarafından gerçekleştirilmiştir (15,16).

Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist-90-R), kendini değerlendirme esasına dayalı bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekli Derogatis tarafından geliştirilmiştir. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, fobik, paranoid, psikotizm, yeme ve uyku tutumlarını gibi ayrı belirti boyutlarını değerlendirir. Bu alt ölçekler dışında Genel Semptom Ortalaması (GSO) ölçeğin asıl işlevselliğini oluşturmaktadır. Puanlama her madde için 0-4 arasında puan verilerek yapılmaktadır (17). Dağ tarafından ölçeğin

Türkiye için yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında genel semptom ortalamasının geçerli ve güvenilir olduğu, ancak alt ölçeklerin geçerliliklerinin olmadığı ifade edilmiştir (18).

Veriler SPSS for Windows 8.0 programında bağımlı t testi ve Mann Whitney-U testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Hasta grubunun yaş ortalaması 46.3 ± 4.1 , kontrol grubunun yaş ortalaması 41.3 ± 8.4 olup fark anlamlı değildi ($p>0.05$). Hasta ve kontrol grubunun ruhsal belirti düzeylerini karşılaştırırken sosyodemografik değişkenlerden bağımsız kılınması amacıyla yaşadıkları yer, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlilik durumu bakımından benzer gruplar oluşturulduğu için aralarında anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Menopoz ve kontrol grubu arasında BDÖ ve STAI-II puanları arasında istatistiki olarak farklılık saptandı ($P=0,009$, $P=0,000$). Puanlar menopoz grubunda daha yüksekti. STAI-II puanları arasında ise iki grup arasında istatistiki bir fark saptanmadı ($P=0,400$). Postmenopozal dönemdeki olgularla kontrol grubunun BDÖ, STAI I-II ölçek değerlerinin karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir.

Postmenopozal dönemdeki olgularla kontrol

Tablo 1. Menopoz ve kontrol gruplarının Beck depresyon ölçeği ve STAI I ve II ölçek değerlerinin karşılaştırılması

Ölçekler	Menopoz grubu	Kontrol grubu	P
BDÖ	14.37±10.13	9.56±6.23	0.009*
STAI-I	40.47±9.43	38.80±1.37	0.400
STAI-II	46.10±11.23	39.8±8.0	0.000*

* $p<0.05$ ve üzeri anlamlılığı göstermektedir. BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

STAI-I: Durumluluk Kaygı Ölçeği STAI-II: Süreklilik Kaygı Ölçeği

Tablo 2. Menopoz ve kontrol grubunun Belirti Tarama Listesi alt ölçek değerlerinin karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Postmenopozal	Kontrol	P
Somatizasyon	1.26±0.23	1.64±0.44	0.000*
Obsesyon-Kompulsyon	1.05±0.48	0.76±0.53	0.000*
Kişilerarası duyarlılık	0.85±0.66	0.68±0.54	0.18
Depresyon	1.00±0.54	0.71±0.58	0.028*
Anksiyete	0.85±0.41	0.48±0.41	0.001*
Sinirlilik	0.70±0.54	0.66±0.57	0.006*
Korku	0.52±0.50	0.36±0.34	0.002*
Paranoid	0.69±0.59	0.66±0.51	0.78
Psikotizm	0.48±0.43	0.36±0.32	0.18
EK (Yeme-Uyuma)	0.96±0.49	0.66±0.54	0.005*
Genel Semptom Ortala.	0.88±0.38	0.59±0.45	0.007*

* $p<0.05$ ve üzeri anlamlılığı göstermektedir.

grubunun Belirti Tarama Listesi alt ölçek değerlerinin karşılaştırılması Tablo 2'de görülmektedir. Her iki grup arasında somatizasyon, Obsesif-kompulsif, depresyon, anksiyete, öfke, fobi, ek ölçek ve genel semptom ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık tespit edildi (P=0.000, P=0.000, P=0.028, P=0.001, P= 0,006, P=0,002, P=0.005, P=0.007).

Tartışma

Postmenopozal dönemde overyal seks hormonlarının serum seviyelerinde önemli miktarlarda düşme olur ve bu durum birçok sistemi etkiler. Overyal steroid üretimindeki tedricen azalma kadınların %35'inde postmenopozal belirtiler nedeni ile medikal yardıma ihtiyaç duymalarına neden olur (19).

