



Menopoz

Menopause

 Tülay YAVAN^a,
 Çiğdem KÖPRÜLÜ^b

^aİzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye
^bİzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Tülay YAVAN
İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye
tulayaykan@hotmail.com

ÖZET Menopoz, normal yaşlanmanın bir parçası olarak tüm kadınların hayatında meydana gelen doğal bir süreçtir. Östrojen ve progesteron azaldığında ve bir kadının over fonksiyonu durduğunda ortaya çıkar ve bir yıl boyunca menstrual periyodun olmaması olarak tanımlanır. Genellikle menopozun oluşma yaşı 45-52 arasındadır. Menopoz, her kadın için benzersiz ve kişisel bir deneyimdir. Bazı kadınlar için önemli bir olay değilken, bazılarının hayatlarını altüst eder. Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz, menopozdan önce ve sonra ortaya çıkan gelişimsel geçiş aşamalarıdır. Östrojendeki düşüş ile menopoz geçişi sadece üreme organlarını değil diğer vücut sistemlerini de etkiler. Buna bağlı vazomotor, genitouriner ve kas-iskelet semptomları gibi semptomlar yaşanır. Günümüzde kadınlarda yaşam beklentisi 84'tür, çoğu kadın menopozdan sonra hayatının en az üçte biri kadar daha yaşayacaktır. Doğum öncesi aşamadan yetişkin yaşamına kadar olan risk faktörleri, menopoz yaşını ve menopoz sonrasındaki sağlığı etkiler. Hemşireler, kadınlara riskleri hakkında danışmanlık yapabilir ve belirli bir sağlık bakımı eğitimi ile hastalıkları ve zayıflatıcı koşulları önlemelerine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz; hemşirelik

ABSTRACT Menopause is a natural process that occurs in the life of all women as part of normal aging. It occurs when estrogen and progesterone decrease and a woman's ovarian function ceases; is defined as the absence of a menstrual period for one year. Generally, the age of onset of menopause is between 45-52. Menopause is a unique and personal experience for every woman. For some women, it's no big deal, while for others it turns their lives upside down. Premenopause, perimenopause, and postmenopause are developmental transitional stages that occur before and after menopause. With the decline in estrogen, the transition to menopause affects not only the reproductive organs but also other body systems; related symptoms such as vasomotor, genitourinary and musculoskeletal symptoms are experienced. Life expectancy for women today is 84, with most women going to live at least one-third of their life after menopause. Risk factors from prenatal to adult life influence age at menopause and health after menopause. Nurses can counsel women about their risks and help them prevent illness and debilitating conditions with specific health care education.

Keywords: Menopause; nursing

Menopoz, normal yaşlanmanın bir parçası olarak tüm kadınların hayatında, tipik olarak 50 yaş civarında meydana gelen doğal bir süreçtir.^{1,2} Menopoz, östrojen ve progesteron azaldığında ve bir kadının overlerinin fonksiyonu durduğunda ortaya çıkar; bir yıl boyunca menstrual periyodun olmaması olarak tanımlanır ve overlerin hormon seviyelerinde belirgin düşüşlerin yanı sıra hipofiz bezi hormonlarının senkronize olmayan bir şekilde salgılanması ile karakterizedir.^{3,4}

Menopoz kelimesi ilk olarak, adetini sonunu tanımlamak için kullanılan Yunanca meno (ay) ve pausis (duraklama) kelimelerinden gelir; menstrual kanamaların ve doğurganlığın sona erdiği bir an için kullanılan teknik bir terimdir.^{1,5} İnsanlar bu durumu “hayatın değişmesi”, “fertilitenin sona ermesi”, “özgürlüğün başlaması”, “son, bir baş-

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Yavan T, Köprülü Ç. Menopoz. Yavan T, Uğurlu M, editörler. Menopoz ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.1-14.

langıç”, “kadınlığın ölümü” gibi farklı şekilde isimlendirilirler.^{1,5} Lanetlenmiş veya kutlanmıştır, korkulmuş veya kabul edilmiştir.⁵ Menopoz, her kadın için benzersiz ve kişisel bir deneyimdir.¹ Bazı kadınlar için önemli bir olay değilken, bazılarının hayatlarını altüst eder.⁵ Menopoz, birçok kadın için bir dönemin sona erdiğini gösterir. Üreme yeteneği sona erdiği için bazı kadınlar ilerleyen yaşı, değişen rolleri ve bu fizyolojik değişiklikleri depresyon ve anksiyeteyi hızlandırabilecek ezici olaylar olarak görmektedirler.¹ Yine de, yaşam beklentisinin arttığı bir çağda, bu aynı zamanda yarı ömür sürecek yeni maceralar ve cinsel özgürlük anlamına da gelebilir.⁵

