



## A problem peculiar to women: Mental health in menopause

## Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı

Şükran Ertekin Pınar<sup>1</sup>  
Gülay Yıldırım<sup>2</sup>  
Özlem Duran Aksoy<sup>3</sup>  
Büşra Cesur<sup>4</sup>

### Abstract

Menopause ranked among reproductive health is one of the issues that requires special consideration because of the position of women. In terms of the elimination of inequalities in gender-related health, it is important to investigate this issue in a holistic approach. Today with the increasing length of life, the time that spent in menopause period is increasing too. Accepted physiological event menopause leads to changes in physiological, mental, social and sexual ways. Changes in the levels of reproductive hormones lead to menstrual cycle disruption, vasomotor symptoms, sleep disorders and mood changes. As menopause period develops with pathological events which threaten life, impair quality of life and affect marriage relationship, it is an important period needs to be addressed by health professionals. In this context, identifying mental problems gone through in menopause period is important in terms of holistic approach. Women in menopause periods should be addressed in the biopsychosocial and cultural integrity and health professionals should

### Özet

Üreme sağlığı içinde yer alan menopoz, kadınların konumlarından dolayı özel yaklaşım gerektiren konulardan biridir. Cinsiyete bağlı sağlıkta eşitsizlik durumunun ortadan kaldırılması açısından bütüncül yaklaşım içerisinde bu konunun araştırılmış olması önemlidir. Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte menopoz döneminde geçirilen süre de artmaktadır. Fizyolojik bir olay olarak kabul edilen menopoz kadında fizyolojik, mental, sosyal ve cinsel yönden birçok değişimler yaşanmasına neden olmaktadır. Üreme hormonlarının düzeylerindeki değişiklikler sonucu adet döngüsünde bozulma, vazomotor belirtiler, uyku bozuklukları, duyu durum değişiklikleri görülebilmektedir. Menopoz dönemi yaşamı tehdit edici, yaşam kalitesini bozucu ve evlilik ilişkisini etkileyen patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması gereken önemli bir dönemdir. Bu bağlamda menopoz döneminde yaşanan ruhsal sorunların belirlenmesi bütüncül yaklaşım açısından önem taşımaktadır. Menopoz döneminde olan kadınlar

<sup>1</sup> Assistant Professor, Ph.D., Cumhuriyet University, Faculty of Health Science, Midwifery Department, Sivas, Turkey, [spinar75@gmail.com](mailto:spinar75@gmail.com)

<sup>2</sup> Assistant Professor, Ph.D., Cumhuriyet University, Faculty of Medicine, Medical Ethics and the History of Medicine Department, Sivas, Turkey, [gyildirim@gmail.com](mailto:gyildirim@gmail.com)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Ph.D., Cumhuriyet University, Faculty of Health Science, Midwifery Department, Sivas, Turkey, [ozlemeliha@hotmail.com](mailto:ozlemeliha@hotmail.com)

<sup>4</sup>Assistant Professor, Ph.D., Cumhuriyet University, Faculty of Health Science, Midwifery Department, Sivas, Turkey, [bbusracak@gmail.com](mailto:bbusracak@gmail.com).

determine women who are at risk of mental problems at an early stage and should provide support in a mental aspect.

**Keywords:** Menopause; changes at menopause; mental health in menopause

(Extended English abstract is at the end of this document)

biyopsikososyal ve kültürel bütünlük içinde ele alınmalı, sağlık profesyonelleri, ruhsal sorunlar yönünden risk altında olan kadınları erken dönemde belirlemeli, ruhsal yönden destek almalarını sağlamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Menopoz; menopozda yaşanan değişimler; menopozda ruh sağlığı