Estrojen reseptörleri hipotalamus, hipofiz ve limbik ön beyinde bulunmuştur. Estrojenler serotonin de içeren nörotransmitterlerin konsantrasyonunu değiştirerek beyin biyokimyasını ve yapısını etkiler. Bu yolla estrojenler ruhsal durumu olumlu yönde etkiler (20).

Populasyona dayalı çalışmalarda perimenopozal dönemdeki kişilerin %20'sinde depresif ruh hali saptanmıştır. Menopozda görülen; iritabilite, sık ve kolay ağlama, halsizlik, gerginlik, sinirlilik, uykusuzluk, güncel olaylardan kolay etkilenme, dikkatini toplamada güçlük, iştah artışı, çabuk öfkeleme, isteksizlik, erken uyanma, unutkanlık gibi depresif belirtiler artmış olarak karşımıza çıkmaktadır (5,19).

Postmenopozal dönemde depresif belirtilerdeki artış konusunda çelişkili çalışmalar mevcuttur. Öte yandan bu dönemde sıkça raslanan psikososyal sorunların ruhsal belirtilerde artışa yol açabileceği ileri sürülmüştür. Kişinin daha önceki yaşamı, kişiliği, kazanılmış davranış biçimleri hormonal değişime karşı ruhsal tepkisini etkiler. Menopozal dönemdeki belirtilerde; kişinin içinde bulunduğu toplum, aile durumu, aile sorunları, mesleki durum gibi çevre etkenleri önemli ölçüde rol oynar. Çevre ve aile etkenlerinin depresyon ve benzeri ruhsal sorunların ortaya çıkmasında hormon değişiminden daha önemli olduğu ifade edilmektedir (21,22).

Pearlstein ve ark. ve Nicol-Smith ve ark ise yaptıkları çalışmalarında postmenopozal dönemde depresyonda bir artış olmadığını ifade etmişlerdir (9,10).

Konya bölgesindeki postmenopozal dönemdeki kadınlarda yapılan bu çalışmada depresif belirtilerde belirgin bir artış saptandı. Bu sonuçta bölgedeki kadınların postmenopozal dönemdeki doğurganlığın ortadan kalkması ve özellikle cinsel yaşamın son bulacağı düşüncesi depresif belirtilerdeki artıştan sorumlu olabilir.

Menopozal dönemde ruhsal hastalık görülme sıklığının %13,1 ila 43,4 arasında olduğu ifade edilmektedir (5,23). Holte ve ark, disforik ruhsal durumun menopozla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (24). Populasyona day-

alı bazı çalışmalarda menopozal dönemde minör somatik ve psikolojik şikayetlerde artış saptanmıştır (25).

Bu dönemde klinik olarak gözlemlediğimiz gibi, hastaların ruhsal belirtileri daha belirgin olarak bedene yansıtıkları ve bedensel belirtileri de çok daha öne çıkardıkları bilinmektedir (5,21). Araştırmada, somatizasyon belirtisi postmenopozal grupta anlamlı derecede yüksek olarak saptandı.

Menopozal dönemde yaygın anksiyete bozukluğu %21 oranında saptanmıştır (5). Hallström anksiyete bozukluğunu %2,3 oranında bulmuştur (26). Çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınlarda anksiyete belirtilerinde artış saptandı.

Uyku bozukluğu gece terlemelerine bağlı olarak da oluşabileceği için en sık karşılaşılan şikayettir. Çeşitli çalışmalarda %27-67 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir. Kümülatif uyku bozukluğu başka psikiyatrik bozukluklara sebep olabileceğinden tedavisi önemlidir (27,28). Çalışmada ek ölçek içinde yer alan uyku ve yeme sorunlarında postmenopozal kadınlarda bir artış saptandı.

Bu dönemin mental bozukluklara bir zemin oluşturup oluşturmadığı eskiden beri tartışmalıdır. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikiyatrik belirtilerde artış olmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (9,11).

