

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

POSTMENOPOZAL DÖNEMDE HORMON
REPLASMAN TEDAVİSİ KULLANMAYAN KADINLARIN
İLAÇ KULLANMAMA NEDENLERİ

SEMİHA KOÇAK

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİMDALI

YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ.DR. MEHMET YILMAZER

TEZ NO:2010-012

2010 - AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları ve Hemşireliği

çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17 /05 /2010

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL
ÜYE

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Semiha KOÇAK' ın "Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisi Kullanmayan Kadınların İlaç Kullanmama Nedenleri" başlıklı tezi 13. /5. /2010 saat 13³⁰'da Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zehra BOZKURT
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Hayatının 1/3'lük bölümünün menopozal dönemde geçirecek olan kadının bu döneminin özelliklerini bilmesi, bu konu da destek ve yardım almaları, kendilerini tanımalı ve bu dönemem ilişkin farkındalıklarının artırılması, onlara iyi bir yaşam kalitesi sunmakta yardımcı olacaktır. Bu nedenle de, kadınları ve toplumu menopoz hakkında bilgilendirmek gerekmektedir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni bilgi ve tecrübeleriyle destekleyen ve tez aşamamda bana yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım ve ABD Başkanı olan sayın hocam Doç.Dr. Mehmet Yılmaz'ın saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez yazım aşamamda yardımlarını esirgemeyen hocalarım Gülbahar Beştepe'ye, Aysel Hayran'a beni destekleyen eşime, biricik oğluma ve aileme teşekkür ederim

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	v
Tablolar	vi
1.GİRİŞ	1
1.1.Genel Bilgiler	3
1.1.1.Klimakterium	3
1.1.1.A.Menopozal Dönem	3
1.1.1.B Menopoz Yaşı	5
1.1.1.C Menopozun Fiziopatolojisi	6
1.1.2. Menopozda Hormonal Değişiklikler	10
1.1.3. Postmenopozal Dönemde Ortaya Çıkan Sorunlar	15
1.1.4. Hormon Replasman Tedavisi	29
2.GEREÇ VE YÖNTEM	57
2.1.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	57
2.2.Araştırmanın Evreni	57
2.3.Araştırmanın Örneklemi	58
2.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	58
2.5.Verilerin Toplanması	58
2.6.Formların Uygulanması	58
2.7.Verilerin değerlendirilmesi	59
3.BULGULAR	60
4.TARTIŞMA	71
5.SONUÇ	75
6.ÖNERİLER	77
ÖZET	78
SUMMARY	79
KAYNAKLAR	80
EKLER	
ANKET FORMU	83

SİMGELER ve KISALTMALAR

HRT	: Horman Replasman Tedavisi
OYB	: Ortalama Yaşam Beklentisi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
JWAN	: Uluslararası Kadın Sağlığı Çalışması
GoTH	: Gonadotropinler
GnRH	: Gonadotropin Salıcı Hormon
GTRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
DHEA	: Dehidroepiondrosteron
DHEAS	: Dehidroepiondrosteron Sülfat
HERS	: Kalp ve Östrojen / Progestin Replasman Çalışması
PAI-1	: Plazminojen Aktivatör İnhibitör
EDRF	: Endotelial Derived Relaxing Factor
BMD	: Bone Mineral Dansometri(Kemik Mineral Yoğunluğu)
TTS	: Transdermal Therapeutic System
SERM	: Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri
MPA	: Medroksi Progesteron Asetat
WHI	: Writing Group for the Womens Health Initiative Investigator (Kadın Sağlığını Başlatıcı Araştırmacılar)
ERT	: Östrojen Replasman Tedavisi
SLE	: Sistemik Lupus Eritromatozis
ERA	: Östrojen Replasman ve Ateroskleroz Çalışması
KAH	: Kardiovasküler Hastalık
DVT	: Derin Ven Trombozu
PE	: Pulmoner Emboli
WHIM	: Kadın Sağlığı Başlatıcı Hafıza Çalışması
DKB	: Düzensiz Kullanıp Bırakmış
SVO	: Serebro Vasküler Olay
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TABLolar

	Sayfa
Tablo 1.1 Postmenopozal dönemde ortaya çıkan erken, orta ve geç sorunlar	15
Tablo 1.2 Osteoporozun iki tipi ve özellikleri	25
Tablo 1.3 ERA Çalışmasının Özeti	53
Tablo 1.4 WHI Çalışmasının Özeti	55
Tablo 1.5 WHIMS Çalışma Özeti	55
Tablo 3.1 Postmenopozal kadınların şu andaki yaşlarının dağılımı	60
Tablo 3.2 Postmenopozal kadınların kilolarının dağılımı	60
Tablo 3.3 Araştırmadaki kadınların menopoza girme şekilleri	60
Tablo 3.4 Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları	61
Tablo 3.5 Araştırmaya katılanların medeni durumları	61
Tablo 3.6 Araştırmaya katılan kadınların meslekleri	61
Tablo 3.7 Araştırmaya katılan kadınların aylık gelir dağılımı	62
Tablo 3.8 Araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencelerinin dağılımları	62
Tablo 3.9 Araştırmaya katılanların menopoz hakkındaki bilgi düzeylerinin dağılımı	63
Tablo 3.10 Araştırmaya katılan kadınların menopoz hakkında bilgiyi nereden edindikleri	63
Tablo 3.11 Araştırmaya katılan kadınların menopozdan sonra doktora gitme oranları	64
Tablo 3.12 Menopozda HRT tedavisi kullanma oranları	64
Tablo 3.13 Araştırmaya katılan kadınların ilaç kullanmama nedenleri	65
Tablo 3.14 Postmenopozal kadınlarda ilaç bırakma nedenleri	65
Tablo 3.15 Postmenopozal kadınların ilacı düzensiz kullanma nedenleri	66
Tablo 3.16 Postmenopozal kadınların HRT kullanma süreleri	66
Tablo 3.17 Postmenopozal kadınlar HRT preparatı olarak ne kullandı?	67
Tablo 3.18 Menopozla ilgili medyada çıkan haberler sizi ne yönde etkiliyor?	67
Tablo 3.19 Komşularınızın HRT hakkında söyledikleri sizi ne yönde etkiliyor?	68
Tablo 3.20 Menopoz hakkında bilgi nereden alınmalıdır?	68

1. GİRİŞ

Dünyada ortalama yaşam beklentisi (OYB) bin yıl önce yaklaşık 28 yıl, yüz yıl önce kırk yıl iken 1998 yılı verilerine göre ABD’de beyaz kadınlarda 81, siyah kadınlarda ise 73,8 yıl olarak belirlenmiştir. Günümüzde kadınlar için doğu’da yaşam beklentisi gelişmiş ülkelerde 80 – 85 yıl iken ülkemizde ise 71 yıla yükselmiştir. 2025 yılında Dünya nüfusunun %23’ünü 60 yaş üzerindeki bireylerin oluşturacağı düşünülmektedir (Can 1997, Başaran 2008, Eker ve Ark 2007).

Kadınların yaşam süresinin uzaması, beraberinde yaşam dönemlerinden biri olan menopoz döneminin de uzamasına neden olmuştur. Menopoz sonrası dönemde yaşanacak yılların sağlıklı geçirilmesi; günümüzde önemli bir toplum sağlığı konusu haline gelmiştir. Çünkü bu grup kadınlar, nüfusun oldukça büyük bir kısmını oluşturmaktadır ve bu sayı giderek artmaktadır. Yaşam standardı ve süresinde ki artış, menopozdaki kadın sayısını ve menopoza bağlı halk sağlığı sorunlarının önemini arttırmıştır (Can 1997, Macro Inc 1998).

Bu sorunlar;

- Vazomotor semptomlar (sıcak basması, aşırı terlemeler, sinirlilik, uyku bozuklukları, psikososyal sorunlar vb.)
- Ürogenital atrofi (cinsel sorunlar, vajende kuruluk, kaşıntı, cinsel ilişkide ağrı, idrar yapma sorunları, vb.)
- Premenopozal döneme göre insidansı artan kardiyovasküler hastalık ve osteoporozla ilgili, fraktür riskleri gibidir (Can 1997).

Fizik Tedavi Hekimleri genelde menopozu “yetersizlik hastalığı” olarak tanımlayıp östrojen yetersizliği olarak karakterize etmektedir, düzeltilmesi de HRT ile mümkündür. Araştırmalara göre HRT hastalıklılığı ve ölüm oranını menopoz sonrası kadınlarda azaltmaktadır. Bunun iki sebebi: iklime bağlı belirtileri hafifletmek, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktır. 1970’lerde östrojenin tek başına kullanımında endometrial kansere yol açtığı fark edilmiştir. Yeni yeni, östrojen ve progesteron kullanımı kadınlardaki endometriyal kanser rastlantılarını genel nüfustaki rastlantı oranlarına düşürmüştür ya da altına indirmiştir (Yeşilmurat 2001).

Meme kanseri bir sorun olarak devam etmektedir. Birçok araştırma ve analiz HRT kullanan ve kullanmayan östrojen veya östrojen-progesteron kullanan kadınlarda ki meme kanseri rastlantılarını incelemiştir. Sonuçları tartışmaya açıktır. Bazıları her ikisi ile artan vakalar bulmuştur. Bazıları ise herhangi önemli bir artış bulamamıştır ve bazıları da düşüş gözlemlemiştir (Yeşilmurat 2001). HRT ile ilgili sonuçlar hasta ve hasta yakınlarında HRT kullanımını konusunda korkulara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar HRT'ne başlayan kadınların çeşitli nedenlerle tedaviyi kısa bir süre sonra bıraktığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız postmenopozal dönemdeki kadınların HRT'yi kullanmama nedenlerini ve başlayıp bırakma nedenleri araştırmaktır. Hastalar bir eğitimden geçirilmeden soru cevap şeklinde ankete tabi tutulmuşlardır. Bu anket sonucunda hastaların HRT hakkındaki bilgileri tedaviye hiç başlamamalarının nedeni, başlayıp bırakma nedenleri, düzensiz kullanma nedenleri, medyada ya da arkadaş çevrelerinde duyduklarının etkileri araştırılmaktadır.

Hipotez 1. Postmenopozal dönemde kadınların HRT hakkında bilgileri yetersiz olduğu için kullanmamaktadırlar.

Hipotez 2. Postmenopozal dönemdeki kadınların medyadan ve çevreden HRT hakkında duydukları bilgiler nedeniyle HRT kullanımını bırakmaktadırlar.

1.1 GENEL BİLGİLER

1.1.1 KLİMAKTERİUM

Klimakterium, kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. 40-45 yaşlarında başlayıp ovulasyon frekansının ve fertilitenin azalması ile başlar menopozdan sonraki belli dönemi de kapsayarak yaşlılık dönemi olan 65 yaş sınırına kadar devam eder. Kadın yaşamının üretken çağından menopoz sonrası yıllara geçiş süresine denir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997, Çay 1998, Yücel ve Bükülmez 1998).

Bu dönem şu başlıklar altında incelenebilir;

Premenopozal Dönem: Menopozun endokrin, biyolojik ve klinik özelliklerinin belirmeye başladığı kalıcı adet kesilmenin öncesindeki ve en az 5 yılı kapsayan dönemdir (Can 1997).

Menopozal Dönem: Adetten kesilme demektir.

Postmenopozal Dönem: Menopoz sonrası 12 ay boyunca menstruasyon görmemişse klimakteriumun diğer bir dönemi postmenopoza girmiş kabul edilir.

1.1.1.A Menopozal Dönem

Menopoz kelime anlamı ile adetten kesilme demektir. Menopoz oluş şekline göre fizyolojik ve cerrahi (indüklenmiş) menopoz olarak ikiye ayrılır. Fizyolojik menopoz Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre; ovarian foliküler aktivitenin kaybına bağlı olarak menstruasyonun durmasına menopoz denir. İndüklenmiş ya da cerrahi menopoz ise; overlerin bilateral cerrahi olarak çıkarılması ile veya over fonksiyonlarının iatrojenik ablasyonu (kemoterapide olduğu gibi) sonucu ortaya çıkan menopoz halidir. Sadece uterusun çıkarılması menopoz olarak kabul edilmez (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997, Başaran 2008).

Doğal menopozların %1-4 kadarı 40 yaşının altında meydana gelir. "Erken Menopoz" ya da "Prematür Over Yetersizliği" adı verilen bu durumun etyolojisi hakkında henüz kesin bir sonuca varılmamıştır (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997).

Menopoz Asyalı kadınlarda seyrek ve az belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Ama Avrupalı kadınlarda daha sık ve şiddetli belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Lock (1991)'in yaptığı bir çalışmada Japon kadınların %65'i menopozun önemli bir yaşam olayı olmadığını belirtmişler. McCarthy (1990), 7 Asya ülkesinde kadınlar üzerinde menopozla ilgili yaptığı araştırma sonucunda, klimakterik semptomların batı ülkeleri kadınlarına göre pekte önemli olmayan bir sorun olarak görülmekte olduğu sonucuna varmıştır. Mannes (1968) ise gençliğin kutsandığı batı kültüründe yaşlanmanın bir belirtisi olarak algılanan menopozun, doğu kültürüne göre daha sorunlu yaşandığı sonucuna varmıştır. Sıcak basmaları ve vazomotor belirtilerin batı ülkeleri kadınlarında daha sık rastlandığı ve özellikle sıcak basmalarının adetlerin kesilmesinden hemen önceki dönemde şiddetlendiği bildirilmiştir (Can 1997, Yardımcı ve Ark.1996).

Fizyolojik olan fakat yaşamı tehdit edici patolojik olaylarla birlikte seyreden klimakterium dönemi bu özelliğinden dolayı tedavi edilmesi gereken bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Çünkü teknolojik gelişmeler, insan yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini artırmakta, yaşlı nüfusun çoğalmasına sebep olmaktadır. Örneğin MÖ 1000 yıllarında 18 yıl olarak bildirilen ortalama kadın ömrü, günümüzün gelişmiş ülke koşullarında 80 – 85 yıla kadar uzamıştır. ABD'de yaşayan 113 milyon kadının 80 milyonu 60 yaş üzerindedir. Türkiye'de bu süre 68-70 yıl olarak kabul edilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere önceki yıllarda klimakterik çağa bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3 kadarını menopoz sonrası dönem içerisinde geçirmektedirler(Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997, Tütüncü ve Ark. 1999, Saraçoğlu 1997).

Menopoz sonrasında overlerde oluşan morfolojik ve fonksiyonel değişiklikler dolaşımdaki hormon düzeylerindeki azalmayla birlikte, menopozal semptomlarla sonuçlanan değişimlere ve östrojen reseptörü içeren pelvik ve extra pelvik dokularda metabolik veya organik değişimler meydana gelir. Bu değişimler sırayla şu belirtiler ile kendini gösterir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997, Can 1997).

1.Menstrual kanama karakterinin bozulması hipomenore, hipermenore, anovulasyon ve fertilitate azalması, menses aralıklarının düzensizleşmesi

2.Vazomotor semptomlar (sıcak basması, terleme, sıkıntı hissi)

3.Psikolojik semptomlar (anksiyete, gerginlik, depresyon ve iritabilite)

4.Atrofik değişimler (vajina epitelinin atrofisi ve vulvada atrofi, kaşıntı, disparoni, cilt atrofisi, alt üriner sistem atrofisi ve buna bağlı olarak sık idrara çıkma hissi, idrar kaçıırma, aseptik üretrit ve sistit)

5.Menopozal sendrom (iritabilite, baş ağrısı, uykusuzluk, adale ve eklem ağrıları libido değişimleri)

6.Uzun süreli öströjen değişikliğinden dolayı geç dönemlerde ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilen kalıcı sistem değişimleri (kardiovasküler sistem hastalıkları ve osteoporoz) (Akkuzu 2004, Can 1997)

1.1.1.B Menopoz Yaşı

Menopozun ortalama başlangıç yaşını belirlemek zordur. Yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda menopozun ortalama olarak 50-52 yaş aralığında olduğu gözlenmiştir. Mascqchusetts çalışmasında ortalama menopoz başlangıç yaşı 51.3 olarak bulunmuştur. Sigara içen kadınlar ortalama olarak 1.5 yıl daha erken menopoza girmektedirler. Oral kontrseptiflerin kullanımı, sosyoekonomik durum ve evlilik menopoz yaşını etkilememektedir (Spreroff & Fritz 2007).

Uluslararası kadın sağlığı çalışmasında, (SWAN) Amerikan kadınlarının kesitsel çalışmasıdır. Bu çalışmada menopoz başlangıç yaşı, 51.4 olarak saptanmıştır. Erken menopozun başlaması sigara kullanımı, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik seviye ile ilişkili olduğu saptanmışken; geç menopozun ise parite sayısı ve oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olduğunu saptanmıştır (Spreroff & Fritz 2007).

Epidemiyolojik çalışmalar kadınların %10'unun 45 yaşında menopoza girdiğini göstermektedir. Her iki çalışmanın sonucunda da erken menopoza giren 46 yaş öncesi annelerin kızlarının da erken menopoza girdikleri tespit edilmiştir. İyi beslenmemiş ve vejeteryan kadınların daha erken menopoza girdikleri konusunda güçlü deliller ortaya konmaktadır. Çünkü öströjen üretimi vücutta yağ dokusundan yapılmaktadır. Zayıf kadınlarda vücut yağ oranı daha azdır (Spreroff & Fritz 2007).

Menarş yaşı ile menopoz yaşı arasında bir ilişki yoktur. Ancak İsveç'te yapılan çalışmada erken menarş ile erken menopoz arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Irk, parite, ve boy uzunluğunda menopoz yaşına bir etkisi olmadığı birçok

çalışmada bildirilmiştir. Ancak bununla birlikte üç kesitsel çalışmada paritenin artması ile menopozun geciktiği saptanmıştır. 2 çalışmada düzensiz mens siklusları olan kadınların 40 yaşından önce menopoza girdikleri görülmüştür. Yüksek yerlerde yaşam ile erken menopoz başlangıcının ilişkili olduğu saptanmıştır. İlginç olarak, sol elini kullanan bayanların sağ elini kullananlara göre daha erken menopoza girdiği bildirilmiştir (Spreroff & Fritz 2007).

Prematür ovaryan yetmezlik genelde, ovaryan kan akımının azalması nedeniyle daha önce abdominal histerektomi veya endometriyal ablasyon geçirmiş olan kadınlarda görülmektedir (Spreroff & Fritz 2007).

Ülkemiz için menopoz yaşı yayınlarda 46-47 olarak bildirilmiştir. Nitekim Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2000 yılında ülkemiz genelindeki merkezlerden elde edilen verilere bakıldığında Türkiye'deki menopoz yaşının 46.4 olduğu anlaşılmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 6. Beş yıllık Kalkınma Planı nüfus ön görülerine göre, 2000 yılında toplam kadın nüfusumuz 34 576 300 ve 45 yaş üzeri kadın nüfusumuz 6 851 100'dür. Ortalama yaşam süresi kadınlar için 72.24'dür. Bu verilere göre kadınlarımız yaklaşık 25 yılını menopoz döneminde geçireceklerdir (Gezer ve Ark. 2006).

Beklenen yaşam süresinin uzaması toplumda menopoz döneminde yaşayan ve sayıları giderek artan bir bölüm oluşturmuştur. Bu gruptaki kadınlar, kimakterium sekellerine ait sorunlarla sağlık kuruluşları üzerinde giderek daha yoğun bir etki oluşturacaklardır (Can 1997).

1.1.1.C Menopozun Fizyopatolojisi

Menopozun her yönüyle, yeterli biçimde tanımlayabilen tek bir teori yoktur. Buna karşılık, ovariumun menopozun en önemli yapısı olduğu şüphesizdir. Gonodotropine duyarlı foliküler birimlerin tükenmesi, östrojen salgısının azalmasından ve adetlerin kesilmesinden sorumludur. Kadının ortalama menopoz yaşı 51.4'tür ve standart sapma 3.8 yıldır. Menopoz yaşı, ırk, sosyoekonomik durum, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı, eğitim, fiziksel özellikler, alkol tüketimi, menarş yaşı veya son gebeliğin tarihinden etkilenmektedir. Sadece sigara içiminin, kesin biçimde folikül tükenmesini hızlandırdığı saptanmıştır (Hammond 1997, Can 1997).

Ovarium, urogenital çıkıntının medioventral sınırında, böbreğin ve ilkel adrenalın yanında gelişir. İnsan embriyosunda ve overlerde oogenezis, 3. gebelik haftasında başlar. Primordial germ hücreleri, embriyonun yolk kesesinde görülürler ve 5. haftada germinal çıkıntıya göç ederler. Burada birbirini izleyen mitotik hücresel bölünmelerle sonuçta oogonyumları oluştururlar ki, bunlarda sonuçta oositleri oluşturur. 20. gebelik haftasına fetal overlerin yaklaşık 7 milyon oogonyum içerdiği tahmin edilmektedir. Buradan menopoza kadar başka germ hücresi(oosit) oluşmaz. Doğumda yaklaşık 2 milyon oosit vardır ve puberteyle birlikte bu sayı 300.000'e düşer. Üreme çağında, oosit sayısında sürekli bir azalma vardır ve her siklusta yaklaşık 1000 adet follikül tahrip olur (Hammond 1997, Can 1997).

Doğumda var olan primordial foliküller, ovulasyon veya folikül atrezisi sonucunda, ovariumda kaybolur. Folikül atrezisi, oosit ve onu çevreleyen stromanın fizyolojik dejenerasyonudur. Atrezi, fetal yaşamın beşinci ayında başlar ve tüm foliküller tükenene kadar sürer. Atrezi, menstrüel siklus esnasında ve hatta gebelik boyunca süregelir. Belli bir primordial folikülün ovulasyon veya atrezi yönüne gitmesini saptayan faktörler bilinmemektedir. Puberte deki toplam oosit sayısı ve atretik sürecinin verimliliği, menopoz yaşını belirler (Hammond 1997).

Menopozdan iki olay sorumludur:

Ovulasyon ve atrezi: Yaklaşık tüm oositler atrezi ile yok olurlar, yalnızca 400-500'ü ovulasyona uğrar. Oosit atrezisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Hayvan çalışmaları atretik olayı, östrojenlerin önlediğini, androjenlerin artırdığını göstermiştir (Can 1997).

Dolayısıyla menopoz, Gonadotropinler (GTH)'e duyarlı oositlerin azalması ve geriye kalan az miktardaki oositlerin gonadotropinlere cevap vermemesinden oluşur. Postmenopozdaki kadınların ovariumlarında, bazen hala primordial folliküler bulunabilir. Bu özellik, fonksiyonel olarak daha normal foliküllerin, önce tüketildiğini düşündürür. Böylece, bir kadın yaşlandıkça, gonadotropine direnci artmış ve hormonal aktivitesi azalmış folikülleri bulunacaktır. Bu kavram, kimakteriumun belirtilerini açıklamaya yardımcı olabilir (Hammond 1997, Can 1997).

Bazende şiddetli ağır enfeksiyonlar ya da overlerdeki organ tümörleri fazla derecede iyonizan ışınlarla maruz kalma, kemoterapötik ilaçlar, ovaryum kan akımını bozabilecek ilaçlar ovaryum foliküllerini hasara uğratarak bireyi menopoza sokabilir (Can 1997).