Menopoz, vücutta yaşa bağlı her türlü değişikliğin habercisi olan fizyolojik ve kronolojik bir olaydır, tek başına gerçekleşmez. Menopozu değişen yaşamlar ve artan yaşın bağlamından ayırmak imkansızdır. Orta yaş genellikle bir değişim ve düşünme zamanı olarak deneyimlenir. Değişimler çoğu alanda gerçekleşir: çocuklar evden ayrılır ya da eve döner, yaşlı yetişkin ebeveynler daha fazla bakıma ihtiyaç duyar ya da bir ebeveynin ölümü büyük bir etkiye sahip olabilir ve partnerler kendi orta yaş krizlerini geçiriyor ya da bunlardan kaçıyor olabilir. İşyerinde yeni genç çalışanlar yer edindikçe kariyerlerin de değiştiği görülebilir. Emeklilik planlaması acil bir önem kazanmaya başlar. Yakın ilişkiler değişir veya belki de sona erer. Yaşlanmanın gözle görülür belirtileri daha fazla farkedilir. Bu stresli değişiklikleri yönetmek, orta yaş dönemine geçiş yapan birçok kadın için çok zor olabilir.^{1,5} Meleis’e göre menopoz, ataerkilliğin kültürel arka planına gizlenmiştir. Kadınlar, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere kendi ihtiyaçlarını ailelerinin ihtiyaçları lehine feda etmektedirler. Menopoz geçişi ise menopoz kadar göz önünde bulundurulmamaktadır. Kadınlar, kültürel ve geleneksel inançlarındaki derin kökler nedeniyle menopoz geçişinde semptomları yönetmek için pasif bir yaklaşıma sahiptir.⁶

MENOPOZUN TARİHÇESİ

Antropolojik verilerden elde edilen ikinci dereceden kanıtlar, menopozun atamız Homo erectus’un 1,8 milyon yıl önce ortaya çıktığı kadar erken ortaya çıktığını ima etse de, menopozun o dönemde kendini gösterip göstermediği belirsizliğini korumaktadır.⁷ Hipokrat gibi antik dünyadaki doktorlar (yaklaşık MÖ 460-377) menstrüasyonun kesilmesini 40 yaş civarında tüm kadınların başına gelen bir şey olarak tanımlamışlardır.⁸ Aristoteles’in (MÖ 384-322) bu dönemdeki yazılarında, üreme yeteneğinin kadınlarda, genellikle 40 yaş civarında ve asla 50 yaşından sonra olmayacak şekilde, menstrüasyonun kesilmesiyle sona erdiği belirtilmektedir. Avrupa’da Orta Çağ boyunca, 6. yüzyıl-

dan 15. yüzyıla kadar, akademik metinlerde menstrual kanamalarının sona ermesiyle ilgili çok sayıda referans vardır. Çoğu, en geç 50 yaşından önce menstrual kanamaların kalıcı olarak kesilmesini ortaya koymaktadır.⁵

Menopozun nedeni ve yaşanması muhtemel semptomlarla ilgili tıbbi açıklamalarda zamanla önemli bir değişiklik olmuştur. Örneğin, 19. yüzyıldan önce, menopozun vücutta sıkışan kandan kaynaklandığına inanılmıştır. Bugünün kadınları gibi, geçmişte de kadınlar çeşitli derecelerde semptomlar yaşamışlardır. Menstrüasyonun vücudun kendi kendini temizlemesinin doğal yolu olduğu düşünüldüğünden, sıcak basması gibi semptomların vücutta kan hapsolmesinin toksik etkilerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu nedenle, o zamanki tedaviler neredeyse tamamen bu “hapsolmuş” kanı vücuttan çıkarmaya odaklanmıştır. Kadınlar genellikle kanı doğrudan uterustan almak için serviks sülükler yerleştirilmesi gibi tedavilere katılmak zorunda kalmışlardır.⁸ 1900’lerin başında kadın hormonları için kurutulmuş hayvan yumurtalıkları kullanılmıştır. Östrojen, yumurtalık ekstratı şeklinde mevcuttur, ancak yetersiz ve pahalıdır.^{5,8} Menopoz dönemi için pek çok efsane ve yanlış anlaşılmalarda olmuştur, 45 ile 60 yaşları arasında olumsuz bir şey olduğunda menopoz suçlanmıştır.⁵

ABD’de 1900’lerin başında menopoz genellikle bir sorun olarak görülmemiştir. Kadının rolü anne ve sonra büyükannedir ve menopoz, bir kadının hayatında üzücü değil, önemli bir kilometre taşı olarak görülmüştür. O zamanki tıbbi fikir birliği, menopozun doğal bir süreç olduğu ve çoğu kadının geçişi sorunsuz hale getirmek için ihtiyaç duyduğu tek şeyin sağlıklı yaşam ve eğitim olduğu şeklindedir.⁵ Overlerle ilgili bilgiler arttığında, bilim insanları menopozun kadınlık hormonlarının üretiminde bir düşüşü izlediğini gösterebilmişlerdir. Kadınlık hormonu östrojen belirlendikten sonra, daha etkili ve kabul edilebilir tedaviler geliştirmek mümkün hale gelmiştir. Hormon replasman tedavisinin (HRT) ilk sentetik preparatları 1930’larda kullanıma sunulmuştur ve bu zamandan beri, mevcut farklı preparatların sayısında büyük bir artış olmuştur.⁸

MENOPOZ İLE İLGİLİ TANIMLAR

Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz terimleri, menopozdan önce ve sonra ortaya çıkan gelişimsel geçiş aşamaları olarak tanımlanır.