Bu çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınlarda, premenopozal dönemdeki kadınlara göre ruhsal belirtilerin daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Özellikle depresif belirtiler başta olmak üzere, anksiyete, uyku ve yeme sorunları ile birlikte obsesif kompulsif uğraşlar (takıntılı düşünceler, titizlik gibi), öfke (kolay ve aşırı tepki verme gibi) ve fobik belirtilere (korku) postmenopozal dönemde daha sık rastlanmaktadır.

Belirti Tarama Listesi, alt ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliği tartışılmalı olsada, hasta grubunun depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması, bu belirtilerin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç: Postmenopozal dönemde başta depresyon olmak üzere psikiyatrik belirtilerde bir artış olmakta ve bu belirtilerde kişinin hayat kalitesini etkilemektedir. Tedavi planlanırken ruhsal belirtilerde belirgin artış olan postmenopozal dönemdeki kadınlarda multidisipliner yaklaşım daha faydalı olacaktır. Böylece postmenopozal dönemdeki kadınlar için daha iyi bir hayat kalitesi sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause. Br J psychiatry 1990; 156:773-87.
2. Avis NE, Mc Kinley SM. A Longitudinal analysis of women's attitudes toward the Menopause: results from the Massachusetts Women's Healthy study. Maturitas 1991; 13:65-79.

3. Simon MR, Clayton AH, Clavet GJ, Pinkerton JV. Patient satisfaction with psychiatric treatment of menopausal women in a multidisciplinary women's midlife center. *Menopause* 1998; 5:169-73.
4. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med* 1998; 28:9-19.
5. Baştürk M, Tayyar M, kuğu N, gönül AS, Reyhan Can M, Yabanoğlu İ. Menopoz Kliniğine Başvuran Kadınlarda Psikiyatrik Değerlendirme. IV Ulusal Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi 30 Ekim 1 Kasım 1996. Bilimsel Çalışmalar. İstanbul, 1997; 173-80.
6. Kaptonoğlu C. Psikiyatrik açıdan menopoz. Hassa H. Klinikte Menopoz 'Değerlendirme ve Yönetim' Organon Yayınları pp 1996; 27-37.
7. Keller PJ, Maurer-Major E. Hormone substitution in menopause. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997; 17:1458-62.
8. Polo-Kantola P, Erkkola R, Helenius H, Irjala K, Polo O. When does estrogen replacement therapy improve sleep quality? *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:1002-9.
9. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26(2):279-94.
10. Nicol-Smith L. Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996; 16;313(7067): 1229-32.
11. Harlow B, Cramer D, Annis K. Association of medically treated depression and age at menopause. *Am J Epidemiol* 1995; 141:1170-6.
12. Beck AT, Word CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.
13. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
14. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme (Doktora Tezi). Ankara: H.Ü. Eğitim Fakültesi, 1980.
15. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manuel for state trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologists press. 1970.
16. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durunluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi yayınları, İstanbul. 1985: No:333.
17. Derogatis LR, Clearly PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90R: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977; 33:981-9.
18. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90.R)' nin üniversite öğrencileri için güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1986, 23 (1): 5-12.
19. Backstrom T. Symptoms related to the menopause and sex steroid treatments. *Ciba Found Symp* 1985; 191:171-80.
20. Wallis GJ, Luttge WG. Influence of estrogen and progesteron on glutamic acid decarboxylase activity in discrete regions of the rat brain. *J Neurochem* 1980; 34:609-13.
21. Collins A. Depression and the menopausal transition. *Studd J. The management of the menopause. Annual review 1998. The Parthenon Publishing Group Ltd* 1998; 1-175.
22. Weber GG. Cross-cultural menopause: A study in contrast: A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE. Washington DC, American Psychiatric Press. 1994: 45-61.
23. Sukwatana P, Meekhangvan J, Tamrongterakul T. Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok. *Maturitas* 1991; 13:217-28.
24. Holte A. Influence of natural menopause on health complaints: a prospective study of healthy Norwegian women. *Maturitas* 1992; 14:127-41.
25. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164:513-6.
26. Hallström T, Samuelsson S. Mental health in the climacteric: The longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1 1985; 30:13-8.
27. Pasini F, Albertazzi P, Bonaccorsi G. The menopausal transition: a dynamic approach to the pathogenesis of neurovegetative complaints. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 57:103-9.
28. Baker A, Simpson S, Dawson D. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. *J Psychosom Res* 1997 Oct; 43(4):359-69.