Premenopozal süre, içinde ovulasyon düzen ve sıklığı giderek azaldığı için doğal olarak fertilité düşer. Kısalan bir siklus uzunluğu vardır. Bu kısalma, sabit kalan luteal fazın kısalmasına bağlı olarak gelişir. 45 yaşın üzerindeki bir kadında bozulmuş over fonksiyonu kolaylıkla fark edilebilir. Menstrual intervaller bu dönemde çoğu zaman uzamasına rağmen, aşırı ve sık kanamalar olabileceği gibi ani kesilmeler de olabilir (Can 1997, Atasü ve Şahmay 2001).

Klimakteriyumda over işlevleri giderek kaybolur. Over foliküllerinden salgılanan 17- β Östradiol miktarı azalır. Ancak bu hormonun ne serum, nede idrar değerleri menopoz tanısında kullanılmaz. Tanıda eskiden kullanılan bir yöntem olan vajinal smear, düşük sensitivitesi ve menopozal kadından kadına değişkenlik göstermesi nedeniyle artık kullanılmamaktadır. Premenopozal devresi uzayan vakalarda östrojen yetersizliğine bağlı olarak uç organ yetersizlik bulguları ortaya çıkar (vajinada kuruluk, göğüslerde yağ kaybı, ürolojik semptomlar). Over korteksindeki follikülerin tükenmesi sonucu menopozda başlıca ötrojen yapımı; perifer yağ dokusu, karaciğer, böbrek ve hipotalamik nukleuslarda Adrostenedion'dan Östron(E1) dönüşümü şeklinde olmaktadır. Klimakteriyumun başlangıç yıllarında overlerin hipofizden salınan GTH uyarısına karşı duyarlılığı giderek azalır. Ayrıca over yapısal değişiklikler gösterir, ayrıca foliküllerin üretiminden sorumlu granüloza hücreleri ve teka hücrelerinin sayısında azalma olur (Atasü ve Şahmay 2001, Can 1997).

Kaliteli folikül sayısı azaldıkça, ovariumda makroskopik ve mikroskopik değişimler ortaya çıkar. Ovarium ağırlığı, kırk yaşlarında 14 gram iken, postmenopozda yaklaşık 5 grama düşer. Postmenopozdaki ovariumun mikroskopik incelmesinde, geri kalan primordial foliküllerin, foliküler atrezi sürecinde oldukları gözlenir. Ovarium stroması da daha belirgindir ve medüller stromal ve intestisyel hücrelerin sayıları artmıştır (Hammond 1997).

Östrojen üretiminin azalmasının bir sonucu olarak gonadotropin salıcı hormonun(GnRH) pulsatil salınımında bir artış olur ve bu artış sonrasında hipofiz

salınımında LH ve FSH'ın hem salınımı hemde üretimi uyarılır. FSH erken folliküler fazda yüksektir, ancak folliküler matürasyonla östrodiol seviyesi yükseldikçe FSH seviyeleri düşer. LH genç kadındakinden farklı değildir (Can 1997).

1.1.2 MENOPOZDA HORMONAL DEĞİŞİKLİKLER

Üreme döneminde dolaşımdaki başlıca kadın cinsiyet hormonları, en yukarda Hipotalamusta Gonadotropin Releasing Hormon (Gntr) hipofizde Gonado Tropin Hormon (GTH: FSH, LH, LTH), overlerde Östrojen (Östron, Östradiol-17 β) Progesterondur (Can 1997).

Menopoz, ovaryumdaki follikül rezervinin tükenişinin kaçınılmaz bir sonucudur ve ovaryum yetmezliğinin fizyolojik bir formu olarak değerlendirilebilir. Ovaryumlarda artık östrojen yapılmaması, hormonun etkili olduğu sistemlerde yıkıcı etkilere yol açar ve bir “eksiklik sendromu” ortaya çıkarır (Gezer ve Ark. 2006).

İlk endokrinolojik değişimler, östradiol, progesteron ve inhibin düzeylerinde azalma ve FSH salınımındaki artıştır. Bu esnada LH üretimi, reproduktif dönemdeki ile aynıdır. FSH yükselmesi, rezistansın henüz daha başlangıçta olduğu overlerde multifoliküler gelişim meydana getirir. Bu olayın sonucunda östradiol salınımı artar ve foliküler faz kısalır. Bu durum siklus süresinde klinik açıdan tespit edilemeyen belli belirsiz kısaltmaya neden olur (Gezer ve Ark. 2006).

Overlerdeki direnç ilerleyici olduğu için daha sonraki dönemlerde foliküler gelişim, FSH’ın yükelenmesine rağmen yavaşlar ve foliküler faz uzamaya başlar. Bu ise siklus süresini uzatır ve başlangıçta belirgin olmayan bu uzama, süre ilerledikçe klinik açıdan belirginleşmeye başlar. Bu dönemlerde FSH’daki yükselme ve inhibin düzeylerindeki azalma görülmeyebilir. Çünkü perimenopozal dönemde, folikül sayılarının değişken olmasına paralel, serum östradiol düzeyleride değişkenlik gösterir. Bu nedenle hormonal tanı amacı ile serum östradiol seviyesine bakmak bu dönemde yanıltıcı ve klinik ile uyumlu olmayan sonuçlar verebilir (Gezer ve Ark 2006).

Ancak yinede bu devrede yapılan çalışmalar, GnRH seviyelerinde herhangi bir değişim olmadığını, normal foliküler gelişim ve ovulasyon meydana gelebileceği gibi, korpus luteum fonksiyonunda tam olabileceğini göstermiştir. Bu dönemde yapılan en geniş çalışma Melbourne Midlife Project çalışmasıdır. Bu çalışmada geçiş döneminde adet düzensizliği olan kadınların FSH, östradiol ve inhibin düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırılmış, siklus değişiklikleri olan kadınlarda FSH

değerlerinin progressif olarak arttığı, üç aydan fazla adet görmeyenlerde ise en yüksek düzeylere ulaştığı gösterilmiştir (Gezer ve Ark 2006).

Daha ileri dönemlerde overdeki direncin ilerlemesi ile folikülogenez tamamen yavaşlar ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkışına imkân vermeyecek seviyelere iner. Böylece anavulatuvar sikluslar ortaya çıkar. Bu dönemde FSH'ın yanı sıra LH seviyelerinde de artış başlar ve bu artış 40 IU/L ye ulaştığında ise folikül gelişiminin tamamen durduğu gözlenir. İşte menopoz dediğimiz son adet kanaması bu dönemde görülür. Cerrahi menopozlarda ise serum FSH ve LH değerleri postmenopozal düzeylere yaklaşık 1 ay sonra ulaşır (Gezer ve Ark 2006, Can 1997, William Hurd 2004).

Serum FSH ve LH değerleri menopozdan sonra 1-3 yıl sonra en yüksek seviyelere ulaşır ve daha sonra yavaş yavaş azalarak senilium da en alt düzeylere inerler (Gezer ve Ark 2006).

Reprodüktif dönemde siklus gününe göre 40-450 pg/ml arasında değişen serum östradiol düzeyleri postmenopozal dönemde 10-20 pg/ml'ye düşer. Ortalama 24 saatlik salınım miktarları ise 350 mikrogramdan 45 mikrograma iner ve bunun büyük bir kısmı, östronun ekstraplandüler periferik konversiyonundan üretilir (Gezer ve Ark. 2006, Başaran 2008).

Östron büyük oranda androstenedionun periferik aromatisasyonu ile sentezlenir. Androstenedionun aromatisasyonu yağ, kas, karaciğer, kemik iliği, beyin fibroblastlar ve saç köklerinde oluşur. Postmenopozal östron/östradiol oranı, östron lehine artış gösterir. Yani postmenopozal bir kadında, baskın östrojen, östron formundadır. Östronun biyolojik etkisi, Östradiol' ün 1/3 dür. Bu üretimde periferik doku rol oynadığı için bu dokunu fazla olduğu obez kadınlarda östron konsantrasyonu daha yüksektir. Dolaşımdaki östronun postmenopozal konsantrasyonu yaklaşık 35 pg / ml, günlük üretimi ise 55 mikrogramdır. Albümine zayıf olarak bağlandığı ve seks hormon bağlayıcı globüline bağlanmadığı için östradiole göre daha hızlı klirense sahiptir (Judd 1994, Gezer ve Ark. 2006, Can 1997).

Androjen üretimi, ilerleyen yaşla birlikte azalır. Özellikle postmenopozal dönemde periferik androjenin en önemli kaynağı olan androstenedion düzeyleri yaklaşık 1/3 oranında düşer. Postmenopozal dönemde androstenedionun temel kaynağı

andranellerdir. Ancak testesteron üretimine dikkat edilecek olursa, postmenopozal gonadotrop hormonlarda meydana gelen yükselme sonucu over stromasında testesteron üretimi artış gösterir. Böylelikle total androstenedion miktarı azalıp periferik testesteron üretimi düşse bile bunu over stromasından salgılanan testesteron kompanse eder. Birkaç yıl devam eden bu yükselme daha sonraları tekrar azalır. Böylece puberte ile birlikte artan seksüel kılınma, libido, kemik yoğunluğu, adele kitlesi ve immün gelişim gibi androjen ile ilgili özelliklerin tümü menopozdan sonra gerileme göstermektedir (Gezer ve Ark 2006).

Reprodüktif çağıdaki kadınlarda adrenal gland, büyük oranda dehidroepiandrosteron (DHEA) ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) ve bunun yanı sıra testosteron ve östrojen üretir. Aynı zamanda kortizol ve aldosteron üretiminden de sorumludur. Yaş ilerledikçe menopozdan bağımsız olarak adrenal DHEA ve DHEAS düzeylerinin azalmasına rağmen, adrenal östrojen, androstenedion ve testosteron salınım düzeyleri genelde sabit kalır. Benzer şekilde dolaşımdaki kortizol ve aldosteron düzeyleri de menopozdan sonra değişmez (Judd 1994, Gezer ve Ark. 2006) .

Özet olarak menopoz ve yaşlanma ile birlikte androjen metabolizmasında 3 ana değişiklik olur:

- 1) Overlerde özellikle androstenedionda olmak üzere androjen üretiminde azalma
- 2) Özellikle testosteron olmak üzere over androjen sekresyonunun devam etmesi
- 3) Özellikle DHEA ve DHEAS olmak üzere adrenal androjen salgısında azalma

Genç kadınlarda progesteronun ana kaynağı, ovulasyonu takiben oluşan over korpus luteumdur. Siklusun folliküler fazında progesteron seviyeleri düşüktür. Ovulasyonla birlikte, korpus luteumun sekretuar aktivitesine bağlı olarak seviyeleri büyük oranda artar. Postmenopozal kadınlarda, progesteron seviyeleri genç kadınlardaki folliküler faz progesteron seviyeleri düşük kalır. Yaşlı kadınlardaki bu düşük miktardaki progesteronun kaynağı adrenal bez olarak düşünülmektedir. Ancak bu ciddi olarak çalışılmamıştır (Başaran 2008, Judd 1994).

Menopozla birlikte ortaya çıkan hormon değişimleri;

- FSH 10-20 kat artar.
- LH 3 kat artar.
- Östradiol 5-10 kat azalır.
- Androstenedion 1/3-1/2 kat azalır.
- Testesteron hafif azalır.
- DHEA ve DHEA-SO4 değişmez (Atasü Şahmay 2001).

Postmenopozol dönemde normal hormon düzeyleri;

- FSH ; 9,4-147,0 u/l
- LH ; 13,9-94,0 u/l
- Östradiol 0-14pg/ml
- Androstenedion 0,7-2,7 ng/ml
- Testosteron 0,25-0,95 ng/ml
- DHEA 0,2-9,8 ng/ml
- DHEAS 35-430 pg /dl (Atasü Şahmay 2001)

Menopoza geçiş süresi özetle şu şekilde değerlendirilebilir;

1)Perimenopozal geçiş döneminde; overde follikül sayısının azalması ile beraber, inhibin düzeyinin azalmasına bağlı olarak, negatif feed back mekanizması ile FSH düzeyi artmakta ve sonuç da relatif bir hiperestrojenizm ortaya çıkmaktadır(Can 1997).

Sonuçta;

- Göğüslerde dolgunluk,
- Endometriyal hiperplazi ve genital kanama,
- Artmış endometriyal kanser riski olabilmektedir.

2)İkinci fazda ise, overde östrojen sekresyonu LH'ı baskılayacak kadar değildir ve sikluslar genellikle anovulatuardır. LH düzeyi bir siklustan diğerine, bir kadından diğer kadına değişiklik gösterir (Can 1997).

Progesteron / Östrojen oranı düşer ve bu hormon dengesizliği sonucu ise hedef organlarda şu riskler ortaya çıkabilir;

- Endometriyal hiperplazi, proliferasyon
- Meme distrofisi ve mastopatiler
- Ruhsal bozukluk, iştah ve ısı regülasyonu bozuklukları
- Hiperandrojeniz

3)En sonunda ovarian foliküllerin FSH ve LH'a duyarlılıkları tamamen kaybolmuştur.E2 değeri 20 pg/ml'nin altındaki seviyededir (Can 1997).

Cerrahi menopozda ise ani bir estrogen çekilmesi olduğundan hormonal profil daha farklı bir değişim süreci izlemekte ve menopozal semptomlar süratle ortaya çıkmaktadır. Doğal menopozda over stromasında androjen yapımı devam ettiğinden cerrahi menopozda androjen seviyesindeki değişiklikler doğal menopozdan farklı olmaktadır (Can1997).

1.1.3 POSTMENOPOZAL DÖNEMDE ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR

Bu sorunlar aşağıda görüldüğü gibi, oluştuğu zaman, sistem ve ortaya çıkan semptom/hastalığa göre şematize edilebilir:

<u>Zaman</u>	<u>Sistem</u>	<u>Semptom / Hastalık</u>
Akut	Vazomotor	Sıcak Basmaları Gece Terlemeleri Uykusuzluk
	Nöro-endoktrin	Mood Değişimleri Anksiyete İrritabilite Zayıf Hafıza Zayıf Konsantrasyon Kendini Kaybetme
Intermediate	Alt-Ürogenital Yol	Genital Yol Atrofisi Disparoniya Üretral Sendrom Libido Kaybı
	Konnektif doku İletken deri	Deri incilmesi Bağlantı yerleri ağrı,
		Prolapsus İnkontinans
Uzun Dönem	Arterial	Cerebrovasküler H.
		Koroner Arter H.
	İskelet Sistemi	Osteoporozis

Tablo 1. Postmenopozal dönemde ortaya çıkan erken, orta ve geç sorunlar (Can1997).

1) Vazomotor Semptomlar

Klimakteriyumun karakteristik semptomu olup görülme sıklığı % 60-85 arasında değişmektedir. Vazomotor semptomların nedeni hakkında birçok teori ileri sürülmüş olmasına rağmen kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu nöbetlerin LH yükselmesini takiben ortaya çıkması, bu olayda LH'in rolü olabileceğini düşündürmüştür. Ancak GNRH ya da opioid reseptör antagonistleri (Naloxone) ile yapılan çalışmalar sonucu

vazomotor nöbetler ile LH yükselmesi arasında bağlantının anlamı olmadığı anlaşılmıştır. Keza hipofizektomi yapılan olgularda bu semptomların kaybolmamasıda bu teoriyi çürütmüştür (Gezer ve Ark 2006).

Etyolojisi tam açıklığa kavuşmamış olsada önemli bir gerçek, bu olayın östrojendeki azalma ile birlikte ortaya çıkması ve östrojen tedavisine süratle cevap vermesidir. Ancak östrojenin yetersiz olduğu primer hipogonadizm olgularında, gonadal disgenezilerde, örneğin turner sendromun da veya erkeklerde vazomotor semptomlar görülmemektedir. Çünkü görülebilmesi için organizmanın önceden östrojen etkisinde kalmış olması gerekir. Nitekim primer hipogonadizm olgularında östrojen tedavisi yapılarak ara verilirse benzer semptomlar ortaya çıkmakta ve buda olayın östrojen ile yakın ilgisi olduğunu açıkça göstermektedir (Gezer ve Ark. 2006, Can1997).

Sıcak basması terimi baş, boyun ve göğüs derisinin ani kızarması ile beraber yoğun olarak vücut sıcaklığının artma hissini ve bazen de yoğun terleme ile bitmesini tanımlamaktadır. Daha az sıklıkta ise zayıflık, halsizlik bayılma hissi ve baş dönmesi gibi semptomlar görülebilir. Semptomun süresi birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar değişir ve nadiren de bir saati bulur. Sıklığı nadir olabilir veya her birkaç dakikada tekrarlayabilir. Literatürde rastlanan en şiddetli sıcak basması 54 dakikadır. Sıcak basmaları gece vakti daha sık ve ciddidir, kadın sıklıkla uykudan uyanır veya stres zamanlarında daha sık görülür. Ilık bir ortamda, sıcak bir ortam ile karşılaştırıldığında sıcak basmaları daha seyrek, daha hafif ve zaman olarak daha kısa olur. Sık sıcak basmasını yaşayanlar, uykudan uyanma olaylarını da sık yaşarlar ve bu kadınlarda hafıza bozuklukları ve anksiyeteye rastlanabilir.(Spreeroff & Fritz 2007, Can 97, Altuğ Özsoy ve Bayık 1990)

Geniş bir popülasyonda yapılan takipsel bir longitudinal çalışmada kadınların % 10'unda menopoza öncesinde sıcak basmaları görülürken, başka çalışmalarda premenopozal kadınların % 15-25 kadarında sıcak basmaları görüldüğü rapor edilmiştir. Premenstrüel sendrom teşhisi konulmuş premenopozal kadınlarda sıklık oranı daha yüksek olarak rapor edilmiştir. Massachusetis Kadın Sağlığı Çalışmasında premenopozal periyotta sıcak basması oranı % 10 iken menslerin bitiminden hemen sonra bu oran yaklaşık olarak %50'ye yükselmiştir. Menopozdan yaklaşık 4 yıl sonra sıcak basması oranı % 20'ye düşmüştür. Avusturya'da yapılan topluma dayalı bir

çalışmada premenopozal kadınların % 6'sı, perimenopozal kadınların % 26'sı ve postmenopozal kadınların % 59'u sıcak basmalarından şikâyetçi olmuşlardır .Geniş bir amerikan kesitsel çalışmasında erken postmenopozal kadınların % 49'unda ve perimenopozal kadınların % 57'sinde belirgin sıcak basması rapor edilmiştir (Spreroff & Fritz 2007).

Her ne kadar sıcak basması premenopoz da görülse de temel olarak postmenopozun majör bir semptomudur ve çoğu kadında 1-2 yıl sürerken bazılarında (bazen %25 kadar yüksek bir oran) 5 yıldan fazla sürebilir. Cross-sectional çalışmalarında premenopozal kadınların % 40'ı ve menopozal kadınların % 85'i vazomotor şikâyetleri rapor etmektedirler. İsveç Gothenburg'da yapılan takipsel bir çalışmada % 60 ile en yüksek prevalans 52-54 yaşlarında görülmüş ve 60 yaşında % 30'a ve 72 yaşında % 9'a düşmüştür (Spreroff & Fritz 2007).

Fazla kilolu kadınlar sıcak basmasından daha fazla şikâyet etmektedirler bu da belki vücut yağının daha yüksek bir vücut içi ısısı yaratmasını yansıtmaktadır (Spreroff & Fritz 2007)

Sıcak basması tedavisinde NAM (North American Menopause Society) önerileri:

Hafif vazomotor semptomlar;

- Hayat tarzı değişiklikleri (vücut ısısının düşük tutulması, düzenli egzersiz gibi)
- Reçete edilmeyen tedavilerde eklenebilir; soya içeren gıdalar, isoflovane'nin meme üzerinde östrojenik etkileri olduğu için meme kanseri riski yüksek olan hastalara verilmemelidir.

Orta-ciddi vazomotor semptomların en etkin tedavi seçeneği östrojendir.

- Kısa süreli tedavi düşünülmelidir, fakat tam olarak ne kadar süreyle kullanılacağı belli değildir. Tedavi süresi için hayat kalitesi, sıcak basmalarının şiddeti, vajinal kuruluk, uyku bozukluğu ve hastaların yaşı göz önünde bulundurulmalıdır. Böylelikle hem sıcak basmaları önlenir, hem de uyku hafıza bozuklukları anksiyete ve huzursuzlukta azalabilir. HRT ile bu sıkıntılar 3-4 haftada iyileşmektedir (Can 1997).

- Östojen kullanmayan hastalarda ilk tercih SSRI'ler (Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) olmalıdır

Progesteronun tek başına verilmesi kontraendikedir. Antihipertansifler, antidepressanlar, trankilizanlar, hafif sedatifler, klonidin, E ve K vitaminleri de kullanılmaktadır. Ancak tek başlarına endike olmayıp, estrojenin denemediği durumlarda başvurulmaktadır (Can 1997).

- Sıcak basması ilaç kullanamayan hastalarda kendiliğinden kaybolduğu için tedavi 1-2 sonra kesilmelidir.
- Hipertansiyonu olan hastalarda klonidin kullanılabilir. Diğer bir alternatif ise progestinlerdir (Başaran 2008).

2) Atrofik Değişiklikler-Ürogenital Atrofi

Ürogenital yolları oluşturan; vulva, vajen, uterus, serviks, üretra ve mesane, postmenapozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak pek çok önemli değişikliğe uğrarlar. Öncelikle atrofiye olurlar. Böylelikle daha ince, daha az elastik, daha kuru daha dar bir yapıya dönüşürler (Can 1997).

Çünkü östrojen üreme organlarında majör büyüme faktörü fonksiyonunu üstlenir. Vajina epitelinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Östrojen etkisi ile her siklusta vajina epitelinde parabazal hücrelerden süperfisyel hücrelere doğru çoğalma görülmektedir. Vajinanın reproduktif dönemindeki çok katlı yassı epitel örtüsü bu şekilde muhafaza edilmektedir. Yüksek glikojen içeriği olan bu hücreleri kullanan Döderlerin basilleri laktik asit üreterek 4,5-5 arasında değişen vajina pH' sını oluştururlar. Östrojen eksikliğinin görüldüğü klimakteriumda vajina solgunlaşır ve inceler. Vajinal rugalar giderek düzleşir ve kaybolmasına fornikslerin silinmesine bağlı olarak kısalır. Vajinal kuruluk yaygın bir postmenapozal semptom olup genellikle vazomotor bozukluktan sonra başlar. Vajinal smearda reproduktif dönemde görülmeyen parabazal hücre hakimiyeti görülür. Vajina mukozasını oluşturan hücrelerin glikojen içeriğindeki azalma ile birlikte vajina pH 'sı 6-8 e yükselir. Böylece vajinal ortam laktobasil için daha yaşanmaz hale gelir. Ürogenital ve fekal patojenlerin enfeksiyon yapma riskleri artar. Enfekte eden organizmalar üriner sistem boyunca çıkarak üretrit, üriner sistem enfeksiyonları ve sistit yapabilir(Atasüve Şahmay2001,Can 1997, Spreroff &Frit 2007).

Servikstede atrofik değişiklikler olur. Genellikle serviks küçülür ve servikal mukus salgısında azalma olur. Buda disparoniye sebep olarak vajinal kuruluğa neden olur. Bazen vajen kuruluğuna bağlı poskoital kanama olabilir. Seksüel olarak aktif olmayan kadınlarda bile atrofik vajinit kaşınmaya, irritasyona ve yanma hissine yol açabilir. Servikal erozyon, ektropion ve ülser daha yaygın olarak gözlenir (Can 1997, Spreroff & Fritz 2007, Dermir ve Karacan Ertem 2001).