Premenopoz, belirgin semptomların ortaya çıkmasından önceki dönemdir; genellikle 35-40 yaşlarında başlar.⁹ Menstrual sikluslar düzenlidir.⁷ Premenopoz terimi bazen kafa karıştırıcı olabilir ve aslında bazı çalışma grupları tarafından terimin tamamen atılması önerilmektedir.

Premenopoz, kelimenin tam anlamıyla, bir kadının ergenlik döneminden perimenopoza kadar üreme yaşamının olduğu dönem olan menopoz öncesi anlamına gelir. Bir anlamı olamayacak kadar geniş bir zaman dilimini kapsar.⁵

Perimenopoz veya **menopoz geçişi** terimi, menopozdan önceki periyodu, siklusların ilk değişmeye başladığı andan menstrual kanamanın durmasına kadar olan süreci ifade eder.^{1,5,10,11} Genellikle 40-50 yaşları arasında meydana gelen perimenopoz, östrojen ve Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) düzeylerinde değişimler sonucu düzensiz menstruasyon ve sıcak basması gibi semptomların görüldüğü dönemdir. Aynı zamanda çoğu kadın kan basıncında ani bir artış da yaşamaktadır.^{9,10,12,13} Perimenopoz, 2-8 yıl civarında sürebilir ve son menstrual period (SMP) ile biter.^{5,10}

Doğal menopoz, herhangi bir neden olmaksızın SMP'yi takiben bir yıl boyunca menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanır. Bu süreç sonunda menstruasyon ve kadının üreme kabiliyeti sona erer.⁹⁻¹⁴ Nöroendokrin ve immünolojik sistemlerdeki değişiklikler eşlik eder.¹¹

Klimakteryum veya yaşam değişikliği menopoz sürecinde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerdir.¹⁰ Klimakterik, perimenopoz ile eşanlı olan popüler ancak belirsiz bir terimdir.⁵ Klimakteryum terimi, değişimin tüm dönemini bütünlendiren, psikolojik ve diğer alanları içeren daha bütünsel bir kavram olarak kullanılmıştır. Bu çok geniş yaklaşımın sınırlı klinik faydası olduğu belirtilmektedir.¹¹

Postmenopoz, menopozdan sonraki dönemdir; genellikle 53 yaşında başlar ve ölüme kadar devam eder, ancak semptomlar 60 yaşından sonra nadirdir.⁹ Postmenopoz, erken ve geç olarak iki aşamaya ayrılmıştır. **Erken postmenopoz**, SMP'den sonraki beş yıllık dönem olarak tanımlanır. Bu dönemde over hormon fonksiyonu daha fazla azalarak kalıcı bir düzeye ulaşır ve hızlı kemik kaybı olur. **Geç postmenopoz**, SMP'den beş yıl sonra başlar ve kadının ölümüne kadar devam eder.⁵

MENOPOZ YAŞI

Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'ndan elde edilen veriler, perimenopoz başlangıcındaki medyan yaşın 47,5 yıl olduğunu ve bu popülasyonda uzunluğun neredeyse 4 yıl olduğunu göstermiştir. Ayrıca, daha uzun perimenopozun, daha fazla semptom bildirimi ve daha fazla tıbbi konsültasyonla ilişkili olduğu, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.¹¹ Bazı uzmanlara göre, birçok kadın için, geçiş aşamaları da dahil olmak üzere tüm süreç

25 yıllık bir dönemi kapsayabilir, 35 yaşında semptomlarla başlayabilir ve 60 yaşında sona erebilir.⁹

Menopozun zamanlaması ile ilişkili faktörleri belirlemek için önemli sayıda araştırmalar yapılırken, perimenopozun zamanlaması ve süresi hakkında sınırlı kanıt vardır.^{11,15} Genellikle menopozun oluşma yaşı 45-55 yaşları arasındadır.¹⁰⁻¹² Bazı kaynaklarda, doğal menopoz yaşı (DMY) 40-60 yaşları arasında geniş bir aralıkta ele alınmaktadır. 24 ülkedeki 46 çalışmayı içeren meta-analizden elde edilen bulgular, ortalama DMY'nin 48,8 yıl olduğunu göstermiştir (%95 güven aralığı 48,3-49,2). Bölgeler arasında önemli bir heterojenlik vardır: Latin Amerika 47,2 (45,9-48,6); Orta Doğu 47,4 (46,9-47,8); Afrika 48,4 (48,1-48,7); Asya 48,8 (48,1-49,4); ABD 49,1 (48,8-49,4); Avrupa 50,5 (50,0, 51,1) ve Avustralya 51,3 (49,8, 52,8).¹¹ Geniş bir epidemiyolojik çalışma verisi olmamasına rağmen Türkiye'de menopoz girme yaşının 47-49 olduğu bildirilmektedir.¹² 45 ila 55 yaş arasında gidip gelebilen menopoz yaşında, çevresel faktörler, sigara, beslenme, kilo, genetik ve/veya diğer bazı biyolojik faktörlerin de etkili olduğu düşünülmektedir.^{11,12}