## Giriş

Üreme sağlığı içinde yer alan menopoz, kadınların konularından dolayı özel yaklaşım gerektiren konulardan biridir. Cinsiyete bağlı sağlıkta eşitsizlik durumunun ortadan kaldırılması açısından bütüncül yaklaşım içerisinde bu konunun araştırılmış olması önemlidir. Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşmaktadır. Bu dönemlerin her biri kendine özgü fiziksel, psişik ve hormonal farklılıklar göstermektedir (Yurdakul, Eker & Kaya, 2007). Her dönemin kendine göre özellikleri olmasına rağmen menopoz dönemi kadın hayatındaki etkileri ile en önemli dönemlerden birini oluşturmaktadır (García-Portilla, 2009; Yurdakul, Eker & Kaya, 2007). Bu nedenle hem kadın hem de ailesi için önemli bir konudur (Aaron, Muliylil & Abraham, 2002). Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte kadının menopoz döneminde geçirdiği süre artmakta, yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedir (Ertem, 2010; Kalarhoudi vd., 2011; Tortumluoğlu, 2004). Fizyolojik bir olay olarak kabul edilen menopoz hızlı yaşlanma ve vazomotor semptomların ötesinde hastalıkların başlangıcını ve seyrini etkilemesi gibi önemli sağlık sorunlarına da neden olmaktadır. Menopozda fizyolojik, mental, sosyal, kültürel ve cinsel yönden birçok değişim yaşanmakta (García-Portilla, 2009; Tortumluoğlu, 2004), bu değişimler kadının hayatını tehdit edici olmasa da kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Tokuç vd., 2006; Yang vd., 2008). Ayrıca kadının daha sonraki yaşamında morbidite ve mortalite oranlarında artışa yol açabilmekte, ekonomik olarak da aileye yük getirebilmektedir (Yang vd., 2008).

Klimakterium, kadının doğurganlık devresinden, doğurgan olmadığı döneme geçişi içeren tüm evreye verilen addır. Klimakterium Yunanca kritik periyod ve merdiven basamağı anlamına gelen "klimakter" kelimesinden türemiştir. 40-45 yaşlarında başlayıp 65 yaşa kadar sürmektedir (Taşkın, 2003). Premenopozal, perimenopoz, menopozal ve postmenopozal dönemlerini içine alır (Çoban vd., 2008). Yaklaşık 40 yaş civarında görülebilen, menopozdan önce adet kanamalarında düzensizlik gibi belirti ya da bulguların başlaması ile menopoz arasında geçen süre premenopoz; menstrüel siklus düzensizliklerinin başlamasından, son menstrüasyondan bir yıl sonrasına kadar geçen dönem perimenopoz; son spontan adet kanaması menopoz; hiç adet kanamasının olmadığı

ve en az bir yılın ardından başlayan dönem ise postmenopoz dönem olarak kabul edilmektedir (Bezircioğlu vd., 2004; Elavsky & McAuley, 2007; Veras vd., 2006).

Menopoz Yunanca'da ay (men) ve sonlanma (pauis) kelimelerinden türemiş olup, sözlük anlamı “son adet”tir (Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011). Menstruasyonun bir yıl ve daha uzun süreli durması menopoz olarak ifade edilir (García-Portilla, 2009; Kalarhoudi vd., 2011; Tokuç vd., 2006). Kadınlar için yaşamın bir parçası olan menopoz overlerin fertilité fonksiyonlarının giderek azalması, en sonunda tamamen bitmesi ve adet kanamasının sona ermesidir ki bu (Elavsky & McAuley, 2007; Minuzzi, Frey & Soares, 2012; Yang vd., 2008) doğal menopoz olarak ifade edilir (García-Portilla, 2009; Kalarhoudi vd., 2011; Minuzzi, Frey & Soares, 2012; Yang vd., 2008). Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da sadece iki taraflı olarak (bilateralooferektomi) overlerin cerrahi olarak çıkarılması da cerrahi menopoz olarak adlandırılır ve burada premenopozal geçiş dönemi söz konusu değildir (Ertem, 2010).

Türkiye için ortalama menopoz yaşı 48-51 (Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011; Yaşın Dökmen, 2009), Batı için ise menopoz yaşı 45-55 arasında belirtilmektedir (García-Portilla, 2009; Yaşın Dökmen, 2009; Yılmaz vd., 2002). Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda doğal menopoz yaşının 46 ile 48.9 yaşlar arasında değiştiği görülmektedir (Altunbay & Yurdakul, 2009; Yang vd., 2008; Yılmaz vd., 2002). Menopoza girme yaşı genellikle kalıtımla belirlenirken (Çoban vd., 2008), aynı zamanda ırk, beslenme, sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı, fiziksel özellikler, alkol-sigara tüketimi, ameliyatlar, radyoterapi-kemoterapi, histerektomi geçirilmesi, menarş yaşı veya son gebelik tarihi de belirleyici olabilmektedir.

Sigara içiminin kesin biçimde folikül tükenmesini hızlandırdığı saptanmıştır (Ertem, 2010; Özcan & Oskay, 2013). Sigara içen ve çalışan kadınlarda menopoz erken görülürken, aşırı kilolu, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekar veya boşanmış kadınlarda ise daha geç menopoza girildiği belirtilmektedir (Solmuş, 2014; Yurdakul, Eker & Kaya, 2007).

Bu makale menopoz dönemindeki ruh sağlığı sorunlarının incelemesi amacı ile ele alınmıştır.

