

Menopoz Semptomlarına Özgü Güncel Kanıt Temelli Uygulamalar

Current Evidence-Based Practices for Menopausal Symptoms

Burcu ÖSKAN FIRAT¹, Ergül ASLAN²

ÖZ

Bu derlemenin amacı menopoz döneminde kadınlara danışmanlık ve bakım veren hemşirelerin bütüncül yaklaşımla, kanıt temelli uygulamalar ışığında bakım sunmalarını sağlamak ve güncel önerileri literatür doğrultusunda incelemektir. Menopoz over fonksiyonlarının kaybı nedeniyle menstrüel periyodun kalıcı olarak sona ermesi olarak tanımlanmaktadır. Üreme çağıının son evresi olan bu fizyolojik süreç kadınların hem fiziksel hem de duygusal sorunlar yaşamalarına neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Premenopozal dönemin başında over fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak adet düzensizlikleri, doğurganlıkta azalma, vazomotor semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, baş ağrısı, ruh hali değişiklikleri gibi erken dönem semptomları ortaya çıkarken, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar ise geç dönemde ortaya çıkmaktadır. Menopoz döneminde yaşanan bu semptomların yönetiminde birçok kanıt temelli uygulama mevcuttur. Bu uygulamaların başında menopoz semptomlarının kapsamlı şekilde sorgulanması, hormon tedavisi, hormonal olmayan farmakolojik ajanlar, düzenli egzersiz, yoga ve gevşeme egzersizleri, beden kitle indeksini normal sınırlarda tutma, sigara içmekten kaçınma, vücut sıcaklığını düşürecek uygulamalar, D vitamini desteği, menopoz semptomlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Kanıt Temelli Uygulamalar, Menopoz

ABSTRACT

The aim of this review is to ensure that nurses, who provide counseling and care to women during menopause, deliver care with a holistic approach, in the light of evidence-based practices, and to examine current recommendations in accordance with the literature. Menopause is defined as the permanent end of the menstrual period due to loss of ovarian function. This physiological process, which is the last stage of the reproductive age, causes women to experience both physical and emotional problems and negatively affects their quality of life. At the beginning of the premenopausal period, as a result of the reduction of ovarian function, early symptoms such as menstrual irregularities, decrease in fertility, vasomotor symptoms, sexual dysfunction, sleep disorders, headaches, mood swings arise, while osteoporosis and cardiovascular diseases emerge in the later period. There are many evidence-based practices in the management of these symptoms during menopause. Said practices are thorough questioning of menopause symptoms, hormone therapy, non-hormonal pharmacological agents, regular exercise, yoga and relaxation exercises, keeping body mass index in a normal range, avoiding smoking, applications that will lower the body temperature, vitamin D supplement and training and consulting services for menopause symptoms.

Keywords: Nursing Care, Evidence-Based Practices, Menopause

¹ Burcu FIRAT, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, burcum_oskaan@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-9541-0269

² Prof. Dr. Ergül ASLAN, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, ergul34tr@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-6529-5992

GİRİŞ

Menopoz over fonksiyonlarının kaybı nedeniyle menstrüel periyodun kalıcı olarak sona ermesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Over fonksiyonları aniden değil aşamalı olarak azalmaktadır.² Bu nedenle kadın hayatının önemli evrelerinden olan bu süreç premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönem olarak ele alınmaktadır. Premenopozal dönem genellikle menopozdan hemen önceki bir veya iki yılı kapsamaktadır. Menopoz dönemi son adet tarihinden sonra cerrahi veya patolojik nedenler olmaksızın arka arkaya en az 12 ay boyunca amenore yaşanması durumudur.³ Menopoz yaşı kadınlar arasında farklılıklar göstermekle birlikte genellikle 45-55 yaş aralığı normal yaş sınırı olarak kabul edilmektedir. 40 yaş altı prematür, 40-44 yaş aralığı erken, 55 yaş üzeri ise geç menopoz olarak sınıflandırılmaktadır.² Gelişmiş ülkelerde, menopoz yaşı 49 ila 52 arasında değişirken ortalama 51,4'tür.⁴ İngiltere'de menopoz yaşı ortalama 51'iken, kadınların % 1'inin 40 yaşından önce menopoza girdiği görülmüştür.⁵ Mısır'da menopoz yaşı ortalama 46,7 yıldır. Ancak kadınların birkaç yıl öncesinde menopozla ilişkili semptomlar yaşamaya başladıkları görülmektedir.⁶ Hindistan'da menopoz yaşı 46,2, Türkiye'de ise ortalama 48 yıldır.^{7, 8}

Dünya nüfusunun giderek yaşlanmasıyla birlikte 2030 yılına kadar dünya çapında 1,2 milyar kadının perimenopozal veya postmenopozal dönemde olacağı tahmin edilmektedir.⁹ Üreme çağının son evresi olan bu fizyolojik süreç kadınların hem fiziksel hem de duygusal sorunlar yaşamalarına neden olarak yaşam kalitelerini düşürmektedir.¹⁰ Kadın hayatının doğal bir dönemi olan menopoz esnasında her 4 kadından yaklaşık 3'ü menopoza özgü şikayetler yaşamaktadır.¹ Klimakterik dönemin başında over fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak adet düzensizlikleri,

doğurganlıkta azalma, vazomotor semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, baş ağrısı, ruh hali değişiklikleri gibi erken dönem semptomları ortaya çıkarken osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar ise geç dönemde ortaya çıkan sorunlardır.^{11, 12}

Bu derlemenin amacı menopoz döneminde kadınlara danışmanlık ve bakım veren hemşirelerin bütüncül yaklaşımla, kanıt temelli uygulamalar ışığında bakım sunmalarını sağlamak ve güncel önerileri literatür doğrultusunda incelemektir. Menopoza ilişkin uluslararası literatürde yer alan kılavuzların kanıt ve öneri düzeyleri derlenmiş olup, menopoz semptomları bu kılavuzlara göre incelenmiştir (Tablo 1).