Beslenme ve sağlık bakımındaki gelişmelere rağmen, son birkaç yüz yıldır ortalama DMY sabit kalmıştır.¹¹ Günümüzde kadınlarda beklenen yaşam süresi 84'tür. Menopozun oluştuğu yaş düşünüldüğünde, çoğu kadının menopozdan sonra 30-40 yıl, yani hayatının en az üçte biri kadar daha yaşayacağı öngörülmektedir.^{1,5,9} Bazı çalışmalar menopoz yaşının genel sağlığın bir göstergesi olabileceğini öne sürmektedir. Geç menopozda üreme dokuları (endometriyum, over) ve meme kanserine yakınlık görülmektedir, ancak osteoporoz ve kardiyovasküler hastalığa karşı bir avantaj sağlamaktadır.^{11,16} Epidemiyolojik ve klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlar, doğal menopozda erken yaşın tüm nedenlere bağlı ve kardiyovasküler ölüm riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.^{11,17,18}

MENOPOZ YAŞI VE SEMPTOMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Menopoz, overlerdeki rezidüel folikül popülasyonu, uterin kanama oluşturmaya yetecek kadar östrojen üretemediğinde ortaya çıkar. Menopoz yaşının tahmini şu anda belirsizdir, ancak menopozdan önceki yıllarda overlerdeki folikül azalmasının potansiyel olarak ilgili bir değişken olduğu varsayılmaktadır. Bu nedenle, kadınların üreme ömrü boyunca folikül popülasyonunun büyüklüğü üzerinde etkisi bilinen bir dizi faktöre dikkat çekilmiştir.¹¹ Genel olarak, doğum öncesi aşamadan yetişkin yaşamına kadar olan risk faktörleri, menopoz yaşını etkiler ve bunun sonucunda, sonraki yaşamdaki sağlık riskleri doğurur.

Bunlar, kadınların genel sağlığı, kilosu, beslenmesi, kültürü, endokrin, genetik ve epigenetik, sosyoekonomik ve yaşam tarzı gibi karmaşık bir faktör etkileşimini yansıtmaktadır.^{10,11,19-21}

GENETİK

Menopoz yaşı ve ilgili semptomların şiddetinin büyük ölçüde genetik olarak belirlendiği düşünülmektedir.⁹ Aile ve ikiz çalışmalarına göre, menopozal yaşda kalıtımın etkili olduğu, bu etkinin %30 ile %85 arasında değiştiği tahmin edilmektedir.^{11,19,20} Gözlemsel çalışmalardan elde edilen destekleyici kanıtlar, bir kadının DMY'si ile annesinin bildirilen DMY'si arasında doğrudan bir ilişki olduğunu da göstermektedir.¹¹ Anneleri veya diğer birinci derece akrabalarının erken menopoza girdiği bilinen kadınların, erken menopoza girme olasılığının 6 ile 12 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{19,22}

BESLENME/DİYET

Hem dolaylı hem de doğrudan kanıtlar, doğum sonrası beslenme de dahil olmak üzere diyetin menopoz yaşını etkilediğini göstermektedir.^{11,16} Örneğin, 1946 İngiliz doğum kohortunda, emzirilen kadınların emzirmeyenlere göre daha geç DMY yaşadığı, 2 yaşında düşük kiloya sahip kadınların daha erken DMY'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, 1944-45 kıtlığının bir sonucu olarak ciddi kalori kısıtlaması yaşayan Hollandalı kadınlar, özellikle o sırada 2-6 yaşları arasında olanlar, kalori kısıtlamasına maruz kalmayanlara göre daha erken DMY'ye sahip olmuştur.¹¹ Dunneram ve ark.nın çalışmasında, hayvansal proteinlerin yanı sıra kırmızı ve işlenmiş etlerden zengin bir diyetin, menopoz başlangıcının gecikmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁶ Bazı çalışmalarda kilo artışının menopoz yaşını geciktirmede bir miktar etkili olduğu görülmektedir.¹¹

EMZİRME

Emzirmenin de pariteden bağımsız olarak erken menopoz riskini anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir.²²

FİZİKSEL AKTİVİTE/BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ)

BKİ ile doğal menopoz yaşı arasındaki ilişki konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır.^{11,22} Bazı kaynaklarda daha az fiziksel aktivite ve yüksek BKİ'nin daha geç DMY ile, orta ila yüksek fiziksel aktivite ve düşük BKİ'nin erken DMY ile arasında bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir.^{7,11,12} Arınkan ve Günaçtı'nın çalışmasında obezite ve aşırı kilonun erken menopoz riskini azalttığı bulunmuştur.²²