Uterus, servik, tubalar ve overelerde de dış genital organlardaki gibi atrofi sonucu ağırlıklarında azalma ve boyutlarında küçülme görülür. Endometrium ve myometriyumun küçülmesiyle, uterus atrofisi oluşur. Bu küçülme, myomları olan kadınlar için faydalı olabilir. Bu durum endometriozis ve adenomyozis içinde geçerlidir. Folliküler aktivitenin durmasıyla endometriyumun hormonal uyarımı son bulur. Ayrıca üreme organlarına destek veren yapılarda da tonüs kaybı gelişir ve pelvik rekalsasyon gelişir. Desensus-uteri, sistosel ve rektosel insidansı klimektarik kadında artmıştır. Bu değişiklikler, menopozdaki kadında üretral sendroma yol açar. Bu sendrom; idrarda yanma ve sık idrara çıkarak “urgency” şeklindedir (Can 1997, Atasü ve Şahmay 2001)

Mesane ve üretrada atrofiye uğrar. Epitelyumun incilmesiyle üretral tonüs kaybı, dizüri, hassasiyet ve bazende hematüriye neden olabilir. Ürogenital atrofide tedavi, tüm menopozal sendrom şikâyetlerinde olduğu gibi HRT ‘dir. Şikâyetler önemli ölçüde azaldığına inanılır. Ama rondonize olarak yapılan kalp ve östrojen/progestin replisman çalışması (HERS) hem urge hem de stres inkontinansında hormon terapisi ile birlikte inkontinansa kötüleşme görüldüğünü bildirilmiştir. Ve Hemşireler Sağlık Araştırması (Nurses Health Study) hormon kullananlarda inkontinansa hafif bir yükselme rapor etmiştir. Östrojen tedavisinin inkontinans üzerindeki etkisi halen kafa karıştırmacı ve rahatsızlık vericidir(Can 1997, Spreroff & Fritz 2007).

3) Cilt ve Bağ Dokusu Değişiklikleri

Deri hücrelerinde, ter bezlerinde ve saç folliküllerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Postmenopozal devrede ciltte papillalar silinmekte, kıl folliküllerinde ve yağ bezlerinde azalma olmakta ter bezlerinin fonksiyonu azalmaktadır. Bunların sonucunda cilt kurur, esnekliğini kaybeder, tırnaklar kolay kırılır, saç kurur, tıpkı kemik matriksindeki azalma gibi dermiste de yaygın kollajen azalması görülür.

Postmenopozal 10.yılda premenopozal döneme oranla ciltte yaklaşık %30'luk kollajen azalması olduğu gösterilmiştir. Epidermiste ve fibroblastlarda östrojen reseptörlerinin varlığı klimekterik dönemde cilt dokusundaki bu değişikliklerin östrojen eksikliğine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bağ dokusundaki kaybın postmenopozal dönemde ortaya çıkan ağrılarda rol oynadığı düşünülmektedir (Atasü ve Şahmay 2001).

Yaşlanma ile deri kollejen içeriğinde, elastikiyetinde ve deri kalınlığında oluşan azalma büyük miktarda postmenopozal östrojen terapisi ile önlenbilir. Östrojen tedavisi kollojen yapım-yıkım hızını azaltır ve kollojen kalitesini iyileştirir. Amerika birinci ulusal sağlık ve beslenme incelmesi çalışması östrojen kullanımının daha düşük deri kırışıklığı ve kuru deri prevalansı ile bağlantılı bulmuştur (Spreroff & Fritz 2007). Ancak derinin restarasyonu için minimum 6 aylık bir HRT uygulamasını gerektirir (Turfanda ve Büyükören 1997).

4) Psikolojik Değişiklikler

Aksiyete ve klinik depresyon postmenopozal dönemde, premenopozal döneme oranla anlamlı olarak daha sık karşımıza çıkmaktadır(Atasü ve Şahmay 2006).

Postmenopozal östrojen replasmanı ile anksiyete ve depresyon bulgularının ortadan kaldırabilmesi psikolojik değişikliklerin temelinde östrojen eksikliğinin yattığını düşündürmektedir. Ancak östrojen eksikliğinin primer rol oynayıp oynamadığı henüz ortaya konamamıştır. Unutulmaması gereken nokta östrojen eksikliğine bağlı semptomların (ateş basması, terlemeler, uykusuzluk, disparoni) aynı zamanda psikolojik rahatsızlıkları zemin hazırlayabilmesidir. Bunun ötesinde kadınlarda klimakteriumda menstruasyon kanamalarının sona ermesi ve çocuk doğurabilme yetisinin kaybolmasında anksiyeteye yol açabilmektedir(Atasü ve Şahmay 2006).

Erken dönemde ruhsal dengesizlik, kaygı, endişe, çabuk kızıp öfkelenme, hafıza kaybı, konsantrasyon bozukluğu, güvensizlik, kararsızlık, yorgunluk gibi bulgular ortaya çıkmaktadır. Östrojenin beyin üzerine doğrudan etkisi olduğu, bu yolla etki ederek eksikliğinde önemli psişik bozukluklara neden olduğu gösterilmiştir. Beyin dokusundaki östrojen ve progesteron reseptörlerinin varlığı da direkt etkiyi kanıtlayan diğer bulgudur. Östrojenlerin bu reseptörler vasıtasıyla santral sinir sistemine genomik ve nongenomik etkiler yaptığı gösterilmiştir (Turfanda ve Büyükören 1997).

5) Algılama ve Alzheimer Hastalığı

Melbourne Kadın Orta Yaş Sağlık Projesinde menopozal geçiş sırasında kelime hafızası üzerinde bir etki rapor edilmemiştir. Chicago’da yapılan takipsel bir çalışmada çalışma hafızası ve algılama hızı göz önüne alındığında hafızada menopoz sırasında bir azalma gözlenmemiştir. Baltimore yaşlanmanın takipsel çalışmasında östrojen kullanmış kadınlar görsel öğrenme ve hafıza testlerinde daha iyi performans göstermişlerdir (Spreroff & Fritz 2007).

Kadınlar erkeklerden hemen hemen 3 kat daha fazla alzheimer hastalığına yakalanmaktadır. Östrojen santral sinir sistemini multiple mekanizmalar aracılığı ile koruma yeteneğine sahiptir(Spreroff & Fritz 2007).

Vaka kontrol ve kesitsel çalışma bulguları östrojen kullananlarda alzheimer hastalığı ve ilgili demansın daha az görüldüğünün (belki %60’dan az oranda) ortaya çıkarmaktadır(Spreroff & Fritz 2007).

Bu etki dozun yüksekliği ve kullanım süresi ile doğru orantılıdır. Baltimore Yaşlanmanın Takipsel Çalışmasında (prospektif kohort çalışması) alzheimer hastalık riski %54; Newyork City’de yapılan bir kohort’da risk % 60 ve İtalya Yaşlanmanın Takipsel Çalışmasında östrojen kullanıcılarında risk %72 oranında azalmıştır. Bu konudaki en aydınlatıcı çalışmalardan bir tanesi Utah Cache County’de yaşayan erkek ve kadınlar üzerinde yapılan bir prospektif kesitsel çalışmasıdır. Hormon terapisi herhangi bir şekilde kullanıldığında Alzheimer hastalığı gelişim riski %41 oranında ve 10 yıl veya daha uzun kullanım sonucunda ise %83 oranında düşürmüştür. Utah Çalışması güçlü bir şekilde eğer hormon terapisinin Alzheimer hastalığı riski üzerinde bir etkisi olacaksa postmenopozal dönemin erken evrelerinde uzun bir dönem boyunca kullanılması gerektiğini göstermektedir(Spreroff & Fritz 2007).

6) Kardiyovasküler Sistemdeki Değişiklikler

Menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda aynı yaş grubundaki erkeklere oranla 3 kat daha az görülen kardiyovasküler sistem hastalıkları, menopozla birlikte artış gösterir(Atasü ve Şahmay 2001).

70 yaş dolaylarında her iki cinsten eşit olur. Bu etkinin overlerin çıkartılmasıyla oluşan cerrahi menopoza girmiş kadınlarda daha erken dönemlerde ortaya çıktığı açıkça gösterilmiştir (Atasü ve Şahmay 2001).

Menopoz sonrasındaki kardiyovasküler hastalıklardaki bu artıştan östrojen eksikliği sorumlu tutulmaktadır. 35 yaş öncesinde overleri alınan bir kadında miyokard infarktüs riski, overleri mevcut kadınlardan 7 kat daha fazladır(Atasü ve Şahmay 2001).

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında, östrojen eksikliği dışındaki diğer risk faktörleri;

Östrojenin kardiyovasküler sistem üzerine etkisi aşağıda özetlenmektedir;

- 1.Östrojen lipid profiline etki eder. Östrojen eksikliğinde HDL düzeyleri düşerken, LDL düzeyleri artar.
- 2.Östrojenin arterler üzerine doğrudan ateroskleroza önleyici etkisi vardır.
- 3.Östrojen nitrik asid ve prostasiklin gibi vazodilatatör ve antiagregen faktörlerin etkisini azaltır.
- 4.Kalp üzerine doğrudan inotropik etkisi vardır.
- 5.İnsülin düzeylerini düşürerek kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olan bozulmuş glikoz toleransını düzeltici rol oynar.
- 6.Lipoprotein oksidasyonunu inhibe eder (Atasü ve Şahmay 2001).

7) Kemik Dokusu Değişiklikleri – Osteoporoz

Postmenopozal dönemdeki en önemli sağlık sorunudur. Osteoporoz çeşitli şekillerde tarif edilebilir. Kemiğin mikroskopik yapısının bozulması ve buna bağlı olarak kemiğin mineral yoğunluğunun azalması, frajilitesinin ve başka deyişle kırılma riskinin artmasıdır. “Consensus Development Conference Statement-1993” tarafından “Düşük kemik kitlesi ve kemik kırılabilirliğinin artmasına ve sonuç olarak kırık riskinin artmasına yol açan, kemik dokusunun mikro yapısının bozulması ile seyreden bir hastalıktır” olarak tanımlanmıştır. Osteoporoz kemik yapan etmenleri(Osteoblastlar) ile kemik yıkan etmenler(Osteoklastlar) arasındaki çoğalma ve farklılaşma dengesizliğinde ortaya çıkan en yaygın kemik hastalığıdır (Atasü ve Şahmay 2001, Spreroff ve Fritz 2007, Can 1997, Ertüngealp ve Seyisoğlu 2000).

İskelet sistemi 2 tip kemikten oluşur:

1-) Kortikal kemik (periferik iskelet kemiği) total kemiğin %80'nini oluşturur.

2-) Trabeküler kemik (aksiyel iskelet, omurilik pelvisve proksimal femur) içi kırmızı ilik ve yağ ile dolu olan bal peteğine benzer bir yapıdan oluşur ve böylece hacim başına daha fazla alan sağlar (Spreroff ve Fritz 2007).

Kadınlardaki ve erkeklerdeki kemik kütlesi farklıdır. Genel olarak kadının kemik kütlesi erkeğinden %40 azdır. Ayrıca kemik kütlesi endokrin faktörler ve genetik yapıya göre farklılık göstermektedir (peak bone mass). Bugünkü bilgilerimize göre “peak bone mass” (maksimum kemik kütlesi) edinmek için sadece çok dar bir fırsat aralığı olduğu kabul edilmektedir. Kalçada ve vertebralardaki kemik kitlesinin neredeyse tamamı genç kadınlarda geç adölesan (18 yaşlar) döneminde ve menarşi takip yıllarda(11-14) birikmektedir. Adölesans sonrası total iskelet kitlesindeki artış çok az miktarlarda devam etmektedir ve buda 30 yaş civarında durmaktadır ve birçok bireyde kalçada ve omurilikteki kemik kitlesinde azalma 18 yaşından sonra başlar. 30 yaşından sonra birçok insanda yılda yaklaşık %0,7 olmak üzere kemik kitle dansitesinde yavaş bir azalma görülür. Adölesans döneminde normal bir diyet ve normal hormonal çevrenin önemi küçümsenemez. Prepubertal ve pubertal kızlara kalsiyum desteği sağlamak kemik oluşumunu iyileştirmektedir ve uzun dönemli yararlı etkileri olabilir (Spreroff ve Fritz 2007, Judd1994)

Menopoza kadar erkeklerle kadınların kemik kaybı birbirine eşittir. Menopozdan sonra ilk 5 yıldan 10 yıla kadar, bu kayıp her yıl %2-3'tür. Menopozdan sonraki ilk 5 yılda en hızlıdır. Yaklaşık yılda % 5 oranındadır (Ertüngealp 2000).

Omurilikteki kemik kaybı 20'li yaşlarda başlar ama genel değişiklikler menopoza kadar azdır. Femurdaki kemik dansitesi geç 20'li yaşlarda tepe noktasına ulaşır ve 30 yaş civarında azalmaya başlar. Genel olarak trabeküler kemik reorpsiyonu ve formasyonu kortikal kemiğe göre 4 ila 8 kat daha hızlı olur. 30 yaşından sonra trabeküler rezorpsiyon formasyonu yıllık olarak %0,7 oranında görülür. Bu kötü ilişki menopoz sonrası hızlanır ve menopozdan sonra yıllık trabeküler kemiğin %5 ve total kemik kitlesinin %1-1,5 gibi yüksek oranları kaybedebilir. Bu hızlanmış kayıp yaklaşık 5 yıl sürer. 5 yıl sonunda kemik kaybı belirgin şekilde azalır ama yaşla bağlantılı kayıp devam eder. Adetin kesilmesinden 20 yıl sonra, postmenopozla bağlantılı kemik kaybı ile trabeküler kemiğin %50'si ve kortikal kemiğin %30'u kaybedilir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1997).

Osteoporoz Nedenleri

- Postmenopoz
- Yaş
- Hiperparatroidizm
- Ailevi-Genetik
- Hiperkortizolizm
- Hipertroidi
- Hipergonadizm
- Metastatik Korsinoma
- Konnektif Doku Hastalığı(Can1997)

BC Ringgs, iki tip osteoporoz olduğunu ortaya koymuştur. Yaşlanmaya bağlı kemik kaybını Tip II, menopoza bağlı kemik kaybını Tip I olarak adlandırmıştır.

	OP Tip I	OP Tip II
Yaş	50/65	75
Cinsiyet	6 kadın / 1 erkek	2 kadın / 1 erkek
Kemik Kaybının Tipi	Exoblarale Trabeküler	Trabeküler ve Kortikal
Kemik Kaybının Hızı	Hızlanmıştır	Hızlanmamıştır
Kırık Yeri (Fraktür Tipi)	Vertebral ezilme kırığı ve radius	Vertebra çok sayıda kona gibi kırık ve femur boynu
Paratiroid Fonksiyonu	Azalırlar	Artarlar
Kalsiyum Emilimi	Azalmış	Azalmış
Aktif Vit. D'ye dönüşüm	Sekonder Azalma	Primer Azalma
Neden (Etiyoloji)	Menopoz	Hiperparatroidizme bağlı kemik değişimi / Yaşlanma

Tablo 2. Osteoporozun iki tipi ve özellikleri (Can 1997)

Tip I osteoporoz, östrojen eksikliği ile oluşan postmenopozal osteoporoz olarak adlandırılan ve genellikle 50-65 yaştaki postmenopozal kadınlarda izlenir. Yeni araştırmalar, postmenopozal ERT ile trabeküler kemik kaybı ile karakterize Tip I osteoporozun (menopozal osteoporoz) tedavi edilebildiği ve sonuçta osteoporoz ve şekillerinin minimize edilebileceğini ortaya koymuştur. Literatürde, uygun hastalarda, uygun ERT'nin en az 5 yıl hasta tedavi edilebildiği sürece verilmesi artık kesin bir gerçektir. (Akhan ve Büyüören 1998, Can 1997)

Osteoblast ve osteoklastların çoğalma ve farklılaşmaları, karışık bir süreç olup sistem ve lokal büyüme etmenleri ile düzenlenmektedir. Kalsiyum düzenleyici hormonlar (paratroid hormon, kalsitonin, vitamin D) ve fiziksel stresler kemik hücre fonksiyonunun esas düzenleyicisidir. (Can 1997)

Kemik metabolizmasındaki diğer etmenler ise, östrojen, prostoglandin ve 16F-1 dir. Östrojen yetersizliği kemik hücrelerinde kollojen sentezini bozmakta ve buda kemik kaybına neden olmaktadır. (Can 1997)

Ailesel özellikler, osteoporoz için önemlidir. Örneğin; kısa boylu olmak ince yapılı olmak, Asyalı ya da Avrupalı olmak düşük kalsiyumlu yiyeceklerle beslenmek, fazla alkol, fazla kafein, aşırı sigara içimi, düşük yaşam standartları, az egzersiz, erken menopoz yada ooferektomi, nulliparite bazı ilaçlar (steroidler, levothyroxine; syntroid, dirüretikler, phonytoin; dilatin gibi)(Can 1997).

Elimizdeki bilgilere göre menopozda östrojen kullanmayan kadınların kemik kaybı %20-25, kullananlarda ise %8-10 arasındadır(Atasü veŞahmay2001).

Östrojen replasmanına bağlı kemik kaybının azalmasının mekanizması;

1. Kalsiyum emiliminin artması
2. Östrojenlerin osteoblast (osteoblastlar üzerine direk etkilidir, yeni kemik doku hücrelerini yapar) lar üzerine etkisi
3. Östrojenlerin osteoklastlara etkisi (osteoklastlar azalır ve kemik yıkımı azalır)
4. D vitamininin emiliminin artması
5. Kalsiyumun kemiğe oturmasının artması olarak özetlenebilir. (Atasü ve Şahmay 2001).

Genellikle kemik yoğunluğundaki azalma kırıkların ortaya çıktığı düzeye ulaşınca kadar osteoporoz klinik bulgu vermemektedir. Kifoz, peraspinal kaslarda hassasiyet kırıklara bağlı eklem ağrıları ve hareket kaybı osteoporozun klinik bulgularıdır. Minimal bir travmayla kırıkların oluşabilmesi osteoporozun kaçınılmaz sonucudur. Postmenopozal osteoporozda en sık rastlanan kırıklar, düşmelere bağlı distal radius ve ulna kırıkları ile vertebra ve femur boynu kırıklarıdır. 65 yaşın üzerindeki kadınların dörtte birinde görülen vertebra kırıkları genellikle akut semptom vermemekte uzun dönemde boy kısalması ve dorsal kifoz ile ortaya çıkmaktadır. Daha geç ve nadir görülmesine rağmen femur boyun kırıkları postmenopozal osteoporozun en çok korkulan komplikasyonu dur. Kifoz nedeniyle toraks boşluğunun küçülmesi sonucunda hastada solunum problemleri ortaya çıkar. Bilinmesi lazım gelen bir noktada osteoporoz olayının ağrılara neden olmadığıdır.

Postmenopozdaki vücut (bel, kasık vb.) ağrılarının nedeni östrojen eksikliğine bağlı bağ ve kas dokusu orijinli olmasıdır(Atasü ve Şahmay 2001).

Osteoporozun ana tedavisi, HRT'dir. Böylelikle tekrar osteoblastlar aktive olmakta ve kemik yapımı hızlanmaktadır. Osteoporoz toplumdaki maliyeti, kronik ağrı, bağımlılık ve yaşam kalitesinin bozulması nedeniyle ortaya çıkan sorunları da içermektedir. Bu nedenle osteoporozun tedavisi çok önem kazanmaktadır. Osteoporoz, uzun süre asemptomatik seyrederek. Klinik bulgu verdiğinde ise, hastalık çok ilerlemiştir. Tüm kemikleri ilgilendiren bir hastalık olduğu halde, vertebra, femur ve ön kola ilişkin belirtiler çok daha sık görülür (Can 1997).

Osteoporozun tedavisi amacıyla sıkça kullanılan kalsitonin, östrojenin kemik metabolizması üzerindeki etkisinde aracı rol oynamaktadır. Östrojenlerin verilmesi ile kan kalsitonin düzeylerinde belirgin bir artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca postmenopozal kadınlarda bazal kalsitonin düzeyi, premenopozal kadınlara göre daha düşük olarak bulunmuş ve postmenopozal osteoporozun patogeneğinde, kalsitonin önemli rol oynadığı ve bunun plazma estron düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Can 1997).

Kalsitonin kemik rezorpsiyonunun engellenmekte ve kalsitonin eksikliğinde kalsiyum kemikte tutulumu azalarak osteoporoz riski artmaktadır(Can 1997).

ERT'nin sadece kemik kaybını değil, aynı zamanda fraktür oranını da %65'e kadar düşürdüğü literatürde gösterilmektedir. 174 menopoz olgusunda yapılan bir çalışmada, kontrol grubu olarak izlenen 36 olguda osteoporozun giderek ilerlediği izlenirken, replasman tedavisi verilen 138 olguda BMD'nin arttığı ya da sabit kaldığı görülmüştür. Menopozu takip eden ilk beş yılda ERT yapılan olgularda, BMD'nin belirgin olarak arttığı saptanmıştır. Beş yıldan sonra ise belirgin artış olmayıp, BMD'nin sabit kaldığı görülmüştür. 0,625mg doz konjuge östrojen (ERT) ile bunun sağlanabileceği gösterilmiştir. (Can 1997)

Osteoporoz için tüm sunulan tedavilerin olayı geri döndüremediğini, ancak önlediğini unutmamak önemlidir. Tedavinin amacı 50-70 yaşları arasında oluşan osteoporozu önleyerek, kaybı fraktür eşiğinin üzerinde tutmaktadır(Can 1997).

ERT osteoporozdan korunmak için kullanılan en önemli ilaçtır. Sadece kalsiyum ve vitamin D ile tedavi yeterli değildir. Ama yinede Ca ve vitamin D'nin nütisyonel dozları ERT'ye eklenmektedir. ERT'nin üst sınır başlama yaşı yoktur. Hatta 70 yaşındaki kadınlar bile fayda görebilmektedir(Can 1997)

1.1.4 HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ (HRT)

HRT'nin Tarihçesi

Östrojen ilk defa 1920 yılında kimyasal olarak incelenmiş ve Mozel ve İsrail tarafından 1935 yılında vazomotor semptomların tedavisinde başarı ile kullanılmıştır(Can 1997).

Davie östrojenle atrofik vajinitin tedavisinin olduğu ve de Albright ve arkadaşları östrojenin osteoporoz üzerinde iyileştirici etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir. 1940 yılında, Emil Novak klimakterium semptomların tedavisinde östrojen kullanımından daha rasyonel tedavisi olan başka bir jinekolojik hastalık olmadığını öne sürmüşlerdi. 1966 yılında Robert Wilson menopozu tedavi edilebilir bir hastalık hali olarak tanımlamışlardır. Bu olaydan sonra östrojen satışları 1966-75 yılları arasında %400 artmıştır. Ancak 1975 yılında östrojen replasman tedavisinin endometrial kanser oluşumunu hızlandırdığı görüşünün yaygınlaşmasıyla östrojen kullanımı dramatik olarak düşmüştür (Grady 2003).

Yetmişli yılların sonlarında ve erken seksenli yıllarda yayınlanan makalelerde HRT'nin bilinçli kullanımı ve Progestin ilave edilmesiyle birlikte östrojen kullanımının bu kötü etkisinin önlenebileceği şeklinde yayınlar çıkmaya başlamış ve tekrar bu konuya ilgi çok artmıştır(Can 1997).