### **Menopoz Döneminde Yaşanan Değişiklikler**

Bir yaşam dönemi olan menopoz hastalık olarak değerlendirilmemelidir (Tokuç vd., 2006). Yaşla beraber azalan östrojen düzeyi birçok semptomatik ve asemptomatik durumlara neden olarak menopoza geçiş sırasında %80-85 düzeyinde hoş olmayan semptomlar yaşanmasına neden olmaktadır (Elavsky & McAuley, 2007; Ertem, 2010; Leplège & Dennerstein, 2000). Menopozdan yaklaşık dört-beş yıl kadar önce üreme hormonlarının düzeylerindeki değişiklikler kadının menstruasyon düzeninde bozulmaya, vazomotor belirtilere, uyku bozukluklarına, duygu durum değişikliklerine yol açmaktadır (Bezircioğlu vd., 2004). Kadınlarda görülen menopoz dönemi yakınmalarının şiddeti kadının eğitim düzeyi, mesleği, menopoz semptomlarının sıklığı, fiziksel ya da

duygusal sorunların varlığı (Yang vd., 2008), kadının yaşı, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, çocuklarının sayısı, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değer ile ilişkilidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sekiz yıldan daha fazla eğitilmiş olan kadınların, halen çalışmakta olanların ve evde sorunları olmayan kadınların menopoz semptom puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Tokuç vd., 2006). Yaşanan bu yakınmalar bazı kadınlarda daha yoğun, bazı kadınlarda hafif şiddette yaşanabilirken bazı kadınlarda da hiç ortaya çıkmayabilir (Kalarhoudi vd., 2011; Solmuş, 2014). Çünkü kadınların bir kısmı menopoz döneminde ortaya çıkan değişiklikleri sorun olarak algılayıp tedavi ararken, diğerleri ortaya çıkan değişikliklerden fazla etkilenmeyerek sorun olarak algılamamaktadır (Çoban vd., 2008). Menopoza geçişte ya da menopozdan sonra kadınlarda çeşitli fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimler yaşanabilmektedir (Ertem, 2010; Yang vd., 2008;).

### **Menopozun Fiziksel Etkileri**

Menopoz döneminde görülen klinik belirtilerin birçoğu daha çok östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik kökenli yakınmalardan oluşmaktadır. Uyku bozukluğu, yorgunluk, halsizlik daha çok distrese yol açarak, ateş basması, terleme vs. gibi fizyolojik sorunlara neden olmaktadır (Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Leplège & Dennerstein, 2000; Tokuç vd., 2006). Ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk ve dispareni gibi semptomlar da depresyon ve depresif semptomlarla ilişkili olabilmektedir (Elavsky & McAuley, 2007; Llanaza vd., 2012). Ayrıca menopozda yüz kızarması, çarpıntı, kan basıncında değişimler, kulak çınlaması, östrojen azlığına bağlı vajinal kuruluk, klitoral uyarılmada azalma, ağrılı cinsel ilişki, cinsel organlarda daha fazla olmak üzere lokalize kaşıntılar, iştah artışı ve kilo alma, hazımsızlık, kabızlık, meme atrofisi, memelerde şişkinlik ve hassasiyet hissi, ağız kuruluğu ve dişeti hastalıkları, tüylenme, el ve kollarda uyuşma, deride değişiklikler de görülebilmektedir (Aaron, Muliyl & Abraham, 2002; Kalarhoudi vd., 2011; Ozkan, Alatas Erkan & Zencir, 2005).

Yang ve arkadaşlarının (2008) Çin'de yaptığı bir çalışmada en yaygın üç semptom arasında uykusuzluk (%37.2), kas ağrısı (%35.7) ve baş dönmesinin (%31.5) olduğu, sıcak basmalarının ise %17.5 düzeyinde olduğu bulunmuştur. Menopozun atrofik ürogenital sorunlar, osteoporozla bağlı kırıklar ve koroner kalp hastalığı gibi hastalıklar için de risk oluşturduğu belirtilmektedir (Leplège & Dennerstein, 2000).