MENARŞ / NULLİPARİTE

Farklı kohortlardan elde edilen veriler, hem erken menarş (≤ 11 yaş) hem de nulliparitenin (iki veya daha fazla çocuğu olan kadınlara kıyasla) erken menopoz (40-44 yaş) riskini artırdığını göstermiştir.^{11,22} Erken menarş ve nulliparitesi olan kadınlar beş katın üzerinde prematür menopoz riski artışı ve iki kat erken menopoz riski artışına sahiptir.¹¹ Doğurganlık ve daha önce oral kontraseptif kullanmak, menopozun daha ileri yaşlarda görülmesine neden olabilmektedir.^{7,12,22} Bazı çalışmalar, ilk gebelik yaşının doğal menopoz yaşını etkilediğini, bazıları ise etkilemediğini bildirmektedir.²²

TUBAL CERRAHİ

Tubal cerrahiler (ligasyon veya salpenjektomi), overlerin vasküler beslenmesini engelliyorsa, menopozun daha erken başlamasına neden olabilir.²²

SİGARA

Sigara içimi de daha erken bir DMY ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir. Şu anda sigara içmek, sürekli olarak tespit edilen bir değişkendir.^{7,9,11,12} Muhtemelen sigara dumanındaki polisiklik aromatik hidrokarbonlar, folikül havuzu üzerinde toksik etki oluşturmaktadır.^{11,12} Sigara içmek, doğal menopoz yaşının 1 yıl azalmasına ve erken menopoz riskinin yaklaşık %5 artışına neden olmaktadır,^{11,12,22} perimenopoz süresini de kısaltmış gibi görünmektedir.^{5,11} Sigarayı bırakanların içmeyenlerle hemen hemen aynı erken menopoz riskine sahip olduğu tespit edilmiştir.²²

STRES

Literatürde menopoz semptomlarının yoğunluğunun menopoz evresine, menopozun algılanan anlamı ve menopoza yönelik tutumlara, sosyoekonomik ve demografik değişkenlere, yaşam tarzlarına, rollere ve stresli yaşam olaylarına göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur.²³ Geniş çaplı kesitsel bir çalışmada, kadınların çocukluk çağı sorunları ile kendi bildirdiği menopoz semptomları arasında, birden fazla karıştırıcı için düzeltme yapıldıktan sonra bile devam eden anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.²⁴ Bazı çalışmalar, strese daha fazla maruz kalan düşük sosyo-ekonomik konumu olan yetişkin kadınların, daha erken DMY yaşama eğiliminde olduklarını bulmuştur. Çocuklukta daha düşük sosyo-ekonomik konum da erken DMY ile ilişkilendirilmiştir. Genç yaştaki duygusal stres, üreme yaşlanmasını etkileyebilir. Yaşamın erken dönemlerinde ebeveyn boşanması yaşayan kadınların daha erken DMY'ye sahip olma eğiliminde olduğuna dair kanıtlar vardır.¹¹

İSTİHDAM EDİLMEK

Diğer çevresel veya mesleki faktörlerin etkileri hakkında çok az şey bilindiği, ancak istihdam edilmenin de doğal menopozdaki geç yaşla ilgili olduğu belirtilmektedir.^{7,11,12,20} Yaşamın erken döneminde bile strese maruz kalma, erken menopozla ilişkilendirildiğinden bu faktörün etkisi, işsizlikle veya düşük sosyoekonomik durumla ilişkili stresin etkisini azaltması ile ifade edilebilir. Perimenopozun kadınlar üzerindeki etkilerine ve bunun süresini ve zamanlamasını etkileyen faktörlere ilişkin, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerden gelen veriler belirsiz ve eksik kalmaktadır. Bu ülkelerdeki yaşam seyri araştırmalarının genişletilmesi, çocukluk ve yetişkinlik döneminde artan gelir eşitsizliği ve yukarı doğru hareketlilik gibi sosyal eğilimlerin, zengin ülkelerde olduğu gibi menopozdaki kadınların yaşıyla benzer şekilde ilişkili olup olmadığını gösterecektir.¹¹

EĞİTİM

Bazı çalışmalarda eğitimin de menopoz yaşı ve semptomları üzerine etkisi olduğu bildirilmiştir. Daha düşük eğitim düzeyi, daha düşük doğal menopoz yaşı ile ilişkilendirilmiştir.^{7,12,20,22} Bir çalışmada üniversite mezunu olmanın erken menopoz olasılığını %30'a yakın azalttığı, menopozu 2,3 yıl geciktirdiği ifade edilmiştir.²⁵ Başka bir çalışmada, web tabanlı bir fiziksel aktivite programını kullanan orta yaşta Asyalı Amerikalı kadınların, fiziksel aktivitelerinin arttığı ve menopoz semptomlarının azaldığı belirlenmiştir.²⁶

KÜLTÜR VE İRK

Bazı çalışmalar kültür ve ırkın menopoz yaşını etkilediğini, bazı çalışmalar ise etkilemediğini belirtmektedir. Bunu etkileyen diğer faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.^{7,20} ABD'deki siyahi kadınların diğer ırk gruplarındaki kadınlardan daha genç yaşta menopozla girdiği, C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin erken menopozla ilişkili olduğu ve siyahi kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek CRP seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir.²⁵