Menopoz döneminde ölüm nedenleri arasında birinci sırada olan koroner arter hastalığı üzerinde iyileştirici rolü olduğu ve osteoporoz ve osteoporoza bağlı fraktürler, önemli ölçüde azalttığıının net olarak bilinmesinden sonra konuya ilgi çok daha artmıştır. Tabii ki bunun yanında vazomotor semptomları iyileştirmesindeki etkinliği bilinen bir gerçektir. Ancak tartışmalı olan bir diğer konuda meme kanseri oluşumu üzerindeki etkisidir. Bu konudaki yayınlar lehte ve aleyhte olmak üzere tartışmalıdır (Can 1997,Tüfekçi ve Çolak 1992, Yeşilmurat 2001).

HRT'nin amacı, gelişecek endometriyal kanserden, kardiovasküler hastalıktan, osteoporozdan korumak, östrojen ve progesteronun yan etkilerini önlemek, menopozal semptomlardan kurtulmak için östrojen ve progesteronun etkili en düşük dozunu hastaya sunmaktır. A.B.D.'de en yaygın olanı, oral ve transdermal formlarıdır. Diğerleri perkütan yol, supkütan implant, perenteral injeksiyonlar ve vajinal

kremlerdir. 0,625mg doz osteoporoz ve kardiovasküler hastalıkları önlemede yeterlidir. (Can 1997)

Başlıca ideal hormon replasman tedavi kriterleri şu temel şartları içermektedir.

- Serum östrodiol / östron oranı 1'den büyük olmalıdır.
- Serum östrodiol erken foliküler faza uygun düzeylerde olmalıdır.
- Günlük yaşam stabil olmalı, serum hormon değerlerinde belirgin oynamalar yaratmamalıdır.
- Kullanımı kolay ve hasta uyumunu en iyi sağlayabilecek protokollere uygun şekillerde verilmelidir.
- Doğal form ya da doğal forma çok yakın drogler olmalıdır.
- Endometriumda hiperplazi riski en az olmalıdır.
- Karaciğerde önemli metabolik değişimlere yol açmamalıdır.
- Hormon replasman tedavi amaçlarına yönelik etkileri yüksek olmalıdır (özellikle kardiovasküler sistem ve kemik metabolizması).
- Olası yan etkileri hasta uyumunu bozmayacak nitelikte olmalıdır.
- Maliyeti düşük olmalıdır. (Gezer ve Ark. 2006, Can 1997)

HRT kullanmak kararını, kadın kendi vermek zorundadır. HRT kullanmak için artmış desteklere rağmen, menopozda ancak kadınların %70'i kullanmakta, %20-30 hormon tariflerine uymayı başaramamakta, %10'u diğer ilaçları almaktadırlar. Kadınların yarısından çoğu kanserden korkmakta, kilo almak onları etkilemekte, irregüler kanamalar, göğüs duyarsızlığı, kusma, ödem, sıvı retansiyonu, baş ağrısı gibi yan etkiler onları ilaç almaktan alıkoymaktadır. HRT her hastanın ihtiyaçlarına, sıkıntılarına, semptomlarına ve risk profillerine göre planlanmalıdır. Kardiovasküler hastalık, osteoporoz, endometriyal kanser ve göğüs kanseri için her kadın için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Her kadın için risk faktörleri belirlenmeli ve tedaviden en az iki hafta sonra kan seyrine bakılmalı, üç ve altı ay sonrada tekrar kontrole gelmelidir. Doz formları ve kişisel farklılıklar ile farklı sonuçlar ortaya çıkabilir(Can 1997).

Hastalara doz düzenlemesi yapılırken, kendileri de katılmalıdırlar. Menopozda kadınlar; sıvı retansiyonu, mood değişimleri, baş ağrıları, kusma, gis hastalıkları gibi sıkıntıları tarif etmişlerdir. Küçük doz HRT bile, sıcak basması ve psikolojik

değişimleri gidere bilmektedir. Günde 1500 mg kalsiyum, düşük kalori yiyecekler, düşük kilo, aylık göğüs muayeneleri ve pap smear testide önemlidir(Can 1997).

Hastalarla kanser korkusu ve yan etkileri tartışılmalı, ayrıca onlara HRT hakkında kitaplar, el kitapçıkları da verilmelidir(Can 1997).

Göğüs duyarlılığı, kusma bulantı, baş ağrıları, bacak krampları, kilo artışı, gibi yan etkilerin altı ile sekiz hafta kadar devam edeceği ve sonra azalacağı söylenmelidir (New Focus 92).

HRT şu durumlarda verilmelidir:

- Hipgonadizm
- Prematür menopoz
- Klimakterik şikâyetlerde
- Osteoporoz
- Kardiovasküler hastalık
- Östrojen yetersizliğine bağlı hastalıklarda
- Amenorelerde (Can 1997)

Ne zaman, ne kadar, ne vereceğiz

Hastaya HRT başlamadan önce şu sorulara cevap aranmalıdır;

1. Sağlık Durumu

- Ailede kanser öyküsü
- Kalp hastalığı
- Atipik kan pıhtılaşma durumu
- Açıklanmayan kemik kaybı
- Son birkaç yıldır vücutta meydana gelen değişimler (ağırlık, seksüel fonksiyon, mensturasyon)
- Yaşla birlikte vücut ağırlığında meydana gelen azalma
- Sigara içme durumu

2. Menstrasyon Durumu

- Menarş tarihi
- Menstrasyon düzeni
- Menstrual akıntıda değişimler

3. Üreme Öyküsü

- Hamilelik zamanı
- Hamilelik yaşı
- Canlı doğum sayısı, düşük sayısı

4. Perimenopoz Öyküsü

-Menopozal semptomların zamanı

-Geçirilen menopozal semptomlar

-Semptomları tolere edebilme düzeyi

Diğer yaşanan sıkıntılar

Ayrıca östrojenin dozu, tipi, progesteronun dozu, tipi, süresi hastaların soracakları sorular arasındadır. Hastanın tüm sağlık durumu kontrol edildikten sonra uygun olan tedavi yöntemine hasta ile birlikte karar verilmelidir (Can 1997).

1)-Östrojenler

Doğal ve doğala yakın östrojenler

- 17 beta östradiol
- Mikronize östradiol
- Östradiol valerat
- Östriol
- Konjuge östrojenler
- Konjuge equine östrojenler

Sentetik östrojenler

- Etinil östradiol

Östrojenler etki ve metabolizma farklılıkları olduğundan, veriliş yollarına göre sınıflandırılırlar:

1.Oral östrojenler

2.Parenteral östrojenler: transdermal östrojenler, perkütenöz östrojenler, vajinal östrojenler, implantlar, injektabl östrojenler, intranazal spreyle ve dilaltı östrojenler(Gezer ve Ark. 2006).

Östrojenlerin Oral Yol ile Kullanımı

Östrojenlerin çoğu HRT’de geleneksel olarak oral olarak kullanılmaktadır. Sentetik ve doğal östrojenler arasındaki farkın bilinmesinde fayda vardır. Sentetik östrojenler, yapısal olarak değişimlerinden dolayı doğal östrojenlerden 100-10000 kat arasında metabolik olarak daha potenttir (Can1997).

Östrojenler oral olarak alındıktan sonra bağırsaklardan östron ve östradiolglukuronide çevrilerek absorbe edilir. Östrojen daha sonra portal dolaşıma geçer ve karaciğerde yüksek konsantrasyonlara ulaşırlar. Bu konsantrasyon, periferik dolaşımda bulunan miktarın yaklaşık 5 katı daha fazladır. Oysa doğal üretimde, karaciğere ulaşmadan evvel hedef dokulara ulaştığı için benzer konsantrasyon farklılıkları görülmez. Bu duruma “ilk geçiş etkisi” – first pass effect – olarak adlandırılır ve karaciğerdeki protein sentezi üzerine etki çok yüksek düzeylerde gerçekleşir (Gezer ve Ark. 2006).

Oral replasman tedavilerindeki serum östron düzeyleri diğer yollara göre daha yüksek seviyelerde de olup östron / östrodiol oranı hemen hemen daima 1/1 ‘in üzerinde bulunur (Gezer ve Ark. 2006).

Oral Yolun Avantajları:

- Kullanım kolaylığı
- Ucuz olması
- Geniş seçeneğe sahip olması
- HDL ve HDL2 kolesterol düzeylerini artırması(Gezer ve Ark. 2006)

Oral Yolun Dezavantajları:

- Her gün ilaç kullanımı
- Yüksek dozlara gereksinim olması
- Absorbsiyon farklılıklarının bulunması
- Cerahi sonrası ve gastrointestinal disfonksiyonlarda emilimin azalması
- Karaciğer protein sentezini değiştirmesi
- Trigliserid düzeylerini arttırması
- Renin substrat düzeylerini arttırması
- Faktör VII düzeyleri arttırması

- Tabletlerin laktoz içermesi
- Safra kolesterol saturasyon indeksini etkileyerek safra taşı oluşumunda artışa neden olması(Gezer v Ark. 2006)

Oral Form Çeşitleri

- 1.Conjugate östrojen, 0,625 mgr, Pramerin, Wyeth Ayerst, Philadelphia, PA.
- 2.Estradiol, 1,0 mgr, Estrace, Bristol Myers Squibb, Princeton, NJ.
- 3.Estropiate, 0,625 mgr, Ogen, Upjohn, Kalamazoo, MI, Ortho-Est, Ortho, Rariten, NNJ.
- 4.Estrified estrojens, 0,625 mgr, Estratab, Solvay, Marretta, 6A, Menest, Smith, Kline, Beecham, Pittsburg, PA.

Östrojenlerin Parenteral Yol ile Kullanımı

Parantral östrojen tedavisinde intramüsküler olarak enjekte edilen östradiol estrleri kullanılmaktadır. Bu preparatlarla sabit kan düzeyi elde edilememektedir ve gerekli dozla iki enjeksiyon arasında geçmesi gereken süre kişiden kişiye önemli değişiklikler göstermektedir. Ayrıca oral östrjenler gibi karaciğerde ilk geçiş etkisine sahip olmadıklarından lipid profili üzerindeki olumlu etkileride daha az omaktadır(Atasü ve Şahmay 2001).

Perkütanöz Jeller

Perkütanöz, alkol bazlı steroid salon sistemlerdir. Genellikle alt karın bölgesi, kol iç yüzü ya da omuzlara sürülen ve 100 gramında 60 mgr östradiol içeren preparatlar şeklinde bulunurlar. Günlük ortalama dozları 1,5-3,0 mgr östradiol içeren 2,5-5,0 gr jelle eşdeğerdir. Bu dozlarla ortalama serum östradiol seviyesi 70-110pg/ml 'ye ulaştırılabilir. Ancak emilimi sürülme yüzeyi ile ilgili olduğundan serum değerlerinde kişilere göre farklılıklar sık görülür. Ayrıca her ne kadar süratli emilimi olsa da (2-5 dak.) kısmen giyilen elbiseler tarafından miktar azaltılabilir. Önemli dezavantajları arasında günlük kullanımı gelmektedir ve her gün jel sürmek zorunda bulunan kadınlar, bir müddet sonra uyumlarını kaybetmektedirler. Avrupa'da Oestrodiole adında satılmaktadır (Gezer ve Ark. 2001)

Perkütenez Jellerin Avantajları:

- Düşük doz doğal östrojen içerir.
- Bağırsak ve karaciğer metabolizmasına gereksinim yoktur.
- Fizyolojik östradiol / östron oranına sahiptir.
- Trigliserid düzeylerini etkilemez ve/veya azaltır.
- Deri reaksiyonları çok azdır.
- Doz ayarlaması yapılabilir.

Perkütenez Jellerin Dezavantajları:

- Günlük doz uygulanma zorunluluğu vardır.
- Oral preparatlara göre daha pahalıdır.
- Derinin özelliğine göre emilim farklılıkları olabilir.
- Progesteron kombine edilmediği için, bu steroid'in ayrı bir preparat şeklinde ilave edilmesi gerekir.
- HDL ve HDL2 kolesterol düzeylerine oral yol kadar etkili değildir.

Transdermal Deri Patchleri:

Günümüzde başlıca 2 şekli kullanılmaktadır.

- Rezervuar Sistemler
- Matriks Sistemler

Transdermal therapeutic system (TTS) 1980'lerde geliştirilmiştir. Rezervuar ve matriks sistemlerde maksimum serum östradiol konsantrasyonu genellikle uygulamadan sonraki 6 saat ile 12 saat içinde oluşur. Serum östradiol düzeyleri peak yaptıktan kısa bir süre sonra düşmeye başlar. Fakat düşme olsa da tedavi edici serum östradiol düzeyleri, uygulanan yöntemin tipine göre 3-4 gün ile 7 gün süre ile sabit kalır. Serum değerlerinin düşmesinde rol oynayan en önemli faktörler, ilacın konsantrasyonu ve formül yapısıdır. Genelde rezervuar sistemler, tedavi dozunun korunabilmesi için 3-4 gün ara ile değiştirilme gereği gösterirler. Ancak yeni matriks sistemlerde bu süreç 7 güne kadar uzamaktadır (Gezer ve Ark. 2006).

Matriks deri patchlerinin progesteron içerikli ardışık preparatları da bulunmaktadır. Ancak bu sistemde tek östrojen preparatlarına göre doz ve değişim aralıkları da farklıdır. Patch değişim aralıkları matriks sistem olmalarına rağmen 3 gündür (Gezer ve Ark. 2006).

Serum östron/östradiol oranları istenen özelliklere sahiptir. Oysa bu oran oral kullanımlarda 5/1'lere kadar yükselebilir. Oral kullanıma oranla daha stabil günlük hormon seviyeleri elde edilir. Oysa oral kullanımlarda gün içinde büyük fluktuasyonlar olabilmektedir. Uygulanan steroidin gastrointestinal metabolizması söz konusu değildir. Bu nedenle yüksek serum östradiol düzey sağlamak için çok yüksek dozlara çıkılmak zorunluluğu yoktur. Trigliserid düzeylerinde yükselme yapmazlar, hatta belirli oranlarda azalma gerçekleştirirler (Gezer ve Ark. 2006).

İnsülin direncini azalttığı için karbonhidrat metabolizmasında olumlu etki gösterir ve bu nedenle diabetik hastalarda, oral kullanım yoluna göre(özellikle konjuge östrojenler için) tercih edilme sebebidir (Gezer ve Ark. 2006).

Bazı yazarlar, transdermal östrojen kullanımının diabetli, hipertansiyonlu, tromboemboli hastalık riski olanlarda ve triglisemisi yüksek kadınlarda daha uygun olacağını savunurlar. Nedeni direkt kana östrojen salgıladıklarından dolayıdır. Ayrıca bu yazarlar transdermal östrojenin baş ağrısı, bulantı gibi yan etkileri olmadığını savunurlar (Atasü ve Şahmay 2001).

Transdermal sistemin avantajları;

- 1.Düşük doz doğal östradiol içerirler.
- 2.Devamlı ilaç alımı olmadığı için hasta uyumu daha güçlüdür.

Transdermal sistemin dezavantajları;

- 1.Oral preparatlara oranla daha pahalıdır.
- 2.Kişinin deri yapısına göre emilim farklılıkları olabilir.
- 3.Deri reaksiyonları nedeni ile sıcak iklimlerde hasta uyumu güç olabilir.
- 4.HDL ve HDL2 kolesterol üzerine oral kullanım kadar etkili değildir.
- 5.Serum östradiol düzeyleri patch uygulama zamanının sonuna doğru azalma gösterir.

Son yıllarda oral ve transdermal yolla düşük doz östrojen kullanımı üzerinde durulmaktadır. Amaçlanan olası en düşük tedavi dozunda östrojen replasmanı yapılarak olası yan etkilerin en aza indirilmesidir. Günlük ortalama replasman dozu oral preparatlarda konjuge östrojenler için 0,625 mg' dan 0,3mg'a, 17 beta östradiol için 2mg'dan 1mg'a ve transdermal preparatlarda 25µg güne indirilmiş olup bu dozların vazomotor belirtileri gerilemekte etkin olduğu ve osteoporozu önleyebildiği gösterilmiştir. Endometriyal hiperplazi riski düşmekte, lipid profilin de olumlu

değişiklikler elde edilmekte ve memelerdeki duyarlılık azalmaktadır (Gezer ve Ark. 2006).

Östrojenlerin Vajinal Yol İle Kullanımı

Bazı hastalar östrojenin oral veya transdermal uygulaması ile vajinal atrofi semptomlarından kurtulamaz. Vajinal tedavisi özellikle hızlı cevap istenen olgularda yararlıdır. Vajinal epitel, östrojen ve progesteronların hem rezarvarı ve hem de hız sınırlayıcı membranı gibi rol oynar. Karaciğerden ilk geçiş etkileri olmaz. Özellikle ürogenital atrofilerde vajinal yol kullanılarak süratli etki elde edilir. Östrojenler atrofik vajina mukozasından süratle emilirler ve hatta çok düşük doz hormon içerikli preparatlar bile vajina mukozasında süratli proliferasyona neden olurlar. Fakat yaklaşık 15 gün içinde epitelde kornifikasyon oluşunca emilim azalır. Bu nedenle vajinal yol, sistemik etki amacı taşımaz, sistemik tedaviyi istemeyen kadınlarda uygundur. Vajinal kremler arasında 0,625mg/gr konjuge östrojen ya da 0,1mg/gr 17 beta östradiol içeren preparatlar bulunmaktadır ve bu dozlar ile yaklaşık 40-50qg/g kadar serum östradiol seviyeleri elde edilir. Sadece vajinal atrofiyi düzeltmek amaçlanıyorsa, 3-4 hafta süre ile günde ortalama 0,5gr krem uygulaması yeterli olacaktır (Gezer ve Ark. 2006).

Kullanım formları Estring 55 mm çaplı silikon bir halkadır.2mg östradiol içerir günde 7,5µg salınım yapar. Avrupa çalışmaları bu halka ile vajinal maturasyonun sağlanabildiğini 3 ay boyunca yerinde kalabildiğini ve düşük dozda sistemik emilimi olduğunu göstermiştir. Vajinal atrofi semptomları hızlı bir şekilde düzelmiştir. 1 yıllık tedaviden sonra endometrial kalınlıkta değişiklik olmamıştır(Yeşilmurat 2001).

Vagifem 25µg östradiol içeren bir tablettir, günde bir tablet kullanımı 2 hafta içinde atrofik semptomları rahatlatır. İlk 2 haftadan sonra idame dozu haftada 2 kezdir, endometrial kalınlık değişmemiştir (Yeşilmurat 2001).

Subdermal İmplantlar-Östradiol İmplantlar

Postmenopozal dönemde kullanılan yöntemlerden biridir.17 β östradiol içeren kristalin implant adı verilen küçük ve biyolojik olarak yıkılabilen materyallerdir. Genellikle karın ya da bacak cildine yerleştirilirler. En önemli avantajları, hasta

uyumunun yüksek olması ve uzun süre sabit serum hormon düzeylerinin elde edilebilmesidir. Bu nedenle özellikle cerrahi menopoz olgularında ideal replasman yöntemleri arasında kabul etmektedir. Dezavantajları ise, uygulanımı esnasında cerrahi işlem gerektirmesi ve supra fizyolojik serum östradiol seviyelerinin ortaya çıkabilmesidir (Gezer ve Ark. 2006).

İmplantlar 25-50 ya da 100 mg östradiol içeren preparatlar şeklinde bulunurlar ve günlük salınım miktarları ile bağlantılı olarak 40-120pg/ml serum östradiol seviyeleri sağlarlar. Östrojen seviyeleri 1-2 ay içerisinde maksimum düzeylerine ulaşır ve daha sonra 6 aya doğru azalır. 6.ayda yeni implantın yerleştirilmesi gerekir (Gezer ve Ark. 2006).

Vazomotor semptomlar üzerine etkin olmasına karşın bazı durumlarda implantın süresi dolmadan semptomlar geri gelebilir. Bu durumda normal süreyi beklemeden yeni bir implant takılabilir. Ancak suprafizyolojik dozların bu tip erken uygulamalarda ortaya çıktığı unutulmamalıdır(Gezer ve Ark.2006).

Subdermal implant preparatlarına testesteron ilaveside yapılabilmektedir. Özellikle cerrahi menopoz olgularında önerilen bu tedavi yönteminin, oral perkütanöz ve transdermal sistemler ile yapılan karşılaştırılmalı çalışmalarda plasebo grubuna oranla kemik yoğunluğunu anlamlı şekilde arttırdığı rapor edilmiştir (Gezer ve Ark. 2006, Atasü ve Şahmay 2001, Yeşilmurat 2001).

Subdermal implantların avantajları:

- Düşük doz doğal östradiol içerirler.
- Uygulama aralıkları uzundur (6ay)
- Yüksek serum östradiol seviyeleri elde edilebilir.
- Bağırsak ve karaciğer metabolizmaları yoktur.
- Fizyolojik serum östradiol /östron oranı gerçekleştirirler.
- Aynı implant üzerinde testesteron da ilave edilebilir. Böylece cerrahi menopozlarda ideal tedavi protokolüne yaklaşılmış olur.
- Hasta uyumu garantidir.

- Kemik kütlesi üzerine etkileri, diğer sistemlerden daha yüksektir(Gezer ve Ark. 2006).

Subdermal implantlarının dezavantajları:

- Uygulanma esnasında cerrahi işlem gerektirir.
- Absorpsiyonun kontrolü mümkün değildir.
- Suprafizyolojik serum östradiol seviyelerine çıkılma tehlikesi vardır.
- Emilimi olmayan materyaller kullanıldığında çıkarılması güçtür.
- Uygulanan kadınların bazılarında, beklenenden çok daha uzun süre hormon salgılamaya devam edebilir ve bu nedenle ikinci implant uygulandığında suprafizyolojik düzeylere ulaşılır(Gezer ve Ark.2006).

İntra Nazal Östrojen Uygulaması

Aerediol östradiolun sulu bir formulasyonudur ve nazal uygulandığında dolaşımdaki östradiol düzeyleri hızla yükselir, 2 saat sonra pik değerinin %10'na düşer, 12 saat içinde bazal değerlere düşer. Bu uygulama yöntemi “ puls östrojen tedavisi” olarak bilinir. Günde 300µg aerediol her bir burun deliğine bir sprey uygulayarak verilir, günlük 2 mg oral östradiole eşdeğerdir(Yeşilmurat 2001).

Oral östradiolle karşılaştırıldığında aerediolde kan östradiol düzeyleri çok daha az değişkendir ve kan östradiol düzeyleri ölçülerek bireysel doz saptanabilir. Hastaların küçük bir kısmında kaşıntı, aksırma ve burun akıntısı gibi nazal semptomlar olabilir. Çok kısa sürmesine rağmen 1000pg/ml'lik çok yüksek kan düzeylerine ulaşılabilir, ancak benzer düzeyleri 2mg oral östradiol ile de bildirilmiştir (Yeşilmurat 2001).

2-) Progesteron ve Progestagenler

Progesteronlar postmenopozal dönemde genellikle tek başlarına kullanılmaktadır. Progesteron preparatlarının kullanımının temel nedeni progesteronla karşılanmamış östrojen tedavisinin endometrium hiperplazilerine ve kanserine yol açmasıdır. Bu nedenle histerektomi yapılmış hastalar dışındaki bütün östrojen replasmanı yapılan hastalar da tedaviye progesteronlar eklenmektedir. Progesteronlar postmenopozal hormon replasman tedavisinde genellikle oral olarak kullanılmaktadır (Atasü ve Şahmay 2001).