### **Menopozun Sosyal Yönü**

Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde; gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye

sahiptir (Leplège & Dennerstein, 2000; Tokuç vd., 2006; Tortumluoğlu, 2004). Menopozal dönem, menopozal yakınmalar ve beraberinde getirdiği değişiklikler nedeni ile yalnızca kadını değil aile ve toplumu da etkileyen bir süreçtir (Tortumluoğlu, 2004). Düzenli menstruasyon olmanın birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine yol açabilmektedir (Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011). Menopoz sonrası yaşla beraber kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri, rolü ve kabul edilebilirliklerinin arttığı toplumlarda menopozla ilişkin sorunlar daha az görülebilmektedir (Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011). Geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelir ve ailede/toplumda daha fazla söz hakkı kazanır. Örneğin, Hindistan'da menopozla birlikte kadınlar daha yüksek bir sosyal statüye ulaştığından menopoz dönemi kadınlar tarafından olumlu olarak karşılanır (Aaron, Muliyl & Abraham, 2002). Geleneksel toplumlarda menopozla uyum sağlamak daha kolaydır (Bezircioğlu vd., 2004). Oysa batı toplumlarında gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirebilmekte ve menopoz kadınlar tarafından yaşlılığın bir işareti, gücün ve güzelliğin kaybı olarak algılanabilmektedir (Tortumluoğlu, 2004). Üreme, adet görmeye yüklenen anlam ve yaşlanmaya ilişkin tutumlar menopozun fiziksel ve ruhsal yönden bir düşüş dönemi gibi değerlendirilmesinde etkili olmaktadır (Bezircioğlu vd., 2004). Toplumda menopoz belirtileri ile baş etmeye çalışan kadına bir de menopozla girmiş/yaşlı kadınlara yönelik bazı olumsuz tutumlar da eklenince kadının kendine duyduğu saygı-güven düşmekte ve kendine ilişkin algısı olumsuz yönde etkilenmektedir (Solmuş, 2014). Menopozla ilişkili ruhsal belirtilerin yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir (Bezircioğlu vd., 2004, Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011). Menopoz dönemindeki kadınların şikayetleri ile baş etmede, evliliklerinin ve eşleriyle olan ilişkilerinin önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Aaron, Muliyl & Abraham, 2002; Çoban vd., 2008; García-Portilla, 2009). Türk toplumunda evlilik ilişkisi, ailede alınan kararlarda söz sahibi olma ve eşten alınan sosyal desteğin menopoz dönemine ilişkin şikayetler ile baş etmede oldukça önemli rolü olduğu ileri sürülmektedir.

### **Menopozun Psikolojik Etkileri**

Menopoz, kadının hayatında kritik bir geçiş dönemidir ve gelişimsel bir kriz olmakla beraber, tek başına ruhsal bir hastalık nedeni değildir (Alpay, Kıvanç & Ulaşoğlu, 2013; Evlice, Tamam & Karataş, 2002). Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında bireyin ruhsal tepkisinin belirleyici olduğu ve kişinin psikososyal durumu ile kişilik yapısının etkili olduğu düşünülmektedir (Topçuoğlu vd., 2009). Ailesel, sosyal, mesleki, fiziksel, ekonomik ve cinsel stresörler duygusal sorunların artışına neden olabilmektedir (Chedraui vd., 2009). Menopoz öncesi yaşamında hedeflediği amaçlara erişememiş, üretken olamamış ya da geride kalıcı bir şeyler bırakamamış, dış

çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, olumsuz bakış açısına sahip, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda bu dönem daha sıkıntılı yaşanabilmektedir (Chedraui vd., 2009; Evlice, Tamam & Karataş, 2002). Ayrıca menopoza döneminde yaşanan önemli yaşam olaylarının da menopozun psikolojik etkilerini arttırdığı belirtilmektedir. Özellikle ergenlik çağındaki çocuklarla yaşanan tartışmalar, yaşlı bir ebeveynin bakımı, iş yaşamındaki değişimler ya da işsizlik, evlilikteki olumsuzluklar (çatışma ya da cinsel isteksizliğin getirdiği suçluluk duygusu), sevilen bir yakının kaybı ya da ekonomik sorunlar bu olaylardan bazılarıdır (Solmuş, 2014).

Menopoz döneminde en sık görülen belirtiler; depresyon, anksiyete, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk, üzücü olayları daha çok hatırlama, kendini beğenmeme, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma, konsantrasyon eksikliği, bellek sorunları, hatırlamada güçlük, alınganlık, nedensiz ağlamalar, nedensiz korku ya da panikler ve cinsel istekte azalma olarak sıralanabilir (Aaron, Muliyl & Abraham, 2002; Alataş Erkan & Zencir, 2005; Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Kalarhousi vd., 2011). Varma ve arkadaşlarının (2005) menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada menopozla birlikte yaşlılık başlangıcı ve işe yaramazlık gibi düşüncelerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Yang ve arkadaşlarının (2008) Çin'de yaptığı çalışmasında ise psikolojik ve somatik semptomların vazomotor semptomlardan daha yaygın olduğu bulunmuştur.