Doğurganlığın Azalması ve Uterin Kanamalarda Kanıt Temelli Uygulamalar

Doğurganlık, özellikle 35 yaşından sonra veya menopozdan yaklaşık 15 yıl önce artan yaşla birlikte azalmaktadır. Bu dönemde doğurganlık azaldığı ve spontan abortus, kromozom anomalili fetüs, erken doğum, fetal mortalite ve sezaryen doğum gibi gebelik ile ilişkili komplikasyonlar arttığı için, kadınlara yaş ilerledikçe artan infertilite riski ve olumsuz gebelik sonuçları konusunda bilgi verilmelidir (Kanıt Düzeyi II).¹³

Kadınların yaklaşık %90'ı, doğal menopozdan 4-8 yıl önce menstrüel siklus değişiklikleri yaşamaktadır. Bu süreç kadınların anemi, cinsellik de dâhil olmak üzere aktivitelerin engellenmesi ve yaşam kalitesinin düşmesi ile sonuçlanan uzun bir süreçtir. Anormal uterin kanama ile başvuran üreme çağında olan cinsel aktif her kadında gebelik mutlaka dışlanmalıdır (Kanıt Düzeyi I).¹³

Tablo 1. Kılavuzların Kanıt Düzeyleri

Menopozla İlişkili Vazomotor Semptomların Hormonal Olmayan Yönetimi: 2015 Durum Açıklaması Kuzey Amerika Menopoz Derneği ²³	Kanıt Düzeyi I: Yüksek kaliteli randomize çalışmalar ve Kanıt Düzeyi I çalışmalarının sistematik derlemeleri. Kanıt Düzeyi II: Daha düşük kaliteli randomize, kontrollü çalışmalar, Kanıt Düzeyi II çalışmaların sistematik incelemeleri veya tutarsız sonuçlara sahip Kanıt Düzeyi I çalışmalar. Kanıt Düzeyi III: Kontrolsüz araştırmalar, vaka kontrol çalışmaları, Kanıt Düzeyi III çalışmaların sistematik incelemeleri. Kanıt Düzeyi IV: Vaka serileri, vaka kontrol çalışmaları. Kanıt Düzeyi V: Uzman görüşü
Kuzey Amerika Menopoz Derneği 2017 Hormon Tedavisinin Durumunun Açıklanması Kanıt Düzeyleri ¹⁷ Kuzey Amerika Menopoz Derneği Orta Yaş Kadınlarının Klinik Bakımı İçin Öneriler ¹³	Kanıt Düzeyi I: İyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayanmaktadır. Kanıt Düzeyi II: Sınırlı veya tutarsız bilimsel kanıtlara dayanmaktadır. Kanıt Düzeyi III: Fikir birliği ve uzman görüşüne dayanmaktadır.
2016 Uluslararası Menopoz Derneği Kadınların Orta Yaş Sağlığı ve Menopozda Hormon Tedavisi ile ilgili Önerileri ³⁴	<1++> Yüksek kaliteli meta analizler, randomize kontrollü çalışmalar veya çok düşük yanlılık riski olan randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak gözden geçirilmesi <1+> İyi yürütülmüş meta analizler, randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemeleri veya düşük yanlılık riski olan randomize kontrollü çalışmalar <1-> Meta analizler, randomize kontrollü çalışmaların veya yüksek yanlılık riski olan randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak gözden geçirilmesi <2++> Yüksek kaliteli vaka kontrol çalışmaları, yüksek kaliteli vaka kontrol çalışmalarının sistematik olarak incelenmesi, kohort çalışmaları, yanlılık, şaşırtma veya olasılık riski çok düşük ve ilişkinin nedensel olma olasılığı yüksek olan kohort çalışmaları <2+> Yanlılık, şaşırtma veya olasılık riski düşük ve ilişkinin nedensel olduğuna dair orta olasılıkla iyi yürütülen vaka-kontrol veya kohort çalışmaları <2-> Yanlılık, şaşırtma veya olasılık riski yüksek ve ilişkinin nedensel olmaması açısından önemli risk taşıyan vaka kontrolü veya kohort çalışmaları <3> Analitik olmayan çalışmalar, örn. vaka sunumları, vaka serileri <4> Uzman Görüşü
Menopoz Semptomlarının Tedavisi: Endokrin Derneği Klinik Uygulama Kılavuzu Kanıt Düzeyleri ²⁷	1 Güçlü öneriler 2 Zayıf öneriler ⊕○○○: Çok düşük kalite kanıtları ⊕⊕○○: Düşük kalite kanıtları ⊕⊕⊕○: Orta kalite kanıtları ⊕⊕⊕⊕: Yüksek kalite kanıtları ifade etmektedir.

Vazomotor Semptomların Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Sıcak basmaları ve/veya gece terlemelerini kapsayan vazomotor semptomlar üst vücut, kollar ve yüzde yoğun ısı artışı sonucu aşırı terleme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Vazomotor semptomlar ortalama 7,4 yıl sürerken, bazı kadınlarda on

yıldan fazla sürmektedir.¹⁴ Vazomotor semptomlar menopozdaki kadınların %73'ünü etkilemekte ve birçok kadının tedavi görmesine neden olmaktadır.¹² Birleşik Devletlerde vazomotor semptom prevalansının yaklaşık 40 ila 50 milyon olduğu tahmin edilmektedir.⁹ Sıcak basması aşırı terleme nedeniyle rahatsız edici ve utanç verici bir durum olmakta, kadınların uyku

sorunları yaşanmasına neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.¹⁵

Menopoz döneminde ortaya çıkan vazomotor semptomlar uyku düzenini veya yaşam kalitesini olumsuz etkiliyorsa semptomları azaltmaya yönelik tedavi planlanmalıdır. Bu tedavi bireyin tıbbi öyküsü, tedaviden beklentileri, menopoz ve ilaç kullanımına yönelik kişisel tutumuna göre ayarlanmalıdır (Kanıt Düzeyi I). Seçilen tedavinin türü, süresi, semptomların şiddeti ve olası tedavi riskleri dikkate alınarak her kadın için bireysel tedavi uygulanmalıdır (Kanıt Düzeyi II).¹³