Postmenopozal hormon tedavisinde progesteron;

- Östrojenin neden olacağı endometrium hiperplazisini engellemek amacı ile
- Trigliserid düzeylerini düşürmek amacı ile
- Histerektomi geçirmiş ancak overlerde endometrioid kistlerin tespit edildiği kadınlarda
- Endometrium kanseri sonrası replasman uygulanması halinde, kullanılır (Gezer ve Ark. 2006).

Progesteronun 2 değişik şekilde kullanımı mevcuttur:

- Siklik tedavi
- Kontinü tedavidir.

Siklik kullanımda normal menstrüel siklustaki gibi siklusun 2.fazına uyan zamanda östrojen tedavisine progesteron eklenmektedir. Yapılmış çalışmalarda kullanılan dozundan çok, kullanım süresinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. 10 günlük tedavinin endometriumu hiperplaziden korumak için yeterli olduğu 14 günlük tedavi ile ise en iyi sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir. Bu tedavi protokolüne siklusun 15-25. günleri arasında 5mg medroksiprogesteron asetat kullanılması örnek verilebilir (Atasü ve Şahmay 2001, Bükülmez ve Yücel 1998).

Kontinü kullanımda, kontrollü olarak östrojen ve progesteron beraber kullanılır. Bu tedavi ile amaç endometriumu kontinü tedaviyle atrofiye uğratmaktır. Kullanım kolaylığı ve progesterona bağlı sıvı retansiyonu göğüste gerginlik gibi semptomların daha az görülmesi kontinü tedavinin avantajıdır. Ancak kullanım sırasında görülebilecek ara kanamalar bu tedavinin bazı hastalar tarafından tercih edilmemesine yol açmaktadır. Kontinü progesteron tedavisine 2,5 mg medroksiprogesteron asetat eklenmesi örnek verilebilir (Atasü ve Şahmay 2001, Bükülmez ve Yücel 1998).

Hormon replasman tedavisi sırasında yan etki olarak (özellikle göğüslerde gerginlik, ağrı, şişme) açığa çıkan semptomlar kadın için bezdirici olduğundan östrojen ve progesteron dozlarında hastanın şikâyetlerini ortadan kaldırmayı göz önünde bulundurarak değişiklikler yapılır (Atasü ve Şahmay 2001).

İngiltere'deki prospektif çalışmalar, sadece östrojen alan kadınlarda, üçte biri, şiddetli formda korpus kanseri öncüsü olarak bilinen atipik patern olmak üzere, %15-30 oranında hiperplazi insidansı göstermiştir. Bunlar ve diğer çalışmalar, progestin de

verildiği zaman hiperplazi ve karsinoma insidansının azaldığını göstermişlerdir; karsinoma insidansı hormonal tedavi almayanlardan daha düşük bile olabilir. Progestin tedavisinin süresi önemli gözükmektedir. Progestin bir ayda 7 gün boyunca verildiğinde hiperplazi insidansı %3-4'tür ancak ayda 13 günlük tedavi ile insidans sıfıra düşer. (Judd 1994).

Son yıllarda uzmanlar östrojen kullanılmayan kadınlarda yalnız başına kullanılan progestogenlerin hem vazomotor belirtileri kaldırdığını hem de kemiklerde mineral kaybını önlediğini ileri sürmektedirler (20 mg medroksiprogesteron 200 mg mikronize progesteron günlük) (Atasü ve Şahmay 2001).

Raloksifen (Raloksifene) = Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri (SERM)

Menopozda ideal tedavi ajanının, kadını kardiovasküler hastalık ve osteoporoz gibi komplikasyonlara karşı korurken, tartışmalı olan meme ve endometrium kanseri riskini arttırmaması gerekmektedir. ABD'de FDA tarafından onaylayarak kullanıma giren raloksifen(raloksifene) (Evista, Eli, Lilly, Indianapolis, IN) bir selektif östrojen reseptör modülatörüdür (SERM)(Atasü ve Şahmay 2001).

Bir SERM olan tamoksifen, kemik, karaciğer ve endometriumda östrojen agonisti, meme dokusunda ise antagonisti gibi etki göstermekte ve bu nedenle meme kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak bu sırada endometrium üzerine olan östrojen agonisti etkisiyle uzun dönemde endometrium kanserine yol açabilmektedir. Raloksifen ise meme ve endometrium dokusunda östrojen antogonisti, kemik dokusunda ise agonisti gibi etki göstermektedir. Bu nedenle de menopozda kullanılması avantajlı olarak kabul edilmektedir(Atasü ve Şahmay2001).

Raloksifen, tamoksifenin aksine endometrium dokusu üzerine östrojen antogonisti etkisi göstererek 24 ayın sonunda endometriumu tamamen atrofiye sokmaktadır. Raloksifenin kemik mineral yoğunluğunu koruyucu etkisi 30-60 ve 150mg/gün dozlarında doza bağımlı olarak artmaktadır. Raloksifen, HDL kolesterol ve trigliserid üzerine etkisiz olup karaciğerdeki reseptörler yoluyla yalnızca LDL kolesterolü azaltmaktadır (Atasü ve Şahmay 2001).

Başlıca yan etkileri venöz tromboemboli, sıcak basmaları, göğüslerde gerginlik ve vajinal kanamadır. Raloksifen postmenopozal dönemde görülen sıcak basmalarına

karşın kesinlikle etkisizdir. Raloksifen postmenopozal dönemdeki uygulanan HRT'nin yerini tam anlamıyla tutamamaktadır. Ancak ailesinde meme veya endometrium kanseri bulunan ve bu açıdan risk taşıyan kadınlarda çok iyi ve gelecek vadeden bir alternatif olarak savunulmaktadır (Gezer ve Ark. 2006, Atasü ve Şahmay 2001).

Tibilon

Günlük doz 2,5 mg'dır ve oral yol ile kullanılır. Endometrium üzerine %90 – 96 oranında atrofik etki sağlar. Kemik dokuda steroidlerin antirezorptif ve formasyonu hızlandırıcı özelliklerini birlikte gösterir. Vazodilatasyon yapıcı ve aynı zamanda fibrinolitik aktiviteyi artırıcı özelliği pıhtılaşmayı önlerken, trigliserid düzeylerinde sağladığı anlamlı azalma, lipid metabolizması üzerindeki önemli etkilerden biri olarak kabul edilir. Buna karşın androjenik etkisi nedeni ile HDL düzeylerinde belirli bir süre geçiş azalması oluşturur. Bunların yanı sıra total kolesterol ve LDL düzeylerinde belirgin bir değişim yapmazken, lipoprotein (a) düzeylerini azaltır (Çay G. 1998, Gezer ve Ark. 2006).

Meme dokusu ve meme kanseri açısından anlamlı bir etkisi bulunmayan tibolonun in vitro hücre kültürü çalışmalarında tümör dokusu üzerine gelişimi inhibe edici etkisi ileri sürülmüştür. Bu konudaki mamografik çalışmalarda da meme parankim yoğunluğunda olumlu bulgular gözlenmiştir. Tibolon, günümüz pratiğinde östrojenin uygulanamadığı olgularda alternatif yöntem olarak kullanılmaktadır. Özellikle ileri yaş ve meme problemi bulunan kadınlarda tercih edilmektedir. Çünkü erken dönemlerde vazomotor semptomlar üzerindeki etkileri zayıftır (Gezer ve Ark. 2006)

Androjenler

Postmenopozal dönemde androjen ilavesinin faydalarının başında psikolojik, iyilik hali ve seksüel aktivasyonda artışın sağlanmasıdır. Bu etkiler genellikle yüksek dozlarda görülmesine karşılık postmenopozal dönemde 5 mg/gün gibi doz metil testosteron ile de istenen olumlu etkiler sağlanabilmektedir. Ayrıca kardiovasküler sistem üzerinde, lipidlerdeki olumsuzluklarının yanı sıra damar duvarındaki direkt olumlu etkileri son yıllarda gündeme gelmiş ve postmenopozal kullanım endikasyonları arasına girmiştir. Fakat henüz bu konudaki tartışmalar sürmektedir (Gezer ve Ark. 2006).

Postmenopozal androjen endikasyonlarının başında psikoseksüel etkileri gelmektedir. Bazı otörlere göre, bu etki sağlandıktan sonra androjenlerin kullanımına ara verilmesi tavsiye edilmektedir. Klinik pratikte özellikle cerrahi menopozdan hemen sonra tek östrojen başlanacak olgularda androjen ilavesi optimal replasman olarak düşünülmektedir. Çünkü bilindiği üzere cerrahi menopoz da androjenin olumlu etkileri süratle kaybolur. Bunların yanı sıra testosteron östrojenin endometriumdaki etkisini karşılamaz ve aynı zamanda devamlı rejimlerde görülen kanamaları önleyemez. Bu nedenle endometriumu olan kadınlarda bu kombinasyona mutlaka progesteron eklemek gereklidir. Ayrıca yüksek doz kullanılan androjenler lipid metabolizmasını olumsuz yönde etkilediği gibi postmenopozal kadınlarda kılınma şikâyetlerine neden olduğu bir gerçektir (Gezer ve Ark. 2006).

Vazomotor semptomların tedavisinde kullanılabilecek östrojen dışında bazı otörler tarafından önerilen çeşitli tedavi seçenekleri;

*Steroid ve türevleri: Progestinler,
Andojenler,
OR 6, OD 14 (livial tablet).*

*Doğal Ajanlar: Ginseng çayı, B
Kompleks, C-E Vitamini, Çinko,
Arı Poleni, Kontaron.*

*Non Steroid: Klonidin, Metildopa,
Bellergal(Gezer ve Ark. 2006)*

Fitoöströjenler

Fitoöstrojenler bitkisel kaynaklı östrojenlerdir. Menopozal semptomların kontrolüyle ilgili bugüne kadar elde edilen veriler, fitoöstrojenlerin menopozal ateş basmalarını önleyici etkileri olduğunu ancak ürogenital atrofiyi engellemede etkilerinin düşük olduğu şeklindedir. Kardiovasküler etkilerle, ilgili maymunlarda yapılan bir çalışma ateroskleroz oluşma sürecinin bu tip soyadan zengin diyetlerde daha az olduğunu düşündürmektedir. Fitoöstrojenlerin bir özelliği var olan östradiol düzeyi ve başka bazı faktörlere bağlı olarak östrojenik veya antiöstrojenik etki gösterebilmektedir. Kardiovasküler sistem, kemik ve vazomotor şikâyetlerle ilgili östrojenik etki

gösterirken uterus ve meme üzerinde antiöstrojenik etkileri mevcuttur. Aynı zamanda antioksidan etkileri mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalar özellikle isoflavonlar ve lignanların karsinogenezi engellediğini göstermektedir (Başaran 2008).

Fitoöstrojenler:

1.İsoflavonlar: özellikle soya ve soya ürünlerinde

2.Lignanlar: soya ürünleri ve tahıllar

3.Flavonoidler (Başaran 2008)

HRT Kullanan Olguların Takibi

Kesintili kombine HRT preparatı kullanan hastaların progesteron fazının bitiminde veya sonlarına doğru siklik kanaması olması beklenir. Düzenli siklik, normal miktarda kanaması olan hastalara ultrasonografi takipleri bir yıl sonrasında önerilmektedir. Ancak hastanın progesteron döneminin 11.gününden önce veya siklik kanama dışında ilacı kullanırken ara kanaması olması durumunda endometriyal örnekleme yapılması gerekmektedir. Hastanın siklik olarak kanaması olmuyor ise östrojen dozu yetersizdir. Bu durumda tedaviye devam edilir. Eğer siklik kanamalar oluyor, ancak miktarı fazla veya uzun sürüyorsa; kullanılan progesteron tipi değiştirilebilir, bu tür kanamalar östrojen dozunun fazla ve progesteron dozunun az olmasına bağlı olabileceğinde transvajinal USG’de endometrial kalınlık normale doz ayarlaması yapıp hasta takip edilebilir. Ancak doz değişikliğine rağmen hastanın menorajisi devam ediyorsa yine endometriyal örnekleme yapılmalıdır. Siklus boyunca spotting tarzda kanamalar genellikle östrojen dozunun yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünüldüğünden transvajinal USG’de endometriyal kalınlık normale östrojen dozu ayarlanıp takip edilir. Ancak benzer şekilde kanamaların devam etmesi durumunda endometriyal biyopsi önerilir(Başaran 2008).

Kesintisiz kombine HRT kullanan hastalarda endometrium kalınlığının 3-4 ay içinde %90 hastada <5mm olması beklenir. Hastaların 6 ayda bir endometrial kalınlık açısından transvajinal USG takipleri yapılmalıdır. İlk 3-4 ay içinde kanamalarda endometriyal kalınlık normale biyopsiye gerek yoktur. Ancak hastaların amenore periyoduna girmelerini takiben kanama olursa mutlaka endometriyal örnekleme yapılmalıdır(Başaran 2008).

HRT kullanımı sırasında altı ayda bir biyokimya değerleri ve lipid profilinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın eşlik eden osteoporozu varsa KMD ölçümleri de en az 2 yılda bir yapılmalıdır(Başaran 2008).

Spesifik Medikal Durumlar ve HRT

Hipertansiyon

Daha öncede belirtildiği gibi östrojenler oral yoldan alındığında hepatik ilk geçiş etkisi denilen mekanizma sonucu bazı metabolik ürünlerin serum seviyelerinde artışa neden olabilmektedir. Bunlardan renin ve aldesteron tansiyonla yakından ilgidir. Sonuçta hastalarda tansiyon yükselmesine neden olabilir. Oral östrojenler plazma leptin seviyesi üzerinde etkisi olmaması nedeniyle hipertansiyona katkıda bulunabilir. Obezite geni olarak bilinen genin ürettiği leptin özellikle obez kadınlarda yüksektir. Leptin renin anjiotensin sistemi ve sempatik sinir sistemi uyarısı ile hipertansiyon neden olabilir. Transdermal östrojenin ise plazma leptin seviyesini azaltıcı etkisi mevcuttur. Sonuç olarak hipertansiyon öyküsü olan veya obez hastalarda HRT verilmesi gerekiyorsa ilk seçenek transdermal östrojenler olmalıdır (Başaran 2008).

Diabetes Mellitus

Menopozal dönemde insülin rezistansı artmaktadır. Sonuçta plazma insülin seviyesi ve ardından trigliseridlerde artış meydana gelir. Dolayısı ile insülin rezistansını artırdığı bilinen konjuge östrojenlerin diabetojenik etkisi nedeniyle bu tip hastalarda kullanımı uygun değildir. Oral yoldan verilen östradiolünde insülin rezistansı üzerinde minimal bir etkisi olduğu hatta düşük dozlardan etkisinin olmadığı görülmüştür(Başaran 2008,Atasü ve Şahmay2001).

Östrojenler HRT'de çoğunlukla kombine olarak verildiğinden birlikte kullanılan progestagen ajanında diabetik hastalarda dikkatli seçilmesi gerekmektedir. MPA ve levonorgestrelin de insülin rezistansını artırdığı bilinmektedir (Atasü ve Şahmay 2001, Başaran 2008).

Diabeti olan postmenopozal dönemdeki kadınlar özellikle kalp damar hastalıkları açısından risk altındadırlar. Bu hastalarda uygulanacak olan östrojenin, insülin sensitivitesini artırarak faydalı olabilmekte ve de kardiovasküler hastalık riskini

azaltmaktadır. Ancak özellikle hipertrigliseridemi varlığında oral olmayan yoldan hormon replasmanı yapılması uygun olacaktır (Atasü ve Şahmay 2001).

Tromboembolik Hastalıklar

Tromboembolik hastalıkların akut döneminde HRT kullanımı kesin kontraendikasyonlar arasındadır. Ancak tekrarlayan tromboembolik hastalık öyküsü olmayan hastalarda akut dönemin geçmesiyle birlikte HRT kullanılabilir. Östrojenlerin karaciğer üzerindeki etkileri nedeniyle pıhtılaşma faktörlerini artırdığı bilinmektedir. Bu etki özellikle sentetik östrojenler açısından belirgindir.

WHI çalışmasında da inme riskinin ve venöz tromboembolizm riskinin konjuge östrojen+MPA kullanan hastalarda yaklaşık 1,5 ile 3 kat arttığı gösterilmiştir. Oral östrojenlere kıyasla transdermal östrojenlerde tromboemboliye dair bu risk minimaldir. Dolayısıyla VTE açısından riskli olduğu düşünülen popülasyonda, (VTE hikâyesi, kanıtlanmış trombofili, ailede tromboemboli öyküsü gibi) transdermal östrojenlerin kullanılması akıllıca olur (Atasü ve Şahmay 2001, Başaran 2008).

Bening Meme Hastalıklarında HRT

Dupont ve ark. Atipisi olmayan proliferatif meme hastalığı ve atipik meme hiperplazisi teşhis edilen 3300 kadında HRT'nin meme kanseri riskini nasıl etkilediğini araştırmıştır. Bening meme hastalığı olan postmenopozal kadınlarda HRT'nin meme kanseri riskini azalttığını belirlemiştir. En belirgin yarar atipisi olmayan poliferatif meme hastalığında elde edilmekteydi. Ayrıca aynı yazarlar, 5 çalışmanın sonucunda beningn meme hastalığını postmenopozal kadınlarda HRT için bir kontraendikasyon oluşturmadığını ortaya koymuşlardır. Yapılan meta analizlerde de beningn meme hastalığının meme kanseri riskini değiştirmediği saptanmıştır. Bu arada belirtmek lazımdır ki birçok araştırmaya göre fibrokistik meme değişiklikleri ERT'ne engel değildir (Atasü ve Şahmay 2001).

Meme ve Jinekolojik Kanserlerde HRT

Meme kanseri nedeniyle tedavi edilmiş hastalarda menozla ilgili başlıca iki grup sorunla karşılaşılmaktadır. Bunlardan ilki menozal semptomlar, diğeri ise östrojen eksikliğine bağlı kemik kaybı nedeniyle osteoporotik fraktürler ve belki uzun sürede ortaya çıkabilecek kardiovasküler hastalık riskinde artıştır. Bu problemler daha çok

östrojen içermeyen tedavi seçenekleri ile önlenmeye ve tedavi edilmeye çalışılmaktadır(Bengisu ve Buyru 2002).

Küçük bir grup hastada menopozal semptomları kontrolde önlemler yetersiz kalabilir ve HRT kullanımı düşünülebilir. Send ve ark. Meme kanserinden sonra HRT kullanımı konusunda literatür taraması yapmışlardır. Bugüne kadarki çalışmaların hemen hepsi küçük, vaka kontrollü ve kısa süreli HRT kullanımının rekürrens riskini ve ölüm oranını arttırmadığını gösterilmiştir(Bengisu ve Buyru 2002).

Meme kanseri tedavisi görenlerde HRT veya plasebo kullanımının karşılaştırıldığı 5-10 yıl süreli randomize bir çalışma bulunmamaktadır. Meme kanseri nedeniyle tedavi görmüş kadınlarda HRT kullanımı tartışmalıdır. Retrospektif analizler ve iyi düzenlenmiş vaka kontrollü çalışmalarda HRT kullananlarda sürvinin daha iyi olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışmaların randomize yapılmasına, sadece rekürrens sıklığını değil, aynı zamanda mamografî bulguları ve yani primer kanser gelişimi ve değerlendirmesine gereksinim vardır. Meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda bugün HRT kullanımı önerilmemesi görüşü seks hormonlarına maruz kalmanın meme kanseri rekürrensini ve sekonder meme kanseri olasılığını arttırabileceği fikrine dayanılmaktadır(Bengisu ve Buyru 2002).

HRT meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda, klinik verilerin yetersizliğinden dolayı yaygın olarak önerilmemektedir. Bununla birlikte kısa süreli kontinü kombine HRT kullanımının güvenli olduğu görülmektedir. Osteoporotik fraktürleri olan veya kardiyovasküler risk faktörleri taşıyan kadınlarda non-östrojen tedavi seçenekleri düşünülebilir(Bengisu ve Buyru 2002).

Meme kanserli yaşayan hasta sayısı arttıkça, çoğu kadında kemoterapiye bağlı erken menopoz problemleri görülecektir. Bunun sonucunda da yaşam kalitesini yükseltmek ve östrojen eksikliğine bağlı hastalıkları azaltmak amacıyla HRT kullanım gereksinimi de artacaktır. Yeni bilgiler elde edinceye kadar, aşağıdaki rehber göre sadece HRT veya Tamoksifenle birlikte HRT kullanımı uygun olacaktır(Bengisu ve Buyru 2002).

1.Premenopoz da kanser nedeniyle tedavi edilen ve sonra kendi endojen östrojenleri ile stimüle edilen kadınlarda, periyodları kesilmeden ve istenmeyen etkiler ortaya çıkmadan;

2.Hormonal olmayan yöntemlerin yetersiz kaldığı hastalarda yaşam kalitesini düzeltmek için;

3.İyi prognozlu ve osteoporoz veya kronik kalp hastalığı aile anemnezi olanlarda;

4.HRT'nin yarar ve yan etkilerinin ayrıntılı olarak anlatıldığı ve gerçekten HRT isteği olan hastalarda(Bengisu ve Buyru 2002).

Over kanserlerinin %60'ında östrojen ve progesteron reseptörleri bulunduğu ve epidemiyolojik çalışmalarda HRT kullanımı ile over kanseri riski artışı ekarte edilemediğinden, çoğu doktor over kanseri tedavisi görmüş kadınlara HRT verme konusunda çekingendir. Yeni çalışmalarla bu problem çözülmüncye kadar over kanseri tedavisi görmüş kadınlara HRT verilmesi konusunda dikkatli olunmalıdır. Ciddi klimakterik semptomlar ve osteopeni veya osteoporoz gibi güçlü indikasyonlar varsa, klinik olarak komplet remisyonadaki over kanseri hastalarında HRT verilmesinden çekinilmemelidir(Bengisu ve Buyru 2002, Berkman ve Akhan 2002).

Serviks kanseri ise; güncel literatürlere göre hastalarda eğer HRT indikasyonu varsa veya postmenopozal semptomlar mevcutsa HRT verilebilir(Bengisu ve Buyru 2002).

Endometrium kanseri tedavisi görenlerde HRT uygulanabileceği yönünde yeni bazı veriler vardır. İyi prognoz ve nonhormonal tedavilere yanıt vermeyen, biktırıcı vazomotor semptomları değerlendirildiğinde, hastalar ve doktorları HRT'nin sonuçlarını göz önüne almak zorundadır(Bengisu ve Buyru 2002).

Bununla birlikte HRT uygulamaya karar vermeden önce endometrium kanserinin grade ve evresi değerlendirilmelidir. Geçmişte cerrahi sonrası radyoterapi ve kemoterapi görüp, 5 yılda rekürrens ortaya çıkmayanlar, cerrahi esnasındaki grade ve glandüler tutulum bilinmese bile kür kabul edilip ERT ve HRT adayları olarak düşünülebilirler (Bengisu ve Buyru 2002).