Menopozla karşı tutum ve davranışların kültür ve etnik kökene göre değişiklik gösterdiği, bunun da semptomları etkilediği bildirilmektedir.²⁵⁻²⁷ Marcha Flint, kuzey Hindistan'da Rajput kadınlarının menopozla ilgili çok az semptom bildirdiğini, sıcak basmalarının ve depresyonun olmadığını, bu yaşam geçişini dört gözle beklediklerini keşfetmiştir. Flint bunun, kadınların pozitif menopoz görüşlerine sahip olmaları ve menopozla birlikte sosyal rollerinde faydalı değişikliklerin olması ile bağlantılı olduğunu savunmuştur.²⁷ Benzer şekilde Orta Doğulu ka-

dınlar menopozu olumlu bir deneyim olarak algılamaktadırlar. Çünkü menopoz ile birlikte üreme yükümlülüklerinden kurtulma, daha fazla dinlenme fırsatı, daha bilge ve daha deneyimli görünüme sahip olma, menstrüasyon sırasında katılmadıkları dini etkinliklere katılma becerilerinin artması gibi birçok özgürlük kazanmaktadırlar.²⁸

Lock ve Kaufert, her toplumda kadınların hayatlarının çok farklı sosyal ve fiziksel koşulları olduğunu vurgulamıştır. Her ikisi de farklı kültürel ortamların farklı yaşam pratiklerine ve menopozun nasıl yaşandığını etkileyebilecek farklı sosyal ve maddi koşullara yol açtığını iddia etmişlerdir. 45-55 yaşları arasındaki Japon kadınlarının sıcak basmaları veya depresyon gibi olumsuz duygusal belirtiler bildirme oranlarının aynı yaş grubundaki Kanadalı ve Amerikalı kadınlara göre çok düşük olduğunu bulmuşlardır. Japon kadınlarının, yaşlanma hakkında daha az olumsuz görüşlere, menstrüasyonun kesilmesi ile ilgili daha olumlu görüşlere sahip olduklarını, soya bazlı fitoöstrojen tüketiminin ömür boyu daha yavaş östrojen düşüşüne neden olduğunu belirlemişlerdir.²⁷ Türkiye'de yaşayan Türk ve Alman kadınların menopoz semptomlarını değerlendiren bir çalışmada; Alman kadınlar, Türk kadınlarına göre **daha şiddetli** sıcak basması ve anksiyete, **daha hafif** uyku bozuklukları, vajinal kuruluk, kas/eklem bozuklukları, cinsel sorunlar, depresyon, sinirlilik, mesane sorunları ve kalp rahatsızlığı bildirmişlerdir.²⁹ ABD Ulusal Kadın Sağlığı Araştırması'ndan (SWAN) elde edilen verilere göre; menopoz semptomlarını kontrol altına almak için ilaç kullanımına ilişkin ırksal farklılıklar olduğu; beyaz kadınların diğer kadınlara göre daha fazla ilaç kullanımı rapor ettiği belirlenmiştir.³⁰ Avustralya'da, göçmen veya birinci nesil Makedon kadınlar, menopozdan sonra kocalarının kendilerine farklı davrandığını, genellikle aile içi şiddete, evlilik dışı ilişkilere ve boşanmaya neden olduğunu bildirmiştir. Sıcak basması ve ruh hali değişimleri gibi semptomlar, menopozla karşı olumsuz tutumlarla ilişkilendirilmiştir. Dindar kadınlar, inançlarının menopoz semptomlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu, bir doktor kadar bir din adamına danışma olasılıklarının yüksek olduğunu iddia etmiştir. Bazı kadınlar sadece Makedon doktorlara gittiklerinde kendilerini rahat hissettiklerini, bazıları da anavatanlarını ziyaret ettiklerinde semptomların hafiflediğini bildirmiştir.³¹

Meksika'daki Maya kadınları arasında da menopoz semptomları bulunamamıştır. Fakat bunun nedeni yukarıdaki örneklerden biraz farklı şekilde açıklanmıştır. Maya kadınlarının, genel olarak zayıf beslendikleri, erken evlendikleri, iki yılda bir gebe kaldıkları, bir ila iki yıl boyunca emzirdikleri için yetişkin yaşamlarının çoğunda amenore

geçirdikleri, buna bağlı olarak menopoz geçiş dönemini algılayamadıkları ifade edilmiştir.²⁷

COĞRAFI BÖLGE

Coğrafi bölgenin de DMY üzerine etkili olduğunu belirten çalışmalar vardır. Bu çalışmalara göre Afrika, Latin Amerika, Asya (Japonya ve Kore gibi birkaç Doğu Asya ülkesi hariç) ve Orta Doğu'daki ülkeler arasında, DMY genellikle Avrupa, Avustralya ve ABD'deki ülkelerle karşılaştırıldığında daha erkendir. Ayrıca, ABD ve Avrupa'da farklı coğrafi bölgelerde de farklılıklar görülmektedir.²⁰