Vazomotor semptomların yönetiminde hormonal ve hormonal olmayan tedavi seçenekleri tercih edilmektedir. Hormon tedavisi menopoza bağlı vazomotor semptomların hafifletilmesi için kullanılan etkili tedavi biçimidir (Kanıt Düzeyi I). Bu etkinliği kanıtlayan birçok çalışma mevcuttur. Herhangi bir kontrendikasyonu olmayan kadınlarda rahatsız edici vazomotor semptomlar için hormon tedavisi ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir (Kanıt Düzeyi I). Sadece östrojen içeren veya progestin ile kombine kullanılabilen oral veya transdermal hormon tedavisinin vazomotor semptomları azalttığı görülmüştür.^{16,17} Yapılan çalışmalarda hormon terapisinin sıcak basması ve gece terlemelerini %70 oranında azalttığı bilinmektedir.¹⁸

Vazomotor semptomların tedavi seçeneklerine bakıldığında transdermal estradiol (0,025 mg/gün) hem vazomotor hem de vajinal semptomlarda kullanılmaktadır. Konjuge östrojen ile kombine edilmiş seçici östrojen reseptör modülatörü bazedoksifen, sıcak basmalarında tercih edilen Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylı bir tedavi seçeneğidir.^{13,16} Corbelli ve arkadaşlarının (2015) randomize kontrollü 9 çalışmayı inceledikleri sistemik derlemede, düşük doz transdermal östrojenin orta ve şiddetli sıcak basma sayısını azalttığına dair güçlü kanıtları vardır.¹⁹ Lobo ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında tek kapsül estradiol-progesteronun orta-şiddetli vazomotor

semptomların klinik olarak anlamlı düzeyde azalttığı gözlenmemiştir.²⁰

Menopozal vazomotor semptomların hormonal olmayan farmakolojik tedavilerin başında selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), klonidin ve gabapentin gelmektedir. Bir SSRI olan paroksetin FDA tarafından vazomotor semptomların yönetimi için önerilen birincil tedavi seçeneğidir.¹⁸ Pinkerton ve arkadaşlarının (2015) yaptığı randomize çalışmada orta ve şiddetli düzeyde vazomotor semptomları olan kadınlara günde bir kez 7.5 mg paroksetin verilmiştir. 4. hafta sonunda vazomotor semptomlar nedeniyle meydana gelen uyku sorunlarının azaldığı 12. ve 24. haftada azalmanın sürdüğü ve uyku süresinin arttığı saptanmıştır.²¹ Pinkerton ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir diğer randomize kontrollü çalışmada ise gün boyunca en az 7 sıcak basması olan 299 kadın 24 hafta boyunca Gabapentin tedavisi almış ve sonuç olarak tedaviden sonra kontrol grubuna kıyasla sıcak basması sıklığı ve şiddetinin azaldığı görülmüştür.²²

Vazomotor semptomları hafifletmeye yardımcı hormonal olmayan yöntemlerin başında vücut sıcaklığını düşürmek, beden kitle indeksini normal sınırlarda tutmak, sigara içmekten kaçınmak, düzenli egzersiz yapmak ve gevşeme tekniklerini uygulamak gibi yaşam tarzı değişiklikleri gelmektedir.¹³ Vücut sıcaklığını düşürmek için önerilen uygulamaların başında uygun giysi seçimi ve çevre ısısının kontrolü gelmektedir. Giysi seçerken kazak yerine kısa kollu bluz ve hırka şeklinde kat kat giysiler tercih edilmelidir. Oda sıcaklığı düşürülmeli, el fanı kullanılmalı, gece uyurken yastığın altına soğuk bir paket konulmalı ve ısındığında diğer yüzü çevrilmelidir (Kanıt Düzeyi V). Ayrıca alkol, baharatlı yiyecek ve içecek gibi vücut ısısının artmasına neden olacak gıdaları tüketmemelidir (Kanıt Düzeyi V).²³

Orta yaştaki kadınlar için egzersiz yapmanın sağlık açısından birçok yararı olsa da bugüne kadar yapılan randomize çalışmalar fiziksel aktivitenin vazomotor semptomları azalttığını desteklememektedir (Kanıt Düzeyi I). İtalya'da menopoz kliniklerine başvuran 65, 501 kadınla yapılan

bir çalışma düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip kadınların daha şiddetli vazomotor semptomlar yaşadığını ortaya koymuştur. Farklı ülkelerden 12, 245 kadınla yapılan başka bir çalışmada da benzer ilişki bulunmuştur. Col'un (2009) çalışmaya dahil olan kadınları 13 yıl takip ettiği araştırmasında egzersiz yapan kadınların daha kısa süre vazomotor semptomlar yaşadığını saptamıştır.^{23,24}