Menopoz döneminde ortaya çıkan ve sıklıkla yaşanan bu sorunlardan biri de depresyondur. Kadınlar yaşamları süresince üreme dönemleri nedeni ile duygulanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete açısından erkeklere göre daha fazla risk altındadırlar (Minuzzi, Frey & Soares, 2012; Soares, 2010). Premenopoz döneminde depresyon prevalansı %5.8-11 olarak belirtilmektedir (Llaneza vd., 2012). Yapılan çalışmalarda hem doğal hem de cerrahi menopozlu kadınlarda hafif şiddette depresyon olduğu (Varma vd., 2005), depresif semptomların menopozda yaşanan somatik ve psikolojik semptomların şiddeti ile ilişkili olduğu, (Karlidere & Özşahin, 2008), %78.7 depresif semptomlar görüldüğü saptanmıştır (Chedraui vd., 2009). Başka bir çalışmada depresif duygu durumun %73.5, fiziksel ve duygusal tükenmenin %71.3, irritabilitenin %68 olduğu belirtilmektedir (Chedraui vd., 2010). Alpay ve arkadaşlarının (2013) bir çalışmasında ise kadınların %49.7'sinde hafif derecede depresyon, %18.7'sinde orta derecede depresyon görülmüş; %65.5'inde minör anksiyete, %23'ünde majör anksiyete saptanmıştır. Veras ve arkadaşlarının (2006) 86 kadın ile yaptıkları bir çalışmada ise ruhsal bozukluklardan %31.4 majör depresyon, %34.9 yaygın anksiyete bozukluğu, %17.4 intihar düşüncesi, %5.8 panik bozukluk olduğu bulunmuştur.

Kadının menopoza geçiş dönemi duygu durum değişimlerinin bir nedeni olmamakla beraber etkileyen bir faktör olabilmektedir (Veras vd., 2006). Depresyonun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber menopoza ve menopozdaki hormonal değişimlerle potansiyel bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Llaneza vd., 2012). Bu nedenle östrojen düzeylerindeki azalma sonucu

duygu durumunun olumsuz etkilendiği, sıcak basmaları ve terlemenin, hormonal değişikliklere bağlı olarak gelişen uyku bozukluğunun ve yaşamda meydana gelen stresörlerin depresyona neden olabileceğine dikkat çekilmektedir (Alpay, Kıvanç & Ulaşoğlu, 2013; Soares, 2010). Menopozda yaşanan depresif bozukluklar önemli halk sağlığı problemlerinden birini oluşturmaktadır. Menopozda yaşanan ateş basması, gece terlemesi gibi vazomotor semptomlar depresif semptomları daha da kötüleştirebileceği gibi, menopozal semptomların insidansı da depresif semptomlara yol açabilmektedir (Llaneza vd., 2012).

Kadınların büyük çoğunluğunda yaş, medeni durum, sigara, gelir durumu, eğitim, hormon tedavisi gibi faktörlerden dolayı depresyon belirtileri görülmektedir (Özcan & Oskay, 2013). Biyolojik etkenlerin yanında daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyo-ekonomik durum, stresli yaşam olayları, menopoza ilişkin olumsuz inanışlar ve toplumsal değerler menopozda depresyonu etkileyebilmektedir (Bezircioğlu vd., 2004; Evlice, Tamam & Karataş, 2002; García-Portilla, 2009; Soares, 2010). Aile yapısı, annelik rolü, çocuklarla ilişki, sosyal etkinliklerde ve çevrenin algısındaki değişiklikler, geleceğe ilişkin yatırım ve rollerdeki değişikliklerin menopozda ruh sağlığı üzerinde fizyolojik etkilerden daha fazla rol aldığı belirtilmektedir. Emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların evlenip aileden ayrılmaları gibi etmenler menopozda depresyon gelişiminde dikkate alınması gereken diğer durumlardır (Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Leplège & Dennerstein, 2000). Cinsel yaşam gibi önemli bir doyum kaynağının kaybı, beden imajındaki ve benlik saygısındaki değişimler depresyon gelişmesinde rol oynayabilir (Alpay, Kıvanç & Ulaşoğlu, 2013; Karlıdere & Özşahin, 2008). Ayrıca vazomotor semptomların duygu durumuyla ilişkili olduğu, depresif semptomların sıcak basmalarını artırabileceği de belirtilmektedir (Chedraui vd., 2009).