Diğer Sistemik Hastalıklar

Postmenopozal dönemindeki SLE'li kadında kardiovasküler hastalık ve miyokard enfarktüsü gelişme riski 10 kat daha fazladır. Buna ek olarak SLE tedavisinde kullanılan siklofosamid ve glikokortikoidlerin de arttırıcı etkisiyle bu hastalarda osteoporoz iyice hızlanmaktadır ve kemik kırığı riski 5 kat fazladır. SLE'lu

postmenopozal kadınlarda HRT'nin etkili ve güvenli olduğu sonucu ortaya çıkarmaktadır(Atasü ve Şahmay 2001).

Menopozla birlikte Multiple Skleroz semptomlarının kötüleşebildiği, uygulanacak HRT' nin ise bu kötüye gidişini engelleyebileceği bildirilmektedir(Atasü ve Şahmay2001).

Yine osteoartrozlu kadınların postmenopozal dönemde semptomlarının kötüleşebildiği ileri sürülmüştür. Ancak yapılan çalışmalarda uygulanan HRT ile bu semptomların daha da kötüleşebildiği, osteoartroz sıklığının daha da artmakta olduğu iddia edilmiştir(Atasü ve Şahmay 2001).

Parkinsonlu hastaların özellikle transdermal östrodiol tedavisinden fayda gördüğu ve tedavinin bu tür hastalarda güvenle kullanabileceği yayınlanmıştır (Atasü ve Şahmay 2001)

HRT' NİN YAN ETKİLERİ

Östrojen

Göğüs yumuşaklığı

Baş ağrısı

Kusma

Gaz şikayetleri

Kilo alma

Artan servikal sekresyon

Sıvı retansiyonu

Ara kanamalar

Progesteron

Akne

Baş ağrısı

PMS belirtileri

Gis hastalıkları

•Şişkinlik

•İnsomnia

•Saç derisinin dökülmesi

Göğüs yumuşaklığı

İsilikler

Depresyon

Kaşıntı

Aşırı saç uzaması (Can 1997)

HRT' nin KONTRAENDİKASYONLARI

KESİN:

- 1.Derin ven trombozu trombo emboli, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon
- 2.Sebebi teşhis edilmemiş vajinal kanama
- 3.Gebelik veya gebelik şüphesi
- 4.Akciğer hastalığı veya akciğer fonksiyon bozukluğu olanlar
- 5.Östrojene bağlı neoplazi, göğüs ve endometrial kanser öyküsü olanlar
- 6.Akut karaciğer hastalığı olanlar(Can 1997)

OLASI:

- 1.Üreme sistemine yönelik kanser öyküsü olanlar
- 2.Kardiovasküler hastalığı, derin ven trombozu, yüzeysel tromboflebit, akciğer hastalığı olanlar
- 3.Hiperlipidemi
- 4.Aşırı obez olanlar
- 5.Aşırı sigara içen kişiler
- 6.Endometrial hiperplazisi olanlar
- 7.Pankreatidi olanlar
- 8.Uterin fibrinoidi olanlar
- 9.Migrene bağlı baş ağrısı öyküsü olanlar
- 10.Endometriozisi olanlar
- 11.Hipertansiyonu olanlar
- 12.İnsüline bağlı diabet öyküsü olanlar
- 13.Galblader hastalığı olanlar
- 14.Parfiriya (Can 1997)

HRT'nin KULLANIM SÜRESİ

HRT'ye başlamadan önce, hastanın semptomları ve derecesi tedavi sürelerini etkileyebilir. Yalnızca vazomotor semptomları ve genitoüriner sisteme ait semptomları bulunan ve osteoporozun sorun olmadığı olgularda bir-iki yıl içinde rahatlık sağlayabilir. Bu kısa süreli kullanım sonunda olgunun semptomlarına göre aralıklı tedavi dilimlerine ya da devamlı tedavilerine geçilebilir (Can 1997).

Hastanın sorunu, osteoporoz ve risk altındaki koroner hastalığın korunması ise, uzun süreli tedavi gerekir. Özellikle osteoporozda süre açık olmamakla birlikte en az beş yıllık bir tedavinin faydalı olacağı bildirilmektedir. Bu konuda idealin 10 yıl ya da yaşam boyu olacağı görüşleri de vardır. Çünkü östrojenin osteoporozdan koruyucu etkisi kullanıldığı anda başlar ve sadece tedavi süresince devam eder (Can 1997, Yeşilmurat 2001).

Menapozun ilk 3 yılında HRT'ne başlanması osteoporozu önleme açısından daha etkilidir ve kırık oluşma riski HRT'ni 5 yıldan daha fazla kullanan kadınlarda %80 azalmaktadır (Yeşilmurat 2001).

HRT'ne başlama zamanının ise ideal olarak menopozal döneme girince olması önerilmekte, bu konuda gecikmenin 3 yılı aşmaması istenilmektedir. 5 yıllık dönemdeki kayıpların tedaviden istifade etmeyeceği görüşünde bulunmaktadır. Ancak özellikle osteoporozla yönelik koruyuculuk açısından her yaştaki menopoz olgusunda tedavinin başlatılabileceği ve osteoporoz ve kırık riskinde azalma sağlanabileceği bildirilmektedir (Can 1997).

Genel kabul osteoporoz ve koroner arteriosklerozun önlenmesinin esas olduğu olgularda HRT'nin 5-10 yıl süre ile kullanılması yönündedir (Can 1997).

Hemsirenin Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisinde Rolü

Sağlık ekibinin amacı, bireylerin sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktır. Hemşire danışmanlık fonksiyonu ile bu yardımın verilmesinde önemli bir rol alır. Danışmanlık hemşirenin primer fonksiyonlarından biridir. Danışmanlıkta kullanılan hemşirelik girişimleri, kişiler arası ilişkiler becerilerinin kullanılması ile inceleme ve araştırmaya yöneliktir (Akkuzu 2004).

Menopoz, görüldüğü gibi pek çok önemli değişiklikler ve buna bağlı sorunların olduğu bir dönemdir. Bu sorun hem birey, hem aileyi, hem de toplumu etkilemektedir. O nedenle çok değişik eğitici rolleri bulunan hemşirenin, bu alanda özel bilgilerle donatılmış olması gerekir. Menopozda “menopoz hemşireliği” kadın hastalıkları ve doğum hemşireliğinden ayrı bir branş olarak gelişmek zorundadır. Çeşitli Avrupa ülkelerinde ve ABD’de bu durum tamamen profesyonel hemşireler tarafından yürütülmektedir (Can 1997).

Menopozun eşlik ettiği psikososyal ve emosyonel stresleri deneyimleyen kadınlara hemşire danışmanlık ve destek sunabilir. Macpherson, menopozal deneyimde kadınları pozitif bir tavır geliştirmeye cesaretlendirmek için diğer sapsık çalışanları ve hemşireleri işbirliğinin olması gerektiğini önermiştir. Hizmeti alan kadın kendi vücudunun kontrolünü sahipliğini üstlenmeye ve anlamaya odaklanan yardım gruplarına yönelebilirler (Yeşilmurat 2001).

Menopoz orta yaş kadınlarda normal bir geçiştir ve hemşireler çoğu kadınların menopoz hakkındaki olumsuz düşüncelerini değiştirmelerinde yardımcı olabilirler ve onlara menopozun yaşamın sonu olmadığı ve bu olayın yeni tat ve canlılık meydana getireceği anlatılmalıdır (Yeşilmurat 2001, Mc Taggart 94).

Hemşireler menopoz öncesi ve sonrası görülebilecek semptomlar konusunda kadınları aydınlatarak rehber olarak eğitici rol oynaaktadır. Menopozal kadın yaşadığı ciddi semptomlara karşın HRT'nin olası riskleri ve yan etkileriyle tedavi alarak yaşam kalitesini sürdürme kararı ile karşı karşıyadır. Bu yüzden hemşirelerin menopoz ünitelerinde danışma kaynağı olarak benimsenmesi sağlanmalıdır (Akkuzu 2004).

Hemşirenin danışmanlık hizmeti vermesi tedaviye uyumu artırmada etkilidir. Kadınlarda menopoz konusunda hemşirelerden danışmanlık almada daha rahat oldukları tespit edilmiştir. Hemşire tedavi hakkında bilgi sağlama ve karar vermede yardımcı olabilir. Hemşire menopoz ve menopoz tedavisi konusunda, sözlü ve yazılı materyaller hazırlamalıdır. Bu materyallerle vereceği eğitim ve danışmanlığın yanı sıra kadının tıbbi karara katılımı konusunda da rehberlik etmelidir. Ayrıca HRT ile ilgili bilgilendirilmesi ve karar verebilmesi için yeterli zaman ve olanak tanınmalıdır. Kadınların HRT'ne devamı için mutlaka kullanılacak ilaçların olası yan etkileri ve riskleri konusunda ayrıntılı açıklama yapılmalıdır. Yeterli ve güven veren bir danışmanlık hizmeti tedaviye devamı ve motivasyonu arttıracaktır (Akkuzu 2004).

HRT ile İlgili Yapılan Araştırmalar

HRT üzerinde son yıllarda tartışmaları başlatan geniş kapsamlı ana çalışmalar;

- ERA (Herrington ve arkadaşları, NEJM, 2000),
- HERS (Grady ve arkadaşları, JAMA, 2002),

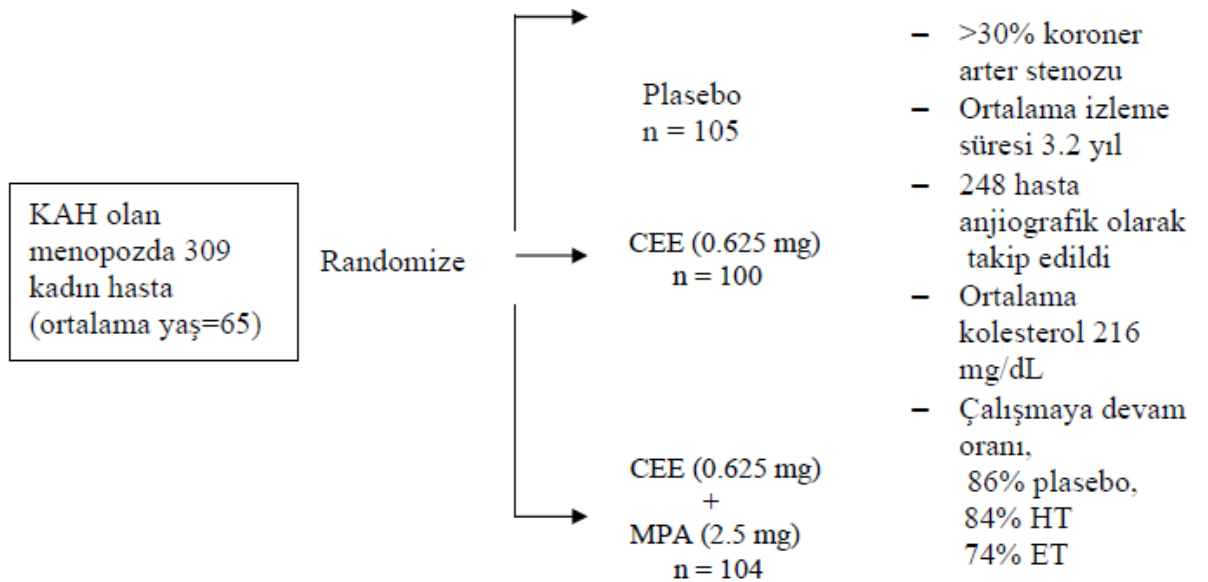
•WHI (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, JAMA, 2002) olarak özetlenebilir.

ERA (Estrojen Replasman ve Ateroskleroz çalışması)

ERA çalışmasında hastaların bazal ve takip sonrası koroner anjiyografileri, kolesterol seviyeleri ve kardiyovasküler olayların gelişimleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Bu çalışmanın amacı menopoz sonrası estrojenin KAH'nın tedavisinde, önlenmesinde ve koroner ateroskleroz üzerindeki etkileri ile progestinin tedaviye eklenmesinin modifiye edici etkilerini araştırmaktı.

ERA-Sonuçlar:

- CEE ve CEE+MPA gruplarında LDL kolesterol seviyeleri plaseboya göre azaldı.
- Her iki tedavi grubu da koroner aterosklerozun ilerlemesi üzerinde etkili olmadı.
- Her iki tedavi grubunda kardiyovasküler olayların gelişme oranları arasında fark gözlenmedi.
- Grupların minimal koroner arter damarları çaplarındaki değişimler arasında istatistiksel fark bulunmadı.
- ERA çalışması tek başına östrojenin de östrojen + MPA da KAH'da aterosklerozun ilerlemesini etkilemediği sonucuna vardı.
- KAH'da ERT'nin kardiyovasküler yarar beklenecek kullanılımasının doğru olmadığı belirtildi.



Tablo 3. ERA çalışmasının özeti

HERS (Kalp ve Estrojen/Progestin Replasman Çalışması)

Çalışmanın amacı menopoz sonrası HRT'nin koroner kalp hastalıkları üzerindeki etkisini araştırmaktı.

Koroner arter hastalığı olan ortalama yaşı 67, 2763 hasta üzerinde 6.8 yıl süren randomize, plasebo kontrollü bir çalışma yapıldı. Hastalar randomize olarak 0.625 mg CEE ve 2.5 mg MPA verilen grup ve plasebo grubuna ayrıldı. Her iki grubun takibi sırasında enfarktüs ve KAH'a bağlı ölüm oranları ile diğer kardiyovasküler komplikasyonlar karşılaştırıldı.

HERS-Sonuçlar:

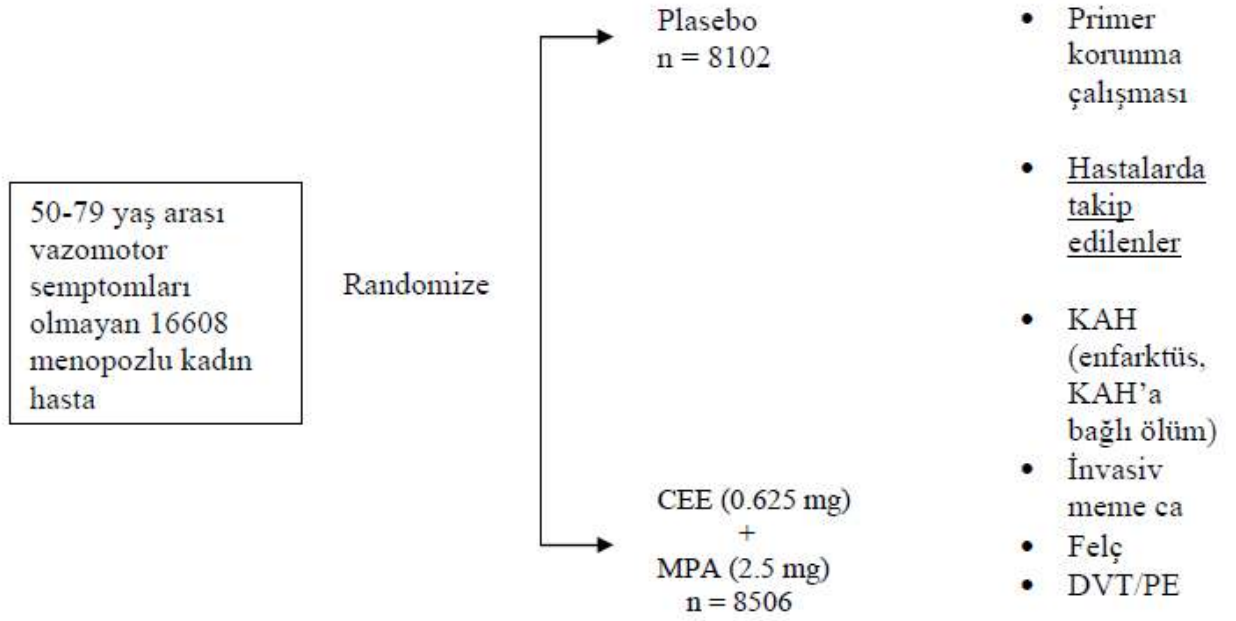
- Hormon grubunda ilk yılda KAH ile ilgili olaylarda 1. yılda artış, 3-5. yıllar arasında ise azalma görüldü. Daha sonraki yıllarda ise bu azalma devam etmedi.
- 6.8 yılın sonunda hormon tedavisi KAH'lığı olan kadınlarda ateroskleroza bağlı ölümleri azaltmadı.
- HERS çalışması, KAH olan menopoz hastalarında, bu rahatsızlığa bağlı ölümleri azaltmak amacıyla HRT'nin kullanılmasının doğru olmadığı sonucuna vardı.

WHI (Kadın Sağlığını Başlatıcı Araştırmacılar)

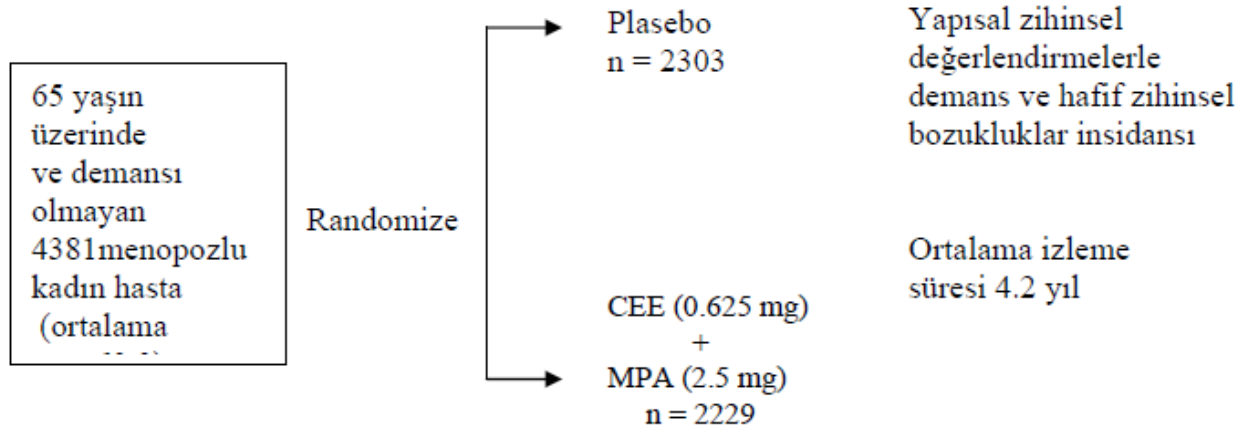
Menopoz hastalarında HRT'nin KAH, invaziv meme kanseri, felç, derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli (PE), kırıklar, kolon ve endometrium kanseri üzerindeki etkisini araştıran bugüne kadar yapılan en fazla hasta sayısını içeren ve en çok tartışmaya yol açan çalışmadır.

Ortalama izleme süresi; planlanan 8.5 yıldır, fakat çalışmanın kombine HRT kolu (konjuge estrojen-medroksiprogesteron asetat tedavisi) 31 Mayıs 2002'de (5.2 yılda) sonlandırıldı. Sebebi HRT grubunda invaziv meme ca'nin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da önceden belirlenen zarar oranını geçmesiydi.

Histektomi sonrası 11.000 kadına konjuge estrojen (ERT) ya da plasebo uygulanan WHI çalışmasının ERT kolu ise Şubat 2004 tarihinde artmış inme riski ve genel sağlık profilinde iyileşme izlenmemesi nedeniyle sonlandırıldı (Anderson et al. 2004). Gerek kombine HRT gerekse ERT kolunda plaseboya göre inme, venöz tromboemboli oranlarında artış, osteoporotik kırık riskinde azalma izlendi. Kombine HRT ile koroner rahatsızlıklarda, invaziv meme kanserinde artış, kolorektal kanser sıklığında ise, azalma saptanırken ERT ile plasebo arasında her iki kanser yönünden fark izlenmedi(Hum Reprod 2003, Selam ve Topçuoğlu2004).



Tablo 4. WHI Çalışmasının Özeti



Tablo 5. WHIMS Çalışma Özeti

WHIMS çalışması (Kadın Sağlığı Başlatıcı Hafıza Çalışması)

Menopozda HRT'nin zihin fonksiyonları ve demans üzerine de etkileri araştıran bir çalışmadır.

WHIMS-Sonuçları:

- Demans rölatif riski HRT grubunda artmış bulundu.
- Demans primer olarak Alzheimer hastalığı olarak tesbit edildi.

- Demans riskindeki artış HRT kullanımının ikinci yılında tüm yaş gruplarında izlendi. (75 yaş üzerindeki deki artış en yüksek bulundu.)
- Hafif zihinsel bozulma gerek HRT gerekse plasebo gruplarında aynı oranda gözlemlendi.
- Dolayısıyla HRT zihinsel bozulmayı önleyici özellik göstermedi.

WHIMS'in benzer çalışma gruplarıyla gerçekleştirdiği bir araştırmada Mini-Zihinsel Durum İncelemesi kullanılarak gruplar arası zihinsel fonksiyonlar değerlendirildi (Selam ve Topçuoğlu 2004, Tıraş ve Kurdoğlu 2004).

- Plasebo ve HRT grupları zihinsel fonksiyonları arasında fark bulunmadı.
- HRT grubunda Mini-Zihinsel Durum İncelemesi skorlarında plaseboya göre daha fazla düşüş gözlemlendi.

WHIMS'in histerektomi geçirmiş, 65 yaşın üzerindeki 2947 kadında sadece östrojen uygulanan çalışmasında Mini-Zihinsel Durum İncelemesi östrojen grubunda plaseboya göre düşük bulundu.

Bu çalışmalar östrojenin menopoz sonrası belli zihinsel fonksiyonları üzerinde yararlı etki olasılığını ortadan kaldırmamaktadır. Zihinsel fonksiyonlar üzerine yapılmış iki meta analizde, östrojen tedavisinin kelime hafızasında etkili olabileceği, menopoz sonrası semptomatik hastalarda zihinsel fonksiyonları ilerletebileceği belirtilmektedir. HRT'nin özellikle menopoz sonrası genç kadınlarda demans üzerindeki etkisini belirlemek için daha geniş çalışmalar gerekmektedir (Selam ve Topçuoğlu 2004, Tıraş ve Kurdoğlu 2004).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma postmenopozal dönemde hiç HRT kullanmamış ve HRT kullanıp bırakmış, HRT'ni düzensiz kullanmış kadınların bilgi, deneyimleri ve ilaç kullanmama, kullanıp bırakmaları ve düzensiz kullanmalarının nedenini araştırmak için yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.1 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi(AKÜ) Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapılmıştır. Poliklinikte çalışan hemşireler postmenopozal dönem ve şikâyetleri ve HRT hakkında bir hizmet içi eğitim almamışlardır.

Hastanenin protokolüne göre 1 yıldır adet görmeyen kadınların hormon(FSH ve Östrojen) düzeylerine bakılarak menopoz tanısı kesinleştirilir. Menopoz girmiş kadınlara öncelikle pap-smear testi, biyokimya tetkikleri, kemik dansimetre ölçümleri, mamografi ve pelvik USG yapılmaktadır. Bu tahliller sonucuna göre hastaya HRT başlanması önerilmektedir. Hastane protokollerine göre HRT ilaçları üç aylık yazılabilmektedir. Hastaya üç ayda bir ilaçlarını tekrar yazdırmaları söylenmektedir ve üç ayda bir geldiklerinde ilaçla ilgili sorunları sorgulanmaktadır. HRT başlanan kadınlar yılda bir kez rutin jinekolojik muayene ve tetkikleri yapılmakta ve eğer hastanın da şikâyeti yoksa hasta ile birlikte devam kararı alınmaktadır.