Yoganın vazomotor semptomları azalttığı düşünülmektedir. Avis ve arkadaşlarının (2014) 45-58 yaş aralığında perimenopozal (2-12 ay amenore) ve postmenopozal (12 aydan uzun süredir amenore) dönemde olan, 4 hafta boyunca günde en az 4 kez sıcak basması sorunu yaşayan 54 kadın ile yaptıkları randomize çalışmada kadınlar yoga, sağlık ve sağlıklı yaşam eğitimi ve bekleme listesi kontrol grubuna ayrılmıştır. Yoga ve sağlıklı yaşam eğitimi grubuna 10 hafta boyunca 90 dakikalık dersler verilmiştir. Yoga grubuna ayrıca ev pratikleri önerilmiştir. 10. Haftanın sonunda yoga grubunun vazomotor semptomlarında %66, sağlık ve sağlıklı yaşam eğitimi grubunun semptomlarında %63, kontrol grubunda ise %36 oranında azalma olduğu görülmüştür (Kanit Düzeyi I). Klinik hipnoz için mevcut kanıtlar sınırlı olsa da vazomotor semptomların yönetiminde umut verici bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Ağrı ve anksiyete gibi kronik semptomları yönetmek için de yaygın olarak kullanılmaktadır.²³

Genitoüriner Semptomların Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Menopoz döneminde östrojen ve diğer seks steroidlerinin azalmasıyla dış genital organlar, üriner sistem ve cinsel işlevlere ait semptomlar ortaya çıkmakta ve bu durum menopozda genitoüriner sendrom olarak tanımlanmaktadır.²⁵ Hipoöstrojenizme bağlı olarak dış genital organlarda vulvar atrofi, bartholin bezleri atrofisi, vajen pH'sının alkalin olması (pH 5-7), vajinal ve servikal sekresyonların azalması, pelvik organ prolapsusu, üretranın intravajinal retraksiyonu gibi değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum sonucunda menopoz dönemindeki kadınlarda vajinal/pelvik ağrı

ve basınç, vajinal lubrikasyonda azalma, vulvar kaşıntı, lökore, ekimoz, stres inkontinans, urgency inkontinans, noktüri, dizüri, hematüri, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, cinsel istek ve libido kaybı, orgazm bozukluğu, disparoni, pelvik ağrı ve cinsel ilişki sırasında lekelenme ve kanama gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar premenopoz dönemindeki kadınların yaklaşık %15'ini, postmenopoz dönemindeki kadınların ise %40-54'ünü etkilemektedir.²⁶

Sağlık çalışanları tüm premenopoz ve postmenopoz dönemindeki kadınlara her kapsamlı ziyarette vulvovajinal ve üriner semptomlar hakkında sorular sormalıdır (Kanit Düzeyi II). Genitoüriner semptomları olan tüm kadınlara mevcut tedavi seçenekleri hakkında danışmanlık yapılmalı, hormonal ve hormonal olmayan tedavilerin etkinliği, riskleri ve yararları hakkında bilgi verilmelidir (Kanit Düzeyi II).¹³

Östrojen terapi genitoüriner semptomlar için kullanılan standart tedavidir. Bu tedavi sonucunda vajen pH'sında azalma, vaskülarite ve vajinal sekresyonda artış sonucunda vulvovajinal semptomlarda hafifleme olduğu kanıtlanmıştır. Hem sistemik hem de lokal formlar tedavide kullanılmaktadır.²⁶ Menopozda genitoüriner sendromda hormonal olmayan vajinal kayganlaştırıcı ve nemlendiriciler ilk tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir (Kanit Düzeyi II).¹³ Vajinal kayganlaştırıcı ve nemlendiriciler kullanılmasına rağmen genitoüriner semptomlarda azalma olmayan kadınlarda, hormona (östrojen) bağlı kanser öyküsü olmaması koşuluyla düşük doz vajinal östrojen terapisi önerilir (I|⊕⊕⊕⊕).²⁷ Düşük doz vajinal östrojen terapi (krem, tablet veya halka formu), genitoüriner sendromun kalıcı semptomları için oldukça etkili bir tedavi seçeneğidir (Kanit Düzeyi I).¹³ Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada düşük doz vajinal östrojenin 2 ila 3 hafta içinde vajinal ve üriner semptomları hızla iyileştirdiği görülmüştür.²⁷

Bir androjen türevi olan dehidroepiandrosteronun intravajinal

kullanıldığında menopozun genitoüriner semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür.²⁸ Randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir faz III çalışmasında %0.5/gün dehidroepiandrosteronun intravajinal uygulaması sonucunda yüzeysel hücre yüzdesinin arttığı, vajen epiteldeki parbasal hücrelerinin, vajen pH'sının ve disparoni şikayetinin azaldığı saptanmıştır. Sentetik bir steroid olan Tibolone ise vajinal matürasyonu iyileştirmenin yanı sıra part-androjenik özelliğiyle libidoyu artırıp, noktüri ve urgency inkontinansı azaltmaktadır.²⁶ Rahatsız edici vazomotor ve klimakterik semptomları olan ve kontrendikasyonları olmayan kadınlar için hormon tedavisini alternatif olarak Tibolone ülkelerinde varsa önerilmektedir (2|⊕⊕OO).²⁷

Son zamanlarda, lazer tedavisi kullanımı genitoüriner semptomların tedavisinde yenilikçi bir seçenek haline gelmiştir. 2014 yılında, FDA genitoüriner cerrahi için fraksiyonel mikroablatif karbon-dioksit lazer tedavisi kullanımını onaylamıştır (26). Paraiso ve ark.nın (2020) 62 kadınla yaptığı randomize kontrollü çalışmada 30 kadın lazer, 32 kadın ise lokal östrojenle 6 ay boyunca tedavi edilmiştir. Çalışmanın sonucunda fraksiyonel CO₂ vajinal lazer ve vajinal östrojen tedavisinin vajinal, üriner ve cinsel fonksiyonları benzer oranda iyileştirdiği görülmüştür.²⁹