### **Sonuç ve Öneriler**

Menopoz dönemi fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, yaşamı tehdit edici, yaşam kalitesini bozucu ve evlilik ilişkisini etkileyen patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması gereken önemli bir dönemdir (Timur & Hotun Şahin, 2010). Menopoz döneminde olan kadınlar biyopsikososyal ve kültürel olarak bütünlük içinde ele alınmalı, sağlık profesyonelleri, özellikle kadınlara bire bir bakım veren, onlara ulaşabilen ve kadın ruh sağlığı açısından önemli bir yere sahip olan hemşireler/ebeler, ruhsal sorunlar yönünden risk altında olan bireyleri erken dönemde belirlemeli ve ruhsal belirtileri değerlendirmeli, saptanan ruhsal sorunları ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliğini yakından izlemelidir.

Menopoz dönemi sorunlarında öncelikli amaç durum saptanmasıdır. Hemşire/ebe bu döneme özgü şikayetleri olan bir kadının öncelikle konu ile ilgili ne kadar bilgisinin olduğunu değerlendirmelidir. İkinci olarak kadını stres yaratan yaşantıları konusunda duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklemelidir. Böylece durumunu daha gerçekçi algılamasına yardım edebilir ve

stres ile baş etme becerileri gözden geçirilebilir. Menopoz döneminde hemşire/ebe eğitici, danışman, uygulayıcı ve destekleyici rol üstlenmelidir (Koyun, Taşkın & Terzioğlu, 2011; Taşkın, 2003). Öncelikle menopoz dönemindeki yakınmalar ve kadının genel sağlık durumunu hakkında veri toplanmalıdır. Bunun için kadının; genel sağlık öyküsü ve jinekolojik-obstetrik öyküsü, menopoza ilişkin bilgileri ve algıları, kültürel özellikleri, cinselliğe ilişkin düşünceleri, menstrual siklus değişiklikleri ve buna tepkisi, günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı değişiklikler, sağlıklı yaşam davranışları (sigara içme, beslenme, egzersiz v.b), eş ve çocukları, aile desteği, yaşam felsefesi ve yaş dönemlerine ilişkin bakış açısı değerlendirilmelidir (Taşkın, 2003).

Uygun beslenmenin sürdürülmesi, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması, sıcak basmaları için uygun fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz yapılması, düzenli seksüel yaşam ve vazomotor değişikliklerle baş etme menopoz dönemindeki kadının gereksinimleridir. Ayrıca kadının kendine saygısını yükseltmek için sağlığını geliştirme ve desteklemeye gereksinim vardır. Hemşire/ebe, benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük, menopoza uyumu yetersiz kadınlara karşı uyanık olmalı ve destek stratejileri geliştirmelidir. Egzersiz yapma kadında olumlu fizik görünüşü sağlayarak, benlik saygısını artırabilecektir (Özcan & Oskay, 2013, Taşkın, 2003; Şirin & Kavlak, 2008).

Menopozdaki kadın stres ve öfke ile olumlu baş edebilmek için solunum ve gevşeme egzersizleri yapabilir. Solunum egzersizleri; alveollerin açılması, kan dolaşımının hızlanması, oksijenin periferik ulaşması sonucu bireyi sakinleştirir. Yoga, egzersiz, meditasyon, müzik dinleme gibi gevşeme teknikleri yaptırılarak, aile, toplum ve grup desteği sağlanarak bireyin rahatlamasına yardımcı olunabilir (Evlice, Tamam & Karataş, 2002; Özcan & Oskay, 2013; Taşkın, 2003).

Menopoz döneminde kadın arkadaşlık ilişkilerini kurup, geliştirmek üzere, kendi-kendine yardım grupları ve sosyal derneklere devam etmeleri konusunda desteklenmelidir. İçeride kapanık, başkalarına boyun eğici/itaatkar, yalnız yaşayan ya da çocuğu olmayan, yaşam doyumu düşük olan kadınlar menopozdan daha çok etkilenmektedir. Premenstruel sendrom tanımlayanlar, eş desteğinden yoksun olanlar ve duygusal yönden yetersiz olanlarda bu dönem daha zor yaşanabilmektedir. Bu nedenle kadının yakınmaları değerlendirilmeli, kişilik yapısı, sosyal desteklerinin varlığı, çevre ile olan ilişkileri araştırılmalı, yakınmalarının biyolojik temeli varsa uygun tedaviler uygulanmalı ve birey bu dönem ile ilgili bilgilendirilmelidir. Eğer depresyona özgü belirti ve bulgular varsa psikiyatrist ile işbirliğine girilmelidir. Depresif tanısı almışsa antidepresan tedavisine başlanmalıdır. Gerekiyorsa bireysel psikoterapiler, grup terapileri, kognitif psikoterapiler ve aile terapilerine katılımı konusunda desteklenmelidir (Evlice, Tamam & Karataş, 2002).