Jinekoloji polikliniğinde menopozla başvuran hastalara menopoz ve HRT ile ilgili düzenli bir eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. HRT başlanmasına karar verilen kadına doktor, ilacın yararları ve yan etkileri konusunda detaylı bilgi vermektedir.

2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evreni Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran menopoz dönemindeki kadınlar oluşturmuştur. 2009–2010 yılı arasında polikliniğe başvuran kadın sayısı 12 747 olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların 791 tanesi menopoz tanısı almıştır.

2.3 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Ağustos 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvurmuş, görüşme ve anketi cevaplamayı kabul eden araştırmanın sınırlılıklarında belirtilen özelliklerin dışında kalan 104 kadın örnekleme oluşturmuştur. Araştırmanın başında 100 hiç ilaç kullanmamış, 100 HRT kullanıp bırakmış kadınla anket yapılması kararlaştırılmış olmasına rağmen anket yapmayı ancak 104 kadın kabul etmiştir.

(HRT hiç kullanmamış kadın sayısı: 61, HRT’ni kullanıp bırakmış kadın sayısı: 43)

2.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

HRT başlama kararı verilip hiç kullanmayanlar, HRT kullanıp bırakmışlar, ve HRT’ni düzensiz kullanmış kadınlar örneklem kapsamına alınmışlardır.

Halen HRT kullanımına devam etmekte olan kadınlar, kanser hastaları, HRT’nin kesin kontraendikasyon olan hastalar anket sorularını cevaplayamayacağı için örneklem kapsamı dışında bırakılmışlardır.

2.5 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri, menopoz ve HRT ile ilgili literatürlerden yararlanılarak araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan anket formları aracılığıyla toplanmıştır.

Bu anket formunda kadınların sosyo-demografik özellikleri, HRT kullanımı ile ilgili bilgileri, HRT hakkındaki bilgilerinin nereden alındığını tespit etmek amacıyla oluşturulan 21 sorudan oluşmaktadır

2.6 FORMLARIN UYGULANMASI

Bu araştırma 104 kadın ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek uygulanmıştır. Uygulama süresi 20 dakikadır. Uygulama öncesi araştırmanın amacı ve içeriği kadınlara açıklanmıştır.

2.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde elde edilen verilerin 11.5 SPSS programında yüzdelikle frekansları alınarak istatistiki anlamlılıklarında da ki kare testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Tablo-1 Postmenopozal kadınların şu andaki yaşlarının dağılımı

Yaş	Sayı(n)	Yüzde(%)
38-47	6	5.8
48-57	48	46.2
58-67	45	43.3
68-77	5	4.8

Tablo 1: Postmenopozal kadınların yaş değerleri incelendiğinde en yüksek oran 48-57 yaş aralığında olup %46.2'dir. İkinci en yüksek oran %43.3 ile 58-67 yaş grubunda olup, örneklemin %5.8'i, 38-47 yaş aralığındadır. En düşük oran ise 68-77 yaş aralığında olup %4.8'dir.

Tablo-2 Postmenopozal kadınların kilolarının dağılımı

Kilo	Sayı(n)	Yüzde(%)
53-67	24	23.1
68-82	53	51
83-97	25	24
98-112	2	1.9

Tablo 2: Araştırmaya katılan postmenopozal kadınların çoğu kilolu olmakla birlikte en yüksek oran %51 ile 68-82 kg grubudur. Bunu %24 ile 83-97 kilo grubu takip etmekte, %23.1 ile 53-67 kilo grubu üçüncü sıradadır. En düşük oran, %1.9 ile 98-112 kilo grubudur.

Tablo-3 Araştırmadaki kadınların menopoza girme şekilleri

Menopoza girme şekli	Sayı(n)	Yüzde(%)
Normal (Doğal)	82	78.8
Cerrahi işlem sonrası	22	21.2

Tablo 3: Araştırmamıza katılan kadınların menopoza girme şekli en çok normal yolla olmuştur, oranı %78.8'dir. Cerrahi işlem sonrası menopoza girenlerin oranı ise %21.2 tür.

Tablo-4 Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları

Eğitim	Sayı(n)	Yüzde(%)
Okur yazar değil	16	15.4
İlkokul	58	55.8
Ortaokul-lise	20	19.2
Yüksekokul	10	9.6

Tablo 4: Araştırmaya katılanların %55.8'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. %19.2'si ortaokul-lise mezunudur. %15.4'ü okur- yazar değildir. En düşük oran ise %9.6 ile yüksekokul mezunudur.

Tablo-5 Araştırmaya katılanların medeni durumları

Medeni Durum	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evli	91	87.5
Bekar-dul	13	12.5

Tablo 5: Araştırmaya katılanların %87.5'i evli olup %12.5'i bekar veya dul olarak belirlenmiştir.

Tablo-6 Araştırmaya katılan kadınların meslekleri

Meslek	Sayı(n)	Yüzde(%)
Ev hanımı	86	82.7
Memur	18	17.3

Tablo 6: Araştırmaya katılanların %82.7'sinin ev hanımı, %17.3'ünün ise memur olduğu tespit edilmiştir.

Tablo-7 Araştırmaya katılan kadınların aylık gelir dağılımı

Aylık Gelir	Sayı(n)	Yüzde(%)
550 ve altı	11	10.6
1000 lira	84	80.8
1500 lira	8	7.7
2000 lira ve üzeri	1	1

Tablo 7: Araştırmamıza katılan kadınların aylık gelirlerine bakıldığında 1000 TL geliri olanların oranı %80.8 olarak belirmiştir. Bu oranı %10.6 ile 550 lira ve altı takip etmektedir. 1500 TL geliri olanların oranı %7.7 olup, 2000TL ve üzeri geliri olanların oranı %1 ile en düşüktür.

Tablo-8 Araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencelerinin dağılımları

Güvence	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yok	4	3.8
SSK	36	34.6
Emekli sandığı	48	46.2
Bağkur	16	15.4

Tablo 8: Araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencelerine bakıldığında en yüksek %46.2 ile emekli sandığı, SSK'lı olanlar %34.6 orandadır, %15.4'ü ise bağkurludur en düşük oran ise %3.8 ile güvencelerinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo-9 Araştırmaya katılanların menopoz hakkındaki bilgi düzeylerinin dağılımı

Menopoz hakkında yeterli bilgi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yeterli bilgiye sahibim	21	20.2
Az bilgim var	34	32.7
Bilgi sahibi değilim	21	20.3
Etraftan duyduklarımı biliyorum	28	26.9

Tablo 9: Araştırmaya katılan kadınların %32.7' si menopoz hakkında az bilgiye sahip, %20.2'sinin ise yeterli bilgi sahibi oldukları bulunmuştur.

Tablo-10 Araştırmaya katılan kadınların menopoz hakkında bilgiyi nereden edindikleri

Nerden bilgi edindiniz?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doktora başvurarak	31	29.8
Gazete-dergi	3	2.9
Televizyon	3	2.9
Komşu-arkadaş	51	49
Bilgim yok	16	15.4

Tablo 10: Postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz hakkında bilgi edinme durumlarına bakıldığında %49' unun komşu ve arkadaş, %29.8' inin doktora başvurarak ,%2.9'unun gazete, dergi ve TV yolu ile edindikleri, %15.4' ünün ise bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo-11 Araştırmaya katılan kadınların menopozdan sonra doktora gitme oranları

Menopozdan sonra Dr. Gitme	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hiç gitmedim	45	43.3
Düzenli kontrole gidiyorum	20	19.2
Yeterli oranda gitmedim	39	37.5

Tablo11: Araştırmamızdaki kadınların menopozdan sonra doktora gitmeme durumlarına bakıldığında %43.3' ünün hiç gitmediği %37.5'nin yeterli oanda doktora gitmediği, %19.2' sinin ise düzenli doktora gittikleri bulunmuştur.

Tablo-12 Menopozda HRT tedavisi kullanma oranları

Menopoz için tedavi aldınız mı?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hayır hiç almadım	62	59.6
Düzensiz kullandım	15	14.4
Kullandım bıraktım	27	26

Tablo 12: Menopozda HRT tedavisi kullanma durumlarına bakıldığında %59.6' sı tedavi almamış, %26'sı kullanıp bırakmış, %14.4'ünün ise düzensiz kullandıkları bulunmuştur.

Tablo-13 Araştırmaya katılan kadınların ilaç kullanmama nedenleri *

Hiç ilaç kullanmadıysanız nedeni nedir?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doktora gitmedim	40	38.5
Kanser korkusu	35	33.7
Diğer nedenler	53	70.2

Tablo13:Kadınların ilaç kullanmama nedenleri incelendiğinde %70.2' sinin diğer nedenler(ilâç kullanmayı sevmiyorum, doktor ilâç önermedi, kilo alma korkusu, komşu ve arkadaşlarımın memnun olmaması, menopoz açısından şikayetimin olmaması, menopoz tedaisi hakkında bilgimin olmaması, tedavinin faydalı olmaması), %38.5' inin doktora gitmediğinden, %33.7'sinin ise kanser korkusu nedeniyle kullanmadıkları bulunmuştur.

Tablo-14 Postmenopozal kadınlarda ilâç bırakma nedenleri *

İlacı bırakma nedeniniz	Sayı(n)	Yüzde(%)
İlacı sevmiyorum	10	11.4
Kanser korkusu	26	29.3
Baş ağrısı	3	3.4
Diğer nedenler	50	56

Tablo-14: İlacı bırakma nedenleri incelendiğinde %56' sını diğer nedenlerle(kilo alma, kaşıntı, maddi nedenler, şişkinlik, bulantı kusma, vajinal kanamaların olması, faydasını görmediğim için, medyada çıkan haberlerden korktuğum için, psikolojik olarak kötü hissettiğim için vb.) ilk sırayı oluştururken, %3.4'ü en son baş ağrısı nedeniyle bıraktıkları tespit edilmiştir.

* Bu soruda kişiler için önemli olan ilk üç şıkki numara sırasına göre işaretlemelerine izin verilmiştir.

Tablo-15 Postmenopozal kadınların ilacı düzensiz kullanma nedenleri *

İlaçlarınızı düzensiz kullanıyorsanız nedeni nedir?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Unutuyorum	12	31.6
Kanser korkusu	11	29
Diğer nedenler	15	39.4

Tablo 15: İlaç düzensiz kullanma nedenlerine bakıldığında %39.4' ü diğer nedenlerle (ilaç bulamıyorum, maddi nedenler, devamlı ilaç kullanmayı sevmiyorum, kilo aldığım için, tevinin faydasını görmediğim için), %31.6'sının unuttukları için, %29' unun ise kanser korkusu nedeniyle düzensiz kullandıkları bulunmuştur.

Tablo-16 Postmenopozal kadınların HRT kullanma süreleri

HRT kullanma süresi	Sayı(n)	Yüzde(%)
6 ay ve aşağısı	15	35.7
6ay-1yıl	8	19
1-2 yıl	12	28.6
2yıl ve üzeri	7	16.7

Tablo 16: HRT kullanma süresine bakıldığında %35.7' sinin 6 ay ve daha az, %28.6' sının 1-2 yıl, %19 ile 6 ay-1yıl kullanmış, %16.7'sinin ise 2 yıl ve üzeri kullandıkları saptanmıştır.

**Bu soruda kişiler için önemli olan ilk üç şıkkı numara sırasına göre işaretlemelerine izin verilmiştir.*

Tablo-17 Postmenopozal kadınlar HRT preparatı olarak ne kullandı?

HRT preparatı neydi?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Oral	32	80
Transdermal	7	17.5
Nazal	1	2.5

Tablo 17: Kadınların HRT preparatını en çok %80 oranında oral yolla, %17.5 oranında transdermal yolla, %2.5 oranında nazal yolla kullandıkları tespit edilmiştir.

Tablo-18 Menopozla ilgili medyada çıkan haberler sizi ne yönde etkiliyor?

Menopozla ilgili haberler sizi ne yönde etkiliyor?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Dikkate almıyorum	23	22.1
Kesinlikle dikkate alıyorum	11	10.6
Dr.başvurup detaylı bilgi alıyorum	5	4.8
Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor	22	21.2
İlaçlardan korkmama neden oluyor	38	36.5
Haber nedeniyle ilaç kullanmayı bıraktım	5	4.8

Tablo 18: Araştırmaya katılan kadınların menopozla ilgili medyada çıkan haberlere verdikleri cevaplara bakıldığında %36.5' inin ilaçlardan korkmalarına neden olduğu, %22.1' inin dikkate almadığı, %21.2'sinin aklında şüpheli durumlar yarattığı, %4.8'i doktora başvurup bilgi aldıkları, %4.8'inin haber nedeniyle ilaç kullanmayı bıraktığı bulunmuştur.

Tablo-19 Komşularınızın HRT hakkında söyledikleri sizi ne yönde etkiliyor?

Komşularınızın menopozla ilgili söyledikleri sizi ne yönde etkiliyor?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Dikkate almıyorum	27	26
Kesinlikle dikkate alıyorum	16	15.4
Onların söylediklerini dr. danışıyorum	4	3.8
Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor	27	26
İlaçlardan korkmama neden oluyor	30	28.8

Tablo 19: Araştırmaya katılan kadınların komşularının HRT hakkında söylediklerinden etkilenme durumlarına bakıldığında %28.8' nin ilaçtan korktuğu, %26' sının aklında şüphe yarattığı, yine %26' sının dikkate almadığı %15.4' ünün kesinlikle dikkate almadığı, %3.8' nin ise söylenenleri doktora danıştıkları bulunmuştur.

Tablo-20 Menopoz hakkında bilgi nereden alınmalıdır?

Menopoz hakkında bilgiler nereden alınmalı?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doktordan	81	77.9
Ebe-hemşire	23	22.1

Tablo 20: Kadınların %77.9'u menopoz hakkındaki bilgiyi doktordan, %22.1' inin ise ebe-hemşireden alınması gerektiğini belirtmişlerdir..

Postmenopozal Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlaç Başlamama ve Bırakma Nedenlerinin Karşılaştırılması

	Hiç almadım n(%)	Düzensiz kullandım ve bıraktım n(%)	Toplam %	P
MENOPOZ ŞEKLİ				
Normal	49 (47.1)	33 (31.8)	78.9	>0.05
Cerrahi operasyon ile	13 (12.5)	8 (8.6)	21.11	
EĞİTİM DURUMU				
Okuryazar değil	10 (9.6)	6 (5.8)	15.4	>0.05
İlkokul ve üzeri	52 (50.1)	36 (35.6)	85.7	
MESLEK				
Ev hanımı	55 (52.9)	31 (29.9)	82.8	>0.05
Memur	7 (6.7)	11 (10.6)	17.3	
GELİR DURUMU				
550 lira ve altı	4 (4.3)	7 (7.5)	12.8	>0.05
1000 lira ve üstü	58 (61.7)	25 (26.7)	88.4	
SAĞLIK GÜVENCESİ				
Yok	3 (2.9)	1 (1)	3.9	>0.05
SSK	18 (17.3)	18 (17.3)	34.6	
Emekli sandığı	27 (26)	21 (20.2)	46.2	
Bağkur	14 (13.5)	2 (2)	15.2	
BİLGİ DÜZEYİ				
Yeterli bilgiye sahibim	9 (8.7)	12 (11.6)	20.3	>0.05
Az bilgim var	16 (15.4)	18 (17.3)	32.7	
Bilgi sahibi değilim	19 (18.3)	2 (1.9)	20.2	
Etraftan duyduklarımı biliyorum	18 (17.3)	10 (9.6)	26.9	
BİLGİ KAYNAĞI				
Doktora başvurarak	11 (10.6)	20 (19.2)	29.8	<0.05
Gazete dergi TV	3 (2.9)	3 (2.9)	5.8	
Komşu arkadaş	35 (33.7)	16 (15.4)	49.1	
Bilgim yok	13 (12.5)	3 (2.9)	15.4	

Menopoza normal yolla girenlerin %52.1 hiç ilaç almadığı, %24.5 inin ise ilaçları düzensiz kullandığı ve bıraktığı(DKB) görülmüştür. Cerrahi operasyonla menopoza girenlerin ise %12.5 inin hiç ilaç almadığı,%8.6 sının ise düzensiz kullanıp ilaçları bıraktığı gözlenmiştir. Menopoz şekli ile ilaç kullanma arasında fark istatistiki açıdan bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Menopoza giren kadınların eğitim durumlarına göre ilacı kullanma oranlarına bakıldığında okur yazar olmayanlarda oran %9.6 sı hiç ilaç almadığı, %5.8'i DKB iken; ilkokul ve üzeri %50.1 ile hiç ilaç almadığı, %35.6 sının ise ilacı kullanıp bıraktığı görülmüştür. Eğitim durumu ile ilaç kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanların meslekleriyle ilaç alma durumları ev hanımları %52.9 oranında hiç ilaç almadığı %29.9 oranında DKB memurlarda ise %6.7 oranında hiç ilaç almadığı, %10.6 oranında DKB olduğuda gözlenmiştir. İkisi arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Gelir durumunun ilaç almaya etkisi 550 lira ve altındaki gelire sahip kişilerde hiç ilaç almayan %4.3 DKB %7.5 tir. 1000 lira ve üzerindeki geliri olanlardan hiç ilaç almayan %61.7 DKB %26.7dir. İkisi arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kişilerin sağlık güvencesiyle tedavi alma arasında güvencesi emekli sandığı olanlardan hiç tedavi almayanlar %26 DKB %20.2 bulunmuştur. Sağlık güvencesiyle tedavi alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Menopoz hakkında hiç bilgisi olmayanlardan hiç ilaç kullanmayanların %18.3 DKB %1.9 dur. Bu ikisi arasındaki ilişki istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kişilerin bilgi alma kaynakları ile tedavi alma arasında komşu ve arkadaşlardan bilgi alanların hiç ilaç kullanmayanların oranı %37.7 DKB %15.4 dür. Bunların aralarındaki ilişki istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

4. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde anket uygulanan örnekleme oluşturan postmenopozal kadınlardan elde edilen verilere yönelik bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan 104 kadından %46.2'si 48-57 yaş grubundadır. Eğitim durumları incelendiğinde ise %55,8 oranı ile en fazla ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. En düşük oranı ise %9.6 ile yüksekokul mezunudur. Kadınların %87.5'i evli olup %12.5'i ise bekâr ve dul olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %82.7'si ev hanımı, %17.3'ü ise memur olarak tespit edilmiştir. Aylık gelirlerine göre bakıldığında, en yüksek %80.8 oranı ile 1.000 lira olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde menopoz yaşı Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneğinin 2002 yılında yaptığı HRT konsensus sonuçları bildirisinde 47 olarak bildirilmiştir. Can (1997) yaptığı araştırmada ortalama menopoz yaşının 50.5 olduğunu bildirmiş, Selam ve Topçuoğlu'na (2004) göre ise menopoz yaşı 48-51 olarak bildirilmiştir. Bu verilere göre araştırmamızdaki elde edilen sonuçlar, bu veriler ile uyum sağlamaktadır. Araştırmamıza katılan kadınların hepsi postmenopozal dönemdedir (Can 97, Selam ve Topçuoğlu 2004).

Ülkemizde eğitim durumuna bakarsak nüfusun %55'e yakını ilkokul mezunu %7,4'ü okur yazar %5'e yakını orta ve lise mezunu %4'ü de üniversite mezunudur. Araştırmamıza katılanların %55.8 oranı ile en fazla ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. %19,2'si ortaokul ve lise mezunudur. %16'sı okur yazar değildir. En düşük oran ise %9.6 ile yüksekokul mezunudur. Araştırmaya katılan menopoza giren kadınların eğitim durumlarına göre okur yazar olmayanların %9.6'sı hiç ilaç kullanmamış, %5.8'i düzensiz kullanıp bırakmış iken ilkokul mezunu ve üzeri %50.1'inin hiç ilaç almadığı, %35.6'sının ise ilaç kullanıp bıraktığı görülmüştür. Eğitim durumu ve ilaç kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Can (1997) yaptığı çalışmada da eğitim durumu ile bırakma nedenleri incelendiğinde, bırakma ve başlamama nedenleri ile eğitim durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulamamıştır ($p > 0.05$). (Can 1997)

Türkiye’de evli kadın oranı %96.1, dul oranı %2.3’tür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993). Araştırmamızda ise evli kadın oranı %87.5, bekâr ve dul oranı ise %12.5’dir. Araştırmamızdaki dul ve bekâr kadın oranının yüksek olmasının nedeni araştırmamızın örneklemini postmenopozal kadınların oluşturmasıdır. Bu da bekâr ve dul oranını yükselten faktör olduğu düşünülmektedir.

Postmenopozal kadınların HRT kullanma ve bırakma nedenlerine yönelik veriler Tablo.15 ve Tablo.16’de değerlendirilmiştir. Kadınların %70.2 diğer nedenlerle (ilaç kullanmayı sevmiyorum, doktorum önermedi, kilo alma korkusu, komşu ve arkadaşlarının memnun olmaması, menopoz açısından şikayetimin olmaması, menopoz tedavisi hakkında bilgimin olmaması, tedavinin faydalı olmaması), %38.5’i doktora hiç gitmediğini, %33.7’si ise kanser korkusu ile hiç ilaç almaya başlamadığını belirtmiştir. HRT bırakma nedenleri ise %48 ile diğer nedenler oluşturmaktadır (kilo alma, kaşıntı, v.b.). 2.olarak ise %24,5’i kanser korkusu, 3.olarak ise %9.6 ile ilacı sevmiyorum, 4.olarak %2.9 ile baş ağrısı olduğu tespit edilmiştir (Can 1997).

Kocaoğlu’nun belirttiğine göre Türkiye Menopoz Derneği’nin yaptığı çalışmada kadınların %25’inin bir yıl içinde tedaviyi bıraktığı, bırakanların %35’inin kanser korkusu yaşadığı saptanmıştır. HRT’ne 3 ay - 1 yıl devam etme ile ilgili, ülkemiz ve dünyada yapılan çalışmalarda, tedaviye devam etmeme nedenlerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmalarda, doğal menopoza giren kadınlarda, HRT’ne devam etmeme nedenlerinde ilk sıralarda; kanama, meme hassasiyeti, kanser korkusu ve kilo alma yer almaktadır. Karakoç ve Erünus çalışmalarında, tedaviyi bırakma nedenlerinde ilk sıralarda hergün ilaç almayı istememe, Can (1997) yaptığı araştırmada ise HRT’ne yetersiz bilgilendirilme ve çevrenin olumsuz etkisini de ilk sıralarda belirtilen nedenler olarak saptanmıştır. Goldman ve arkadaşlarına göre, bir yıl sonunda HRT’ne devam etmeme nedenleri arasında arkadaşının bırakmasını tavsiye etmesi de ilk sırada yer alan devam etmeme nedenidir. Danimarka’da HRT’ni kendi ifade ettikleri, tedaviye bağlı olduğunu düşündükleri bazı yan etkileri bildirdikleri tespit edilmiştir. Çin’de yapılan bir çalışmada ise, kadınların devam etmeme nedenleri içinde doktorun tavsiye etmemesi de ilk sırada belirtilmiştir. Tütüncü ve Ark.’ın yaptığı çalışmada da yine tedaviyi bırakma

sebeplerinin başında Kansr korkusu ve kilo artışı gelmektedir. Blumberg ve Ark'larının yaptığı çalışmada da HRT başlamama nedenleri, yan etkilerden korktuğu için ve %26'sında kanserden korktuğu için sonuçları çıkmıştır(Blumberg Et al 1996,Can 1997, Tütüncü ve Ark.1999).