Sağlık çalışanları, her kapsamlı ziyarette orta yaştaki kadınlara rahatsız edici idrar kaçırma semptomlarını sormalıdır (Kant Düzeyi II). Stres inkontinans davranışsal terapiler (örn. kilo kaybı), pelvik taban kas terapisi (Kegel egzersizleri, fizik tedavi) ve peserler ile başarıyla tedavi edilmektedir (Kant Düzeyi II). Urgency inkontinansın çoğu, davranışçı terapiler (örn. kafein ve sıvı kısıtlaması), mesane eğitimi ve antikolinergik ilaçlar ile başarıyla yönetilir (Kant Düzeyi I). Vajinal östrojen tedavisi rahatsız edici miksiyon ve urgency inkontinansının semptomlarını iyileştirmektedir (Kant Düzeyi II). Konservatif tedavi seçenekleri ile başarı elde edilemediğinde botoks enjeksiyonları ve sakral nöromodülasyon ile urgency inkontinans semptomları tedavi

edilir (Kant Düzeyi I). Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan postmenopozal kadınlar düşük doz vajinal östrojen terapi veya profilaktik antibiyotiklerle tedavi edilir (Kant Düzeyi I).¹³

Cinsel aktivite esnasında vajinal lubrikasyon sorunu yaşayan kadınlar için vajinal kayganlaştırıcılar önerilirken (2|⊕⊕OO), kontrendikasyonları olmayan postmenopozal kadınlarda vajinal atrofi ile ilişkili orta ila şiddetli disparoninin tedavisi için, Ospemifen kullanması önerilir (2|⊕⊕⊕O).²⁷ Ospemifen, günde 60 mg dozunda oral olarak uygulanan üçüncü nesil seçici östrojen reseptör modülatörüdür (SERM). Hormonal olmayan yeni bir sistemik ilaç olan Ospemifen, FDA ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından vulvovajinal atrofi nedeniyle yaşanan vajinal kuruluk ve disparoni tedavisinde kullanımı onaylanmıştır. Meme kanseri öyküsü olan kadınlar tarafından da kullanılabilir. Mevcut veriler, Ospemifen kullanan kadınların tedaviye daha fazla bağlı kaldıklarını, memnuniyet oranlarının yüksek ve ilacı bırakma oranlarının daha düşük olduğunu göstermiştir.³⁰

Uyku Sorunlarının Yönetiminde Kant Temelli Uygulamalar

Menopozda uyku kalitesinin bozulması ve kronik uykusuzluk oldukça yaygın bir sorundur. Kronik uykusuzluğa neden olan faktörlerin başında sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomlar, kilo alımı ve psikososyal stres gelmektedir. Bu dönemde kadınların %11,8 ile %56,6'sının uyku sorunları yaşadığı görülmektedir.³¹ Çok sayıda randomize kontrollü çalışma östrojenin vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, sinirlilik gibi yaşam kalitesinin düşüren sorunların tedavisinde kullanılan etkili yöntem olduğunu göstermektedir. Ayrıca dozun artması ile tedavi başarısının arttığı saptanmıştır.²⁸ 2015 yılında yapılan bir literatür incelemesinde 23 çalışma incelenmiş, düşük doz östrojen veya progesteron içeren hormon tedavisinin menopoz dönemindeki kadınların kronik uykusuzluk sorununu iyileştirdiğini gösteren 14 olumlu araştırma sonucu elde edilmiştir.

Ayrıca oral progesteronun yatıştırıcı etkiye sahip olduğu, bilişsel işlevleri etkilemeden gündüz uyku hali yarattığı saptanmıştır.¹⁷

Afonso ve arkadaşlarının 44 postmenopozal kadınla yaptıkları randomize çalışmada yoganın uyku sorunları, depresyon, anksiyete, vazomotor semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür.¹¹ Kronik uykusuzluk ve vazomotor semptomları olan 176 perimenopozal kadınla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 6 ay boyunca haftada 4 kez 50 dk. egzersiz yapan kadınların, sedanter yaşam süren kadınlara oranla uyku ve sıcak basması sorunlarının önemli bir iyileşme gösterdiği bildirilmiştir.³¹

Postmenopozal Migren Sendromu Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Dünya Sağlık Örgütü baş ağrısı bozukluklarını kadınların yaşamını etkileyen ilk beş durumdan biri olarak sıralamaktadır. Migren kadınların %43'ünü etkilerken erkeklerde görülme oranı %18'dir. Migrenin hormonal değişiklikler nedeniyle kadınlarda daha fazla görüldüğüne dair kanıtlar mevcuttur. Migren ataklarının sıklığı ve zamanı hormonal değişiklikten etkilenmektedir. Menarş, menstürasyon, gebelik, menopoz, oral kontraseptif kullanımı ve hormon tedavisinde migren atakları gelişmektedir. Menopoz sırasında bildirilen migren prevalansı %10-29 arasında değişmektedir. Baş ağrısı nedeniyle kliniğe başvuran kadınların migren öyküsü sorgulandığında, perimenopoz dönemindeki kadınların %41'i, premenopoz dönemindekilerin %13'ü, postmenopoz dönemindekilerin %17'si 6 aydır baş ağrısı yaşadıklarını ifade etmiştir.^{13,32}

Migren ve rahatsız edici vazomotor semptomları olan menopoz sonrası kadınlar, tipik olarak orta yaştaki kadınlar için reçete edilen dozlarda hormon tedavisini kullanabilir. Hormon tedavisi baş ağrılarını iyileştirebilir veya kötüleştirebilir. Hormon seviyelerindeki değişiklikler baş ağrısını tetikleyebileceğinden, sıklıkla hormon tedavi yerine sürekli tedavi tavsiye edilir (Kanıt Düzeyi II).¹³