Kadına uygulanacak bakım ve tedaviler bireysel olmalıdır. Tedavinin bireysel olabilmesi için menopoz kliniklerine gereksinim bulunmaktadır. Bu kliniklerde tedavi ve yan etkilerinin izlenmesinin yanı sıra psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist gibi alanlarla işbirliği içinde çalışılması



önemlidir (Taşkın, 2003). Bununla beraber toplumda farkındalık yaratılması için 18 Ekim menopoz günlerinin kutlama etkinlikleri yaygınlaştırılmalıdır.

## Kaynaklar

- Aaron, R., Muliyl, J., Abraham, S. (2002) Medico-social dimensions of menopause: A cross-sectional study from rural South India. *The National Medical Journal of India*, 15(1), 14–17.
- Alpay, N., Kıvanç, Z.E., Ulaşoğlu, C. (2013) Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon profilinin depresif belirtiler ile ilişkisi. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 171–176.
- Altunbay, D., Yurdakul, M. (2009) Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 25 (2), 43–60.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öviz, A., Kırdıroğlu, N. (2004) Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 199-207.
- Chedraui, P., Perez-Lopez, F.R., Morales, B., Hidalgo, L. (2009) Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric*, 12, 395–403.
- Chedraui, P., Perez-Lopez, F.R., Mendoza, M., Morales, B., Martinez, M.A., Salinas AM, Hidalgo L. (2010) Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*, 281, 879–885.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2008) klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 343–349.
- Elavsky, S., McAuley, E. (2007) Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial. *Ann Behav Med*, 33(2), 132–142.
- Ertem, G. (2010) Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469–483.
- Evlice, Y.E., Tamam, L., Karataş, G. (2002) Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 108–112.
- García-Portilla, M.P. (2009) Depression and perimenopause: A review. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 213–221.
- Kalarhoudi, M.A., Taebi, M., Sadat, Z., Saberi, F. (2011) Assessment of quality of life in menopausal periods: A population study in Kashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 13(11), 811–817.
- Karlıdere, T., Özşahin, A. (2008) Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 11, 159–166.
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011) Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), 67–99.
- Lepège, A., Dennerstein, L. (2000) Menopause and quality of life. *Quality of Life Research*, 9: 689–692.

- Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö., & Cesur, B. (2015). A problem peculiar to women: Mental health in menopause. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 787-798. doi:[10.14687/ijhs.v12i2.2971](https://doi.org/10.14687/ijhs.v12i2.2971)
- Llaneza, P., García-Portilla, M.P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., Pérez-López, F.R. (2012) Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71, 120–130.
- Minuzzi, L., Frey, B.N., Soares, C.N. (2012) Depression during the menopausal transition: An update on epidemiology and biological treatments. *FOCUS The Journal of Life long Learning in Psychiatry*, 10 (1), 22–27.
- Ozkan, S., Alatas Erkan, S., Zencir, M. (2005) Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research*, 14, 1795–1801.
- Özcan, H., Oskay, Ü. (2013) Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4):157–163.
- Soares, C.N. (2010) Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Medicine*, 8: 79.
- Solmuş, T. (Erişim tarihi. 11-04-2014) Kadınlığın "kırılma noktaları" ve psikolojik etkileri I: Menstrüasyon ve menopoz. [www.tariksolmus.org](http://www.tariksolmus.org).
- Şirin, A., Kavlak, O. (2008) *Kadın sağlığı*, 1.Baskı, İstanbul, s.234–258.
- Taşkın, L. (2003) *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, 6. Baskı, Ankara, s.456–467.
- Timur, S., Hotun Şahin, N. (2010) Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (3), 61–67.
- Tokuç, B. Kaplan, P.B., Balık, G.Ö., Gül, H. (2006) Trakya Üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 281–287.
- Topçuoğlu, A., Koç, Ö., Duran, B., Dönmez, M. (2009) Cerrahi ve doğal yolla menopoza giren kadınların anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43(2), 89–92.
- Tortumluoğlu, G. (2004) Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, [www.InsanBilimleri.com](http://www.InsanBilimleri.com).
- Varma, G.S., Oğuzhanoğlu, N.K., Karadağ, F., Özdel, O., Amuk, T. (2005) Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 109–115.
- Veras, A.B., Rassi, A., Valença, A.M., Nardi, A.E. (2006) Prevalence of depressive and anxiety disorders in a Brazilian out patient sample of menopausal women. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 28(2), 130–134.
- Yang, D., Haines, C.J., Pan, P et al. (2008) Menopausal symptoms in mid-life women in Southern China. *Climacteric*, 11, 329–336.
- Yaşın Dökmen Z. (2009) Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (24), 41–55.
- Yılmaz, H., Yeniçel, Ö., Bilgin, O., Dinçer, Ö. (2002) Adneksler korunarak histerektomi yapılan hastalarda over fonksiyonları. *Ege Tıp Dergisi*, 41 (1), 11–14.
- Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007) Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (5), 187–193.

### **Extended English Abstract**

Menopause is defined as the cessation of menstruation one year and longer. Menopause ranked

among reproductive health is one of the issues that requires special consideration because of the position of women. In terms of the elimination of inequalities in gender-related health, it is important to investigate this issue in a holistic approach. Today with the increasing length of life, the time that spent in menopause period is increasing too. Accepted physiological event menopause leads to changes in physiological, mental, social and sexual ways. Even if these changes are not life-threatening, they can adversely affect a woman's quality of life. The average age for menopause is indicated as 48-51 in Turkey, it is indicated as between the ages of 45-55 in western world. As menopause is a period of life, it should not be treated as a disease. Decreasing estrogen level is held responsible for the many symptomatic and asymptomatic cases. Changes in the levels of reproductive hormones approximately four to five years before menopause lead to menstrual cycle disruption, vasomotor symptoms, sleep disorders and mood changes. Besides these changes, blushing, palpitations, changes in blood pressure, tinnitus, vaginal dryness, decrease in clitoral stimulation, painful intercourse, localized itching mostly in sexual organs, increased appetite and weight gain, indigestion, constipation, breast atrophy, a feeling of bloating and breast tenderness, dryness of the mouth and gingival diseases, hirsutism, numbness in the hands and arms and changes in the skin can be seen. In menopause period, anxiety, nervousness, irritability, unexplained crying, self-dislike, loss of self-confidence and decrease in enjoyment of life, lack of concentration, memory problems, difficulty in remembering, sensitivity, unexplained fear or panic and problems such as loss of sexual desire can be seen too. Depression is one of the most prevalent mental problems seen in menopause period. Depression's exact cause is unknown. But it is highlighted that as a result of decrease in estrogen levels, mood is affected negatively and sleep disorder coming up according to hormonal changes, hot flashes and sweating cause depression, panic and common anxiety disorders. Besides biological factors, having previously suffered from depression, socio-economic status, stressful life events, negative beliefs and social values related to menopause can also affect depression at menopause. Changes in family structure, mother's role, relationships with children, social activities, perception of the environment and investment and role changes concerning to future and factors like pension, social withdrawal, children marry and leave the family constitute cases that should be taken into account in the development of depression in menopause. In addition, changes in body image and the loss of important satisfaction source like sexual life play a role in the development of depression. While menopausal symptoms appear more intense in some women, they may appear in a mild level in some women. They may not appear in some women at all. It is because in this period, some women see these changes as problems and seek for treatment while others are not affected by them. The perception of menopause is affected by cultural factors such as traditions, ethnicity, value given to elders and women by community, women's role, sexuality, women's life philosophy, women's and society's menopause definition. This period may be experienced more stressful in women who could not make real earlier life goals, who could not be productive or could not leave something permanent behind, who had limited relationship with external environment, who have negative perspective, who could not participate in any other activity outside the home life. As regular menstruation is an indicator of fertility and femininity in many cultures, menopause can lead to think that menopause is a lost of femininity. In societies in which postmenopausal women's social prestige, freedom, value, role and acceptability increase with menopause, menopause related problems are seen less. As menopause period develops with pathological events which threaten life, impair quality of life and affect marriage relationship, it is an important period that needs to be addressed by health professionals. In this context, identifying mental problems gone through in menopause period is important in terms of holistic approach. Women in menopause periods should be addressed in the biopsychosocial and cultural integrity and health professionals should determine women who are at risk of mental problems at an early stage and should provide support in a mental aspect. Individual complaints should be considered, personality, presence of social support and relationship with the environment should be explored, if complaintments have a biological basis, proper treatment should be applied and individuals should be informed about this period. If there is any kind of depression-specific

symptoms and signs, then collaboration must be made with a psychiatrist. If necessary, medical treatment, individual psychotherapy, self-help groups, cognitive psychotherapy and family therapy participation should be encouraged. Care and treatment that will be applied to the patient should be specific to individuals. This article is discussed in detail with the aim of examination of mental health problems in menopause period.