Çalışmamızda kadınların HRT'yi bırakma nedenleri kanser korkusu, ilaç kullanmayı sevmeme, kilo alma nedenleriyle kullanmaması ya da bırakması sonuçları diğer araştırmalarla uyumlu bulunmuştur. Kadınlar menopoz ve HRT hakkında bilgilendirilmesi; ilaçların etki ve yan etkilerini bilmelerine sağlayacaktır. Böylece tedaviye uyumlarını kolaylaştıracak ve kullanım oranları artacaktır.

Eğitim durumu ile bırakma nedenleri incelendiğinde; menopoza giren kadınların eğitim durumlarına göre ilacı okur yazar olmayanların %9.6'sı hiç ilaç almadığı, %5.8'i DKB iken, ilkokul ve üzeri %50.1 ile hiç ilaç almadığı, %35.6'sının ise ilaç kullanıp bıraktığı görülmüştür. Eğitim durumu ile ilaç kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Can (1997) yaptığı araştırmada eğitim durumu ile bırakma nedenleri incelendiğinde menopoz hakkında bilgisizlik HRT hakkında bilgisizlik, kilo alma, kanser korkusu, vajinal kanama ve doktor tavsiye etmemesi gibi bırakma ve başlamama nedenleri ile eğitim durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Bizim araştırmamızın sonuçları ile benzer özellik göstermektedir (Can 1997).

Kişilerin bilgi alma kaynakları ile tedavi alma arasında komşu ve arkadaşlardan bilgi alanların hiç ilaç kullanmayanların oranı %33.7, DKB %15.4'dür. Bunların aralarındaki ilişki istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Can (1997) yaptığı çalışmada çevrenin etkisi hormon tedavisine başlamama ve bırakmada önemli bir neden olarak belirlenmiştir. İstatistiki açıdan bu ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Goldman ve arkadaşlarına göre de bir yıl sonunda HRT'ne devam etmeme nedenleri arasında arkadaşlarının bırakmasını tavsiye etmesi de ilk sırada yer alan devam etmeme nedenidir. Işık ve Vural'ın yaptığı çalışmada da HRT hakkında bilgi alma kaynakları %48 oranında arkadaşları olduğu bulunmuştur(Işık ve Vural 2000). Bizim çalışmamıza bu sonuçlarla uyum sağlamaktadır. Bu sonuç bize Afyonkarahisar'da aile, akraba, komşu, arkadaş ilişkilerinin yakın olduğu ve kadınların birbirleri üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Bu nedenle HRT tedavisinde sadece kadınlara önermekle başarı sağlanmayacağı yakınlarında eğitilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir. Kadınların beklendik bir durum olan menopoza karşı bilgi düzeylerinin artmasıyla birlikte menopozu daha pozitif algılamaları sonucunda kadınların fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir süreç olan menopoza hazır oluşluklarını sağlayacak düzeyde yeterli bilgi verilmesinin gerekliliğinin önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Kişilerin sağlık güvencesi ile tedavi alma arasında güvencesi emekli sandığı olanlarda hiç tedavi almayanlar %26, DKB %20.2 bulunmuştur. Sağlık güvencesi ile tedavi alma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Menopoza normal yolla girenlerin %47.1'i hiç ilaç almadığı %31.8'inin ise ilaçları düzensiz kullandığı ve bıraktığı görülmüş, cerrahi operasyonla menopoza girenlerin ise %12.8'inin hiç ilaç almadığı, %8.6'sının ise düzensiz kullanıp ilaçları bıraktığı gözlenmiştir. Menopoz şekli ile ilaç kullanma arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gelir durumunun ilaç almaya etkisi 550 TL ve altındaki gelire sahip kişilerde hiç ilaç almayan %4.3, DKB %7.5'dir. 1000 TL ve üzerinde geliri olanlardan hiç ilaç kullanmayan %61.7, DKB %26.7'dir. İki arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Can (1997) yaptığı çalışmada ekonomik gücün yetersizliğini HRT bırakmada %83 oranında bir neden olarak kabul edilmemiştir.

Afyonkarahisar daki kadınlarda gelir düzeyiyle HRT tedavisi kullanma oranı arasında sosyoekonomik faktörlerden ziyade yakın çevrenin daha etkili olduğu düşünülmektedir.

5. SONUÇLAR

Araştırmanın bulgularına göre elde edilen sonuçlar;

1. Araştırmaya katılan postmenopozal dönemdeki kadınların; %46.2'si 48-57 yaş aralığında, %51'i 68-82kg ağırlığında %48.1'i 156-161cm boyunda, %55.8'i ilk okul mezunu olup %87.5'i evli, %82.7'si ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Sağlık güvencelerine bakıldığında %46.2'si emekli sandığı %80.8 oranında 1.000 TL aylık gelire sahip oldukları bulunmuştur.

2. Postmenopozal kadınların %78.8'i doğal yolla menopoza girmiştir. Menopozdan sonra HRT kullanım oranlarına bakıldığında %59.6'sı hiç başlamamış %26'sı kullanıp bırakmış, %14.4'ü düzensiz kullanıp bırakmıştır.

3. Kadınların HRT bırakma ve başlamama nedenleri incelendiğinde; %48'i diğer nedenlerle (kilo alma, kaşıntı, v.b.), %24.5'i kanser korkusu, %9.6'sı ilacı sevmiyorum, %2.94'ü baş ağrısı nedenlerinden dolayı ilacı bırakmışlardır. HRT'ne başlamama nedenleri ise; %70.2'si diğer nedenler (ilaç kullanmayı sevmiyorum vb), %38.5 doktora gitmeme, %33.7 de kanser korkusudur. İlaç düzensiz kullanıp bırakma nedeni ise; %14.4 diğer nedenler (maddi nedenler), %11.5 unuttuyorum, %10.6 kanser korkusu olduğu bulunmuştur.

5. Menopoz ile ilgili medyada çıkan haberler postmenopozal kadınların %36.5'inin ilaçlardan korkmasına neden olmuştur.

6. Komşu ve çevrelerinin HRT hakkında söylediklerine bakıldığında %28.8'inin ilaçlardan korkmasına neden olduğu, %26'sının aklında şüpheli durumlar oluşturduğu, %26'sının dikkate almadığı bulunmuştur.

7. Menopoz hakkında bilgiyi %77.9 doktordan, %22.1'i ebe ve hemşireden almayı tercih etmektedirler.

8. Araştırmaya katılanların %34.7'sinin menopoz hakkında az bilgiye sahip oldukları, %26.9'unun etrafından duydukları bilgilere sahip oldukları, %20.3'ünün bilgi sahibi olmadığı, %20.2'sinin ise yeterli bilgi sahibi olduğu bulunmuştur.

9. Araştırmaya katılan kadınların menopozdan sonra doktora gitme oranları; %43.3'ü hiç doktora gitmemiş, %37.5'i yeterli oranda gitmemiş, %19.2'si ise düzenli kontrole gitmiştir.

6. ÖNERİLER

- 1.Menopozda olan kadınlara menopoz, menopozdaki şikâyetler, HRT ve yan etkileri hakkında bilgi verilmeli. Bununla HRT hakkında bilgisizlik oranı düşürülmeli ve hastaların HRT kullanmama ve bırakma nedenleri en aza indirilmelidir.
- 2.Her hastane bünyesine menopoz klinikleri açılmalı buraya başvuracak kadınlara menopoz ve HRT hakkında eğitim verebilecek profesyonelleşmiş hemşirelerin bulunması ve hizmetin yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- 3.Postmenpozal dönemdeki kadınların önemli bir sağlık sorunu olan kilo sorununa yönelik eğitim planı hazırlanarak beslenme ve egzersiz programı başlatılmalıdır.
- 4.Menopoz hakkındaki eğitime pubertede başlanarak özellikle okullarda menopoz eğitiminin verilmesi ve böylelikle sağlıklı gençlik, sağlıklı yaşlılığın hedeflenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- 5.Doktorun HRT başladığı ve kullanmalarını tavsiye ettiği hastalarına daha geniş bilgi ve danışmanlık almaları için profesyonelleşmiş hemşirelere yönlendirerek gerekli hizmetin alınmasını ve bakım sisteminin oluşmasını sağlamalıdır.
- 6.Menopoz ve HRT konularında yetkin ve uzman olan kişilerin, topluma ulaşma araçlarını (TV radyo, gazete, dergi v.b.) kullanılarak kadınları bu konularda bilgilendirmelerinin yaygınlaştırılması.
- 7.Araştırmada elde edilen bulgulara dayanılarak kadınların yararlanmasına kaynak oluşturacak, menopoz ve HRT'ni kapsamlı olarak inceleyen ama herkesin anlayabileceği şekilde eğitim kitapçıkların hazırlanması ve polikliniği başvuran kadınlara verilmesi
- 8.Araştırma sonuçlarının kadın hastalıkları doğum kliniğinde çalışan personel ile paylaşılması ve sonuçların uygulamaya yansıtılması gerekmektedir.

ÖZET

Araştırma, postmenopozal döneme giren kadınların hormon replasman tedavisini kullanmama ve kullanıp bırakma nedenlerini araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde bulunan Jinekoloji Polikliniğine başvuran çalışmayı kabul eden 104 kadın üzerinde yapılmıştır.

Araştırmada veriler 21 sorudan oluşan ve bireylerin sosyo-demografik özellikleri, HRT kullanımı ile ilgili bilgileri, HRT hakkındaki bilgilerinin nereden aldığını tespit etme amacı ile oluşturulmuş bir anket veri toplama formu uygulanarak yapılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS veri programında varyans analizi ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmaya katılan postmenopozal kadınların HRT'ni en fazla ilacı sevmeme, kilo alma korkusu, kanser korkusu, nedenleriyle hiç almamış ya da alıp bırakmışlardır. Çalışmamızda kişilerin bilgi alma kaynakları ile tedavi alma arasındaki ilişkiye bakıldığında; komşu ve arkadaşlarından bilgi alanların ilaç kullanmayanlara oranı %37.7, düzensiz kullanıp bırakanların oranı ise %15.4 dür. Bunların aralarındaki ilişki istatiki açıdan anlamlıdır.

Araştırmamız doğrultusunda menopoz dönemindeki kadınların menopoz ve HRT'ne ilişkin bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur. Menopoz ve HRT konularında yetkin ve uzman kişilerin, topluma ulaşma araçlarını(tv, radyo, gazete, dergi vb.) kullanılarak daha geniş kitlelerin bu konularda bilgilendirilmelerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

1.Bilgi Düzeyi 2.HRT 3. Kanser 4.Menopoz 5.Postmenopoz

SUMMARY

This study has been conducted on women who have entered the postmenopause phase with the objective of defining their reasons for refusal or withdrawal from the hormone-replacement therapy (HRT).

The research has been performed over 104 consenting sample women who sought treatment at the Gynecology Division of the Gynecology and Maternity Polyclinic of the Afyon Kocatepe University, Ahmet Necdet Sezer Practical and Research Hospital.

The data for the study has been collated using a questionnaire form composed of 21 questions examining the individual patients socio-demographic attributes, knowledge on HRT and identifying their source of information on HRT. The resulting data was analysed on the SPSS Statistics Program using variance analysis and the chi-square test.

The postmenopausal women samples who participated in the study indicated; dislike of medication, fear of gaining weight and suspicion of cancer, as the main reasons for refusal or withdrawal from HRT. When exploring the relationship between womens source of information and decision to take up treatment the results have revealed that the portion of women who obtain information from family and friends compared to those who do not take up treatment is 37.7% and those who take up unregular treatment and withdraw are 15.4%. The relationship between the two have been identified as meaningful.

It has been suggested within the frame of the study that, womens knowledge level on menopause and HRT ought to be improved. Qualified and experts on menopause and HRT using the public media tools (TV, radio, newspapers, magazines and etc) should expand the information towards the wider general public on the subject.

Key Words:

1.Knowledge level 2. HRT 3. Cancer 4. Menopause 5. Postmenopause

KAYNAKLAR

- AKHAN S., BÜYÜKÖREN A.(1998), Postmenopozal Osteoporoz ve Hormon Replasman Tedavisi Galenos, sy:21-23
- AKKUZU G.(2004), Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınlarda Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Tedaviye Uyuma Etkisi,Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ALTUĞ ÖZSOY S., BAYIK A.(1990), Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınlarda Menopozun Epidemiyolojik İncelemesi ve Menopozla ilgili Sorunların Saptanması 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri
- AŞUT Ö.(2000), Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Tartışması Sted cilt 11 sayı 6 (231)
- ATASÜ T., ŞAHMAY S.(2001), Klimakterium ve Menopoz, Jinekoloji, Nobel Kitabevi, İstanbul
- BAŞARAN A.(2008), Menopoz, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, AYHAN A., DURUKAN T., GÖKŞİN E., GÜRGEN T., KİŞNİŞÇİ H., ÖNDEROĞLU L.S., ÜSTAV K., GÜNEŞ Tıp Bilgisi, sy:941-961
- BENGÜSÜ E., BUYRU F.(2002), Jinekolojik Kanserli Hastalarda HRT, Jinekolojik Onkoloji, GÜNER H., Ankara
- BERKMAN S., AKHAN S. E.(2002), Üreme Çağında ve Postmenopozal Dönemde Kullanılan Hormonal Tedaviler ve Genital Kanserler, Jinekolojik Onkoloji, GÜNER H., Ankara
- BLOOMBERG G., KAPLAN B., RABINERSON D., GOLDMAN G.A. KİTAI E., NERI A. (1996)., Women's Attitudes Towards Menopause and Hormone Replacement Therapy International Fedaration of Gynecology and Obstetrics 0020-7292/96
- BÜYÜKÇOTUR S.(2003), Postmenopozal Hormonlar Yalnızca Semptoma Yönelik Tedavi, Literatür, c:39, sy:590
- CAN D.(1997), Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisi Benimsememe Nedenleri ve Bu Tedavinin Menopozal Sendrom Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- ÇAY G.(1998), Klimakterium ve Menopoz Döneminde Hormon Replasman Tedavisi Türk Hemşireler Dergisi, cilt:48, sayı: 4, sy:12-15
- GRADY D.(2003), Postmenapausal Hormones Therapy for Symptoms Only The New England Journal of Medicine, cilt:348, sy:1835-1837
- DEMİR Ü., KARACAN Ertem G.(2001), Menopoz ve Cinsellik Hemşirelik Formu Dergisi, cilt: 4, sayı:
- ERTÜNGEALP E., SEYİSOĞLU H.(1997), Klimakterium ve Hormon Replasman Tedavisi, Aktüel Tıp Dergisi Osteoporoz, cilt:2, sayı:8, sy:499-504
- ERTÜNGEALP E.(2000), Menopoz ve Osteoporoz Tarihçesi, Ulusal Menopoz ve

- Osteoporoz Derneği Yayını, ERTÜNGEALP E., SEYİSOĞLU H., İstanbul,
- GEZER A., ŞENTÜRK L., ERTÜNGEALP E.(2006), Klimakteriyum, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ayürek C., Çiçek N., Haberal A., Güneş Kitapevi
- HOWARD L. JUDD M.D., (1994), Menopoz ve Postmenopoz, Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis Tedavi, MARTIN L., PERNOLL M.D., Cilt 2, Barış Kitapevi
- HAMMOND C.D.(1997),Klimakterik Dönem, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, SCOOT R.J., DIASATA P.J., HAMMOND C.D., SPELLACY W.N., 771-789
- LUUKKAINEN T. Hum Reprod, (2002), Issues to Debate On The Women's Health Initiavite; Failure of Estrojen Plus rogestin Therapy for Prevention of Breast Cancer Risk, 18(8):1559-61
- IŞIK G., VURAL G.(2001), Menopoz Polikliniğine Başvuran ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri Hemşirelik Araştırma Dergisi 1:39-47
- SPREROFF Leon ve FRITZ Marc A,(2007), Menopoz ve Perimenopozal Geçiş, Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite
- MC TAGGART L. (1994), Wonder Drug? Nursing Times 90 (4); 33-38,
- New Focus(1992), Responding to Chang, Nursing Time, February 26, Vol 88, No:9
- SARAÇOĞLU F.(1997), Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi Türk Hemşireler Dergisi, cilt:47, sayı:4, sy:37-40
- SELAM B., TOPÇUOĞLU A.(2004), Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Kullanımı ile İlgili Tartışmalar ve Güncel Yaklaşımlar Düzce Tıp Fakültesi Dergisi ; 3 : 38-43
- TIRAŞ M. B., KURDOĞLU M. (2004), Postmenopozal Hormon Replasman Tedavisinde Güncel Yaklaşımları Sted, cilt:13, sayı:9, sy:332-334
- TURFANDA A., BÜYÜKÖREN A.(1997), Hormon Replasman Tedavisi, Aktüel Tıp Dergisi Osteoporoz, cilt:2, sayı:8, sy:505-508
- TÜFEKÇİ M., ÇOLAK Z.(1992), Gynecological Endocrinol; (Suppl 1) Transdermal Östradiolün Lipit Metabolizması Üzerine Etkileri
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği Hormon Tedavisi Konsensus Sonuçları 4-5 Ekim 2003 İstanbul
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro Inc., Ankara, Türkiye
- Tütüncü L., Müngen E., Ergür A., Ertekin A., Yergök Y(1999)., Post Menopozal Kadınların Hormon Replasman Tedavisine Uyumluluğu Gülhane Tıp Dergisi 41 (3) : 348-353
- HURD William W., AMESSE Lawrence S., RANDOLH John F., Jr.(2004), Menopoz, Novak Jinekoloji, BERK Jonathan S., Nobel Kitapevi,
- YARDIMCI E., YADIMCI O., TÜMERDEM Y.(1996), Menopoz ve Postmenopozda Sağlık Sorunları O.M.Ü. Tıp Dergisi, cilt:13, no:1, sy:47-51
- YEŞİLMURAT N.(2001), Menopozul Dönemindeki Kadınların Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgilerin ve Yakınmalarının

Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

YURDAKUL M., EKER A., KAYA D.(2007), Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, cilt:21, sayı:5, sy:187-193

YÜCEL A., BÜKÜLMEZ O.(1998), Menopozda Hormon Tedavisi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, cilt:7, sayı:7, sy:229-232

Afyon Kocatepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı Tez Anket Formu.
Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisi Kullanmayan
Kadınların İlaç Kullanmama Sebepleri

Hasta No:Kilo:

Yaşınız: Boy:

1)Kaç yıldır menopozdasınız?

2)Menopoza girme şekliniz?

1.Normal 2. Cerrahi operasyon sonrası

3) Eğitim durumunuz?

1. Okur yazar değil

2. İlkokul

3. Ortaokul – Lise

4. Yüksekokul

4) Medeni Durumunuz

1. Evli2. Bekar – Dul

5) Mesleğiniz:

6) Aylık geliriniz ne kadar?

7) Sağlık güvenceniz var mı?

1. Yok2. SSK3. Emekli Sandığı4. Bağ-kur5. Yeşil Kart

8) Geçirmiş veya şu anda mevcut bir sistemik hastalığınız var mı?

9) Sistemik hastalığınız var ise nedir?

10) Menopoz hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?

1. Yeterli bilgiye sahibim.
2. Az bilgim var.
3. Bilgi sahibi değilim.
4. Etraftan duyduklarımı biliyorum.

11) Menopoz hakkında nerden bilgi edindiniz? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

1. Doktora başvurarak.
2. Gazete – dergi.
3. Televizyon.
4. Komşularımdan ve arkadaşlarımdan.
5. Bilgim yok.

12) Menopoza girdikten sonra kontrol için hiç doktora gittiniz mi?

1. Hiç gitmedim
2. Düzenli kontrollerime gidiyorum
3. Yeterli oranda gitmedim

13) Menopoz için herhangi bir tedavi aldınız mı?

1. Hayır hiç almadım
2. Düzensiz kullandım
3. Kullandım bıraktım

14) Hiç ilaç kullanmadı iseniz nedeni nedir? (Öncelik sırasına göre sıralayınız)

1. Doktora gitmedim.
2. Ekonomik olarak imkanım yok.
3. Kilo almaktan endişe duydum.
4. Doktor ilaç kullanmamı önermedi.
5. Komşu ve arkadaşlarım kullanıyor memnun olmadıkları için.
6. Kanser korkusu.
7. Menopoz açısından şikayetim olmaması.
8. Tedavinin faydalı olduğuna inanmıyorum.
9. Gazete ve dergide çıkan haberler nedeniyle oluşabilecek yan etkilerden korkma.
10. İlaç kullanmayı sevmiyorum.
11. Başka bir hastağım olması dolayısıyla kullanamıyorum.
12. Menopoz tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadığımdan.
13. Diğer:

15) Daha önce HRT kullanıp bıraktı iseniz ne kadar süre kullandınız? (Yıl ay)

16) Kullandığınız HRT preparatı neydi?

1. Oral
2. Transdermal
3. Nazal

17) İlaç kullanmaya başladınız ve bıraktı iseniz nedeni nedir? (Öncelik sırasına göre sıralayınız?)

1. Vajinal kanamaların olması
2. Baş ağrısı
3. Kilo alma
4. Arkadaş ve dostlarımın kullanıp memnun olmaması
5. Kanser korkusu
6. Bulantı kusma
7. Şişkinlik
8. Kendimi psikolojik olarak rahatsız hissettim
9. İlaç bulamama
10. Maddi nedenler nedeni ile ilaç alamıyorum
11. Kaşıntı
12. İlaç kullanmayı sevmiyorum
13. Faydasını görmediğim için
14. Doktor ilaçlarımı kesti
15. Gazete, dergi ve televizyonda çıkan haberler nedeni ile ilaçları kestim
16. Diğer:

18) İlaçlarınızı düzensiz kullanıyorsanız nedeni nedir? (Öncelik sırasına göre sıralayınız)

1. İlaç bulamıyorum
2. Unutuyorum
3. Maddi nedenler nedeni ile ilaç almıyorum
4. Kanser korkusu
5. Kilo aldığım için
6. Tedavinin hiç bir faydasını görmediğim için
7. Devamlı ilaç kullanmayı sevmiyorum
8. Diğer:

19) Gazete, dergi ve televizyonda menopoz tedavisi (hormon tedavisi) ile ilgili çıkan yayınlar yada haberler sizi ne yönde etkiliyor? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

1. Dikkate almıyorum.
2. Kesinlikle dikkate alıyorum.
3. Doktoruma başvurup bu konuda detaylı bilgi alıyorum.
4. Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor.
5. İlaçlardan korkmama sebep oluyor.
6. Haber nedeniyle ilaç kullanmayı bıraktım.

20) Komşularınızın menopoz hakkında söyledikleri sizi ne yönde etkiliyor? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

1. Dikkate almıyorum.
2. Kesinlikle dikkate alıyorum.
3. Onların söylediklerini doktoruma danışıyorum.
4. Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor.
5. İlaçlardan korkmama neden oluyor.
6. Komşularımın sözlerinden dolayı ilaç kullanmayı bıraktım.

21) Postmenopozal dönemde ilaç kullanımı ve menopoz hakkındaki bilgiler sizce nereden alınmalı? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

1. Doktordan
2. Dergi – Gazete
3. Televizyondan
4. İnternette
5. Ebe - Hemşire