Ruhsal Sorunların Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Kanıtlar yaşam boyu depresif belirtilerin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu nedenle, orta yaştaki kadınlar arasında depresif belirtileri ve risk faktörlerini incelemek önemlidir. Zang ve arkadaşlarının çalışması menopoz semptomları yaşayan kadınların (uyku bozukluğu ve sıcak basması) depresif belirtileri bildirme oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.³³ Sağlık çalışanları orta yaştaki kadınlarda depresif belirtileri taramalı ve sorun olduğu saptanırsa tedavi etmeli veya uygun yönlendirmeleri sağlamalıdır (Kanıt Düzeyi II). Hafif depresif belirtiler psikoterapiye iyi yanıt verirken, orta veya şiddetli depresif belirtiler genellikle psikoterapiye ek olarak farmakolojik tedavi gerektirir (Kanıt Düzeyi II). Danışmanlık ve stres azaltma teknikleri dâhil olmak üzere farmakolojik olmayan yöntemler, orta yaşta yaygın olarak ortaya çıkan stresin etkilerini azaltmak için tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir (Kanıt Düzeyi II). Eğitim, kadınların menopoz geçişiyle ilgili ruh hali belirtilerini anlamalarına ve bunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmada anahtardır (Kanıt Düzeyi II).¹³

Osteoporoz Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Postmenopozal osteoporoz, tepe kemik yoğunluğuna erişememe, menopozdan sonra hızlanan kemik kaybı, yaşa bağlı kemik kaybı veya bu faktörlerin bir araya gelmesinden kaynaklanmaktadır. Postmenopozal dönemde östrojen yokluğu nedeniyle hızlı kemik kaybı görülmektedir. Kalça kırığı, osteoporozun sağlık bakım sistemlerine olan mali yükünün büyük kısmından sorumluyken, diğer osteoporoz ile ilişkili kırıklar özellikle vertebral kırıklar morbiditeye neden olmaktadır.³⁴

İskelet sağlığında genetik yatkınlık rol oynasa da diyet, ağırlık kaldırma egzersizleri, kemik toksik maddelerin önlenmesi gibi yaşam tarzı faktörleri ile değiştirilebilir (<1+>).³⁴ Menopoz sonrası tüm kadınlar yeterli kalsiyum ve D vitamini almaya, düzenli egzersiz yapmaya, sigarayı

birakmaya, alkol alımını sınırlamaya ve düşme riskini azaltmak için ortamlarını değiştirmeye teşvik edilmelidir (Kanıt Düzeyi I).¹³ Menopoz hormon tedavisi riski yüksek olmayan kadınlarda bile vertebra ve kalça kırıkları da dahil tüm kırıkların insidansını azaltır (<1++>). Postmenopoz döneminde D vitamini için diyet referans aralığı 800–1000 IU'dur. D vitamininin ana kaynağı güneş ışığına maruz kalmaya bağlı olduğundan takviye ihtiyacı her kadında değişmektedir. Kanda 25- hidroksivitamin D seviyesinin ölçülmesi ile uygun doz belirlenmelidir (<4>). D vitamini desteğinin, yaşlı hastalarda kırık ve düşme riskini azalttığı görülmüştür (<2->).³⁴

Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Kardiyovasküler hastalık riski yaşla birlikte artmaktadır. Kadınların yaşam süresi erkeklerden daha uzun olduğu için kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bu hastalıklardan kaynaklı ölüm oranları kadınlar arasında daha yüksektir. Östrojenin kardiyovasküler sistem üzerinde koruyucu etkisi vardır. Bu nedenle postmenopoz döneminde kardiyovasküler hastalıkların prevalansında önemli bir artış gözlenmektedir. Kadınlarda miyokard enfarktüsü insidansı, erkeklerden daha düşük olmasına rağmen, menopozdan sonra önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Bu durum östrojenin doğrudan veya dolaylı koruyucu etkisinin ortadan kalkması sonucu ortaya çıkmaktadır. Menopoz yaşının düşmesi ile kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı görülmüştür. Bu nedenle, yüksek risk altındaki kadınların erken tanınması, uygun yaşam tarzı değişiklikleri ve tedavi seçeneklerinin zamanında uygulanması halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.^{35, 36}

Sigara kullanmama, kilo kaybı, kan basıncını düşürme, düzenli egzersiz, diyabet ve lipit kontrolü başlıca birincil korunma önlemleri arasındadır (<1->). Aspirin ve statin gibi erkeklerde etkili olan birincil koruma yöntemleri kadınlarda koroner hastalık ve kardiyovasküler mortalite için koruyucu etki sağlamamaktadır (<1++>).

Menopozda hormon tedavisinin vasküler fonksiyon, lipit seviyesi ve glikoz metabolizması üzerindeki yararlı etkisinin kardiyovasküler risk azalttığı görülmüştür (<1>). Hormon tedavisinin birincil koruma amacıyla 60 yaşın üzerinde kullanılması önerilmemektedir.³⁴

Menopoz Semptomlarında Hemşirelik Bakımı

Kadınlara menopozun evresi, yaygın semptomları, uzun dönem sonuçları, yaşam tarzı değişiklikleri, tedavi seçenekleri, tedavilerin yararları ve riskleri hakkında bilgi vermek, sadece kadınları değil eşlerini ve diğer aile bireylerini de bu dönemde yaşanan sorunlar hakkında bilgilendirmek, menopoz belirtileri olan kadınları saptayarak sağlığı korumak ve geliştirmek için eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek, bütüncül yaklaşımla, kanıt temelli uygulamalar ışığında hastalara çözüm önerileri sunmak hemşirelerin başlıca rolleri arasında yer almaktadır.^{5, 37, 38} Bu nedenle hemşirenin vazomotor semptomlar, genitoüriner semptomlar, uyku bozuklukları, psikolojik sorunlar başta olmak üzere tüm menopoz semptomları, hormonal ve hormonal olmayan tedavi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.²⁵