MENOPOZ SÜRECİ

Menopoz geçişi karmaşık bir süreçtir, ancak menopoza neden olan şey, zamanla overdeki foliküllerin kaybının artmasıdır. Bu, overlerde ve beyinde meydana gelen uzun bir olaylar dizisinin sonucudur. Bu kayıp aşlında doğumda başlar ve hayatımız boyunca değişen oranlarda devam eder. Overlerdeki folikül sayısı doğumdan önce belirlenir, gebeliğin ortasında yaklaşık 6-7 milyon oosit vardır. Daha sonra, apoptoz mekanizması nedeniyle folikül sayıları hızla azalır, doğumda 1-2 milyon, bebeklik döneminde yaklaşık 700.000 ve ergenlik döneminde 300.000 kalır.^{5,19} Foliküllerin sayısı, doğumdan yaklaşık 37 yaşına kadar giderek daha hızlı bir şekilde azalır. Çoğu, foliküler atrozi adı verilen doğal bir süreçle kaybolur. Üreme yılları boyunca aylık ovulasyonla yaklaşık 400-500 folikül kaybedilir. Overlerdeki folikül sayısı, fertilitenin önemli bir belirleyicisidir.^{1,5} Düzenli zaman aralıklarında art arda büyüyen folikül dalgaları ile bu özel folikül deposu, overdeki bütün popülasyon tükenene kadar kademeli olarak azalır. Doğal menopoz, overlerdeki foliküllerin tükenmesinin bir sonucu olarak menüstrasyonun kalıcı olarak kesilmesidir.¹¹

Overlerdeki foliküller tükenmenin nedeni tam olarak anlaşılammıştır, ancak tek başına gerçekleşmediği bilinmektedir. Bu hipotalamus-hipofiz-over eksenini, menopozun yaklaştığına dair herhangi bir işaret olmadan çok önce bozulmaya başlar. Bununla birlikte, menopoza yaklaşan kadınların yaşadığı klinik belirtiler, beyinde meydana gelen nöroendokrin değişiklikler ile overlerin işlevini yöneten üreme endokrin eksenini arasındaki dinamik bir etkileşimin sonucudur. Menopoz nihayetinde overlerde foliküller tükenme ile tanımlansa da, bazı bilim insanları, hipotalamustaki puls üreticinin basitçe dejenere olduğuna inanmakta, bazıları ise overlerin hipofiz hormonu FSH'a daha dirençli hale geldiğini ve basitçe kapandığını düşünmektedir. İnsanlarda ve hayvanlardaki bazı kanıtlar, östradiol geri bildirim mekanizmalarının düzensizliği ve

hipotalamik-hipofiz disfonksiyonunun, over yetmezliğinden bağımsız olarak üreme yaşlanmasının başlamasına ve ilerlemesine katkıda bulunduğunu öne sürmektedir.^{1,19}

Kadınlarda doğal menopoz süreci, overlerin daha az östrojen ve progesteron ürettiği birkaç yıl boyunca devam eden geçiş aşamalarından oluşmaktadır.² Genellikle menüstrasyonun kesilmesinden önce 2 ile 8 yıl süren perimenopozda overlerin fonksiyonları bozulmaya başlar. Menopoz yaklaştıkça, menüstrual sikluslar giderek daha fazla anovulatu hale gelir, fertilité azalır. Genellikle ovulasyon, menopozdan önceki 1-2 yıl içinde durur fakat bireysel farklılıklar vardır.^{1,10} Nedenleri tam olarak net olmayan negatif bir seçim nedeniyle, son foliküler kohortlar daha düşük kalitede oositleri içerir. Daha düşük folikül sayısı nedeniyle östrojen seviyesi daha düşük olur, bu da sikluslarda değişiklikler oluşturur. Bu nedenle, bazı kadınlar en son menüstrual siklusa kadar kabul edilebilir bir düzenlilik sergilerken, diğerleri ovulasyon ve anovulasyonun değişkenliğine göre siklus düzensizliği yaşarlar.¹¹ Yüksek anovulasyon prevalansı ve hormonal değişiklikler nedeniyle, menüstrual kanamalarda azalmalar veya artmalar, birkaç ay sürebilen amenore dönemleri oluşur.^{1,10,11,32} Kanama bozukluklarına eşlik eden semptomlar da olabilir, ara sıra sıcak basması meydana gelir.^{1,10,11} Son olarak amenore görülür. Menopoz nihayet ortaya çıktığında, canlı yumurtalar artık yoktur.^{1,10} Anormal uterin kanama peri- ve postmenopozal kadınlarda jinekolojik ziyaretlerin %15'ini oluşturur. Menopoz sonrası kanama hem benign (örneğin endometriyal atrofi) hem de malign durumlardan (örneğin endometriyal kanser) kaynaklanabilir ve nedenlerinin araştırılması gerekir.³²

Overian foliküller östrojen üretimini durdurur ve FSH düzeyi artar. Östrojen seviyeleri %90 düşer ve yağ hücrelerinde üretilen östron, vücudun ana östrojen formu olan östradiolün yerini alır. Üreme yıllarında overlerin ürettiği başlıca hormon östradioldür; menopoz sonrası kadınlarda bulunan östrojen östrondur. Östradiol, biyolojik olarak östrondan daha çok aktiftir. Ayrıca menopozla birlikte testosteron seviyeleri de azalır.¹ Menopozdaki fiziksel özellikler hormonal değişimlere bağlıdır. Östrojen düzeyi düştükçe, üreme organlarında fizyolojik değişimler oluşur. Endometriyum inceler, myometriyum atrofiye uğrar. Fallop tüpleri ve overler atrofi olur. Vajinal mukoza elastikiyetini kaybeder, daha ince ve düz olur. Servikal glandların fonksiyonlarının kaybolmasına bağlı vajinal mukus membranlarda kuruluk oluşur, buna bağlı yanma ve kaşıntı görülür. Doderlein basilleri azaldığı için vajinal pH artar. Vajinal ekolojideki bu değişiklik atrofik vajinite yol açar ve kadınlarda vajinal enfeksiyon riski artar.¹⁰ Perimenopozun erken belirtileri, aslında bir kadın otuzlu yaşlarında iken

başlar, ancak ilk olarak kırklı yaşlardaki kadınlar tarafından fark edilir.⁵

İNDÜKLENMİŞ MENOPOZ

İndüklenmiş menopoz, zamanla over fonksiyonunda doğal bir azalma dışında başka bir şeyin neden olduğu menopoz anlamına gelir. İndüklenmiş menopozun en sık nedenleri, overlerin cerrahi olarak çıkarılması (cerrahi menopoz) ve kemoterapi veya radyasyon tedavisidir.^{2,5,11} Bir kadının cerrahi bir prosedürle her iki overinin de alınmasına bilateral ooferektomi denir. Çoğu, histerektominin bir parçası olarak yapılır. Overler alınmadığında bile, histerektomi geçiren kadınlar, histerektomi olmayan kadınlardan yaklaşık beş yıl önce menopoz yaşama eğilimindedir.⁵

Meme kanseri tedavisi gören kadınlarda yaygın olarak kullanılan kemoterapi rejimleri %53-89 oranlarında menopoza neden olmaktadır. Bazı ilaç kombinasyonları over fonksiyonunu baskılayarak östrojen tükenmesine ve menopoza neden olur. Hodgkin lenfoma gibi diğer kanser türleri için benzer kemoterapi ilaçları ile tedavi edilen kadınlar da indüklenmiş menopoz yaşarlar. Kemoterapiye bağlı menopoz olasılığı 35 yaşından sonra artar ve 45 yaşından sonra %100'e yaklaşır. Bazı kadınlarda over işlevi zamanla geri dönebilir, ancak çoğu için menopoz kalıcıdır.⁵

PREMATÜR VE ERKEN MENOPOZ

Prematür menopoz, 40 yaş ve altındaki doğal menopoz olarak tanımlanır. Bu, cerrahi veya kemoterapi gibi diğer tedavilerin bir sonucu olarak değil, doğal olarak meydana gelen menopozdur.^{5,33} Prematür menopozda doğurganlık kaybı, henüz çocuk sahibi olmayan veya tekrar çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için yıkıcı olabilir.⁵ Kadınların yaklaşık %1'i 40 yaşından önce prematür menopoza girmektedir.^{9,15,33,34}

Erken menopoz (40-45 yaş arası) kadınların yaklaşık %5'inde görülür.^{9,12,15,33} Erken menopoz; anoreksia, kemoterapi, radyoterapi, ooferektomi nedeniyle de oluşabilir.¹⁰

Prematür ve erken menopoz genellikle daha şiddetli semptomlara neden olur, uzun vadeli sonuçları arasında osteoporoz, kardiyovasküler hastalık, erken ölüm, bilişsel bozukluk, demans, parkinsonizm, glokom, duygudurum bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu risklerinin artması yer alır.^{5,33,17,18,22,33}

PREMATÜR OVERYAN YETERSİZLİK (POY)

POY, kadınlarda 40 yaşın altında ortaya çıkan primer hipogonadizm (hipergonadotropik hipogonadizm) olarak tanımlanır. Prematür over yetersizliği de denilmektedir.

POY; oosit kaybı, folikülogenez-over östrojen üretiminin eksikliği ve infertilite ile karakterizedir. Ortaya çıkan semptomlar menopoz benzeridir.¹⁴ Seks steroidleri (östrojen) düzeyi azalmış (kendi yaşına ait referans değerlerinin 2 standart sapma kadar altında), gonadotropin (FSH) düzeyi artmış ve 4-6 ay amenoreesi olan kadınlarda POY tanısı konur.^{10,14} Prematür ovarian yetmezlik, 30'lu yaşlarda %0,1, 35'li yaşlarda %0,25, 40'lı yaşlarda %1 oranında oluşmaktadır. Bu tanıyı alan kadınların over fonksiyonları tamamen kaybolmaz.¹⁰

POY, bir erken menopoz değildir, erken menopozdan farklıdır, over fonksiyonları aralıklı olarak devam eder, zor olsa da gebelik oluşabilir. Erken menopozda mensturasyon kesilir ve gebe kalmak mümkün değildir.^{10,14} POY'un nedeni çoğunlukla bilinmemektedir. Genetik nedenler (Turner Sendromu, Frajil X sendromu); toksik nedenlerden en sık olanı kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar ve radyasyon tedavisi