Hemşireler kadınlarla iyi bir iletişim kurarak var olan sorunların ifade edilmesine yardımcı olur. Kanıtlar doğrultusunda hastayla her karşılaşıldığında inkontinans, prolapsus, vajinal kuruluk, dispareni ve diğer cinsel sorunların varlığını sorgular. Rutin olarak her muayenede tekrar ederek ortaya çıkan değişiklikleri erken dönemde saptar.²³ Vazomotor semptomları ne sıklıkla yaşadığı, uyku düzeni ve yaşam kalitesine etkilerini sorgular. Tedavi planlandıktan sonra ilaçların yararları ve yan etkileri, nasıl kullanılması gerektiği hakkında kadını ve ailesini bilgilendirir. İyi bir eğitim ve danışmanlık programı ile diyetin düzenlenmesi, egzersiz, yoga, hipnoz vb. nonfarmakolojik yöntemlerin olumlu etkilerinden yararlanarak vazomotor semptomların azaltılmasına destek olur. Özellikle kadınları geç dönemde ortaya çıkan osteoporoz ve kalp damar hastalıkları riskinden koruyabilmek için diyet

düzenlenmesi, vitamin desteği, egzersiz, sigara ve alkol kullanımının bırakılması gibi olumlu davranışlara teşvik eder. Gerekirse alanında uzman fizyoterapist, diyetisyen vb.

sağlık çalışanları ile iş birliği yapar. Tüm tedavi seçenekleri hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirir.^{25, 28}

SONUÇ ve ÖNERİLER

Menopoz döneminde kadınların kısa ve uzun vadede yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek birçok semptom yaşadıkları görülmektedir. Bu semptomlarla baş etme yöntemleri konusunda kadınlara kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda eğitim ve

danışmanlık hizmeti vererek geçiş sürecine uyum sağlamalarına yardımcı olunmalı ve olası risklerden korunmalıdır. Semptomlarla baş etme konusunda randomize kontrollü çalışmalar yürütülerek daha fazla kanıt elde edilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Cramer, H, Lauche, R, Langhorst, J. and Dobos, G. (2012). "Effectiveness of Yoga for Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Article ID 863905, 1-11.
2. Lay, A.N.R, Nascimento, C.F, Horta B.L. and Filho A.D.P.C. (2020). "Reproductive Factors and Age at Natural Menopause: A Systematic Review and Meta-Analysis". Maturitas, 131, 57-64.
3. International Menopause Society, 2020. https://www.imsociety.org/menopause_terminology.php?SESID=vol4je0o9cfvkibcynv9lo6467#:~:text=phase%20of%20life,.Definitions,loss%20of%20ovarian%20follicular%20activity. (Erişim Tarihi: 06.09.2020).
4. Zhu, D, Chung, H.F, Pandeya, N, Dobson, A. J, Kuh, D, Crawford, S. L. and Mishra, G.D. (2018). "Body Mass Index and Age at Natural Menopause: An International Pooled Analysis of 11 Prospective Studies". European Journal of Epidemiology, 33 (8), 699-710.
5. The National Institute for Health and Care Excellence (2015). "Menopause: Diagnosis And Management". NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-pdf-1837330217413> (Erişim Tarihi: 01.09.2020).
6. Ibrahim, Z.M, Ghoneim, H.M, Madny, E.H, Kishk, E.A, Lotfy, M, Bahaa, A. and Mohamed, A. S. I. (2020). "The Effect of Menopausal Symptoms on The Quality of Life Among Postmenopausal Egyptian Women". Climacteric, 23 (1), 9-16.
7. Ahuja M. (2016). "Age of Menopause and Determinants of Menopause Age: A PAN India Survey by IMS". J Mid-life Health, 7, 126-131.
8. İkişik, H, Turan, G, Kutay F, Karamanlı D.C, Güven E, Özdemir E, Taşdemir, M. and Maral I. (2020). "Awareness of Menopause and Strategies to Cope with Menopausal Symptoms of The Women Aged Between 40 and 65 Who Consulted to a Tertiary Care Hospital". ESTUDAM Public Health Journal, 5 (1), 10-21.
9. Sussman, M, Trocio, J, Best, C, Mirkin, S, Bushmakim, A.G, Yood, R. and Louie, M. (2015). "Prevalence of Menopausal Symptoms Among Mid-Life Women: Findings From Electronic Medical Records". BMC Women's Health, 15 (58), 2-5.
10. Sharifa, S.N. and Darsareh F. (2019). "Effect of Royal Jelly on Menopausal Symptoms: A Randomized Placebo Controlled Clinical Trial". Complementary Therapies in Clinical Practice, 37, 47-50.
11. Tal, J, Suh, S.A, Dowdle, C. and Nowakowski, S. (2015). "Treatment of Insomnia, Insomnia Symptoms, and Obstructive Sleep Apnea During and After Menopause: Therapeutic Approache". Current Psychiatry Reviews, 11 (1), 63-83.
12. Jurgens, T, Chan, B, Caron, C. and Whelan, A.M. (2020). "A Comparative Analysis of Recommendations Provided by Clinical Practice Guideline for Use of Natural Health Products in The Treatment of Menopause related Vasomotor Symptoms". Complementary Therapies in Medicine, 49, 10228.
13. Shifren, J.L. and Gass, M.L.S. (2014). "The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care of Midlife Women". Menopause, 21 (10), 1038-1062.
14. Costanian, C, Zangiabadi, S, Bahous, S.A, Deonandan, R. and Tamim, H. (2020). "Reviewing the Evidence on Vasomotor Symptoms: The Role of Traditional and Non-Traditional Factors". Climacteric, 23 (3), 213-223.
15. Sievert, L.L, Begum, K, Sharmeen, T, Murphy, L, Whitcomb B.W, Chowdhury, O, Muttukrishna, S. and Bentley, G.R. (2016). "Hot Flash Report and Measurement Among Bangladeshi Migrants, Their London Neighbors, and Their Community of Origin". Am. J.Phys.Anthropol, 161, 620-633.
16. A.C.O.G. (2014). "Releases Clinical Guidelines on Management of Menopausal Symptoms". American Family Physician, 90 (5), 1-10.
17. The 2017 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society (2017). Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 24 (7), 728-753.
18. Bălan, A, Dima, L, Varga, I, Bigiu N.F. and Moga S. (2019). "Management Strategies of The Symptomatology and Pathology Associated with Menopause - an Overview". Bulletin of the Transilvania University of Braşov Series VI: Medical Sciences, 12 (61), 1-14.
19. Corbelli, J, Shaikh, N, Wessel, C. and Hess, R. (2015). "Low-dose Transdermal Estradiol for Vasomotor Symptoms". Menopause, 22 (1), 114-121.
20. Lobo, R.A, Archer, D.F, Kagan, R, Kaunitz, A.M, Constantine, G.D, Pickar, J.H, Graham, S, Bernick, B. and Mirkin, S. (2018). "A 17b-Estradiol-Progesterone Oral Capsule for Vasomotor Symptoms in Postmenopausal Women A Randomized Controlled Trial". Obstet Gynecol, 132, 161-70.

21. Pinkerton, J.V, Joffe, H, Kazempour, K, Mekonnen, H, Bhaskar, S. and Lippman, J. (2015). "Low-dose Paroxetine (7.5 Mg) Improves Sleep in Women with Vasomotor Symptoms Associated with Menopause". *Menopause*, 22 (1), 50–58.
22. Pinkerton, J.V, Kagan, R, Portman, D, Sathyanarayana, R. and Sweeney, M. (2014). "Phase 3 Randomized Controlled Study of Gastroretentive Gabapentin for the Treatment of Moderate-to-Severe Hot Flashes in Menopause". *Menopause*, 21 (6), 567–573.
23. Nonhormonal Management of Menopause-Associated Vasomotor Symptoms: 2015 Position Statement of The North American Menopause Society (2015). *Menopause*, 22 (11), 1155–1174.
24. Daley, A, Stokes-Lampard, H, Thomas, A. and MacArthur, C. (2014). "Exercise for Vasomotor Menopausal Symptoms". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28 (11), Art. No. CD006108.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006108.pub4>
25. Pace, D.T, Chism, L.A, Graham, S. and Amadio, J. (2020). "How Nurse Practitioners Approach Treatment of Genitourinary Syndrome of Menopause". *The Journal for Nurse Practitioners*, 16, 136-142.
26. Gandhi, J, Chen, A, Dagur, G, Suh, Y, Smith, N, Cali, B. and Khan, S. A. (2016). "Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview Of Clinical Manifestations, Pathophysiology, Etiology, Evaluation, and Management". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215 (6), 704–711.
27. Stuenkel, C.A, Davis, S.R, Gompel, A, Lumsden, M.A, Murad, M.H, Pinkerton, J.V. and Santen R.J. (2015). "Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100 (11), 3975–4011.
28. Kaunitz, A.M. and Manson, J.E. (2015). "Management of Menopausal Symptoms". *Obstet Gynecol*, 126 (4), 859–876.
29. Paraiso, M.F.R, Ferrando, C.A, Sokol, E.R, Rardin, C.R, Matthews, C.A, Karram, M.M. and Iglesia C.B. (2020). "A Randomized Clinical Trial Comparing Vaginal Laser Therapy to Vaginal Estrogen Therapy in Women with Genitourinary Syndrome of Menopause: The VeLVET Trial". *Menopause*, 27 (1), 50-56.
30. Cagnacci, A, Xholli, A. and Venier, M. (2020). "Ospemifene in the Management of Vulvar and Vaginal Atrophy: Focus on the Assessment of Patient Acceptability and Ease of Use". *Patient Preference and Adherence*, 14, 55–62.
31. Attarian, H, Hachul, H, Guttuso, T. and Phillips, B. (2015). "Treatment of Chronic Insomnia Disorder in Menopause". *Menopause*, 22 (6), 674–684.
32. Ripa, P, Ornello, R, Degan, D, Tiseo, C, Stewart, J, Carolei, A. and Sacco, S. (2015). "Migraine in Menopausal Women: A Systematic Review". *International Journal of Women's Health*, 7; 773–782.
33. Fu, J.X, Luo, Y, Chen, M.Z, Zhou, Y.H, Meng, Y.T, Wang, T, Qin S. and Xu, C. (2020). "Associations Among Menopausal Status, Menopausal Symptoms, and Depressive Symptoms in Midlife Women in Hunan Province, China". *Climacteric*, 23 (3), 259-266.
34. Baber, R.J, Panay, N. and Fenton, A. (2016). "2016 IMS Recommendations on Women's Midlife Health and Menopause Hormone Therapy". *Climacteric*, 19 (2), 109–150.
35. Muka, T, Oliver-Williams, C, Kunutsor, S, Laven, J. S. E, Fauser, B.C.J.M, Chowdhury, R. and Franco, O.H. (2016). "Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality". *JAMA Cardiol*, 1 (7), 767-776.
36. Dosi, R, Bhatt, N, Shah, P. and Patell, R. (2014). "Cardiovascular Disease and Menopause". *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8 (2), 62-64.
37. Jafari, F, Hadizadeh, M.H, Zabihi, R. and Ganji, K. (2014). "Comparison of Depression, Anxiety, Quality of Life, Vitality and Mental Health Between Premenopausal and Postmenopausal Women". *Climacteric*, 17 (6), 660–665.
38. Noble, N. (2018). "Symptom Management in Women Undergoing the Menopause". *Nursing Standard*, 32 (22), 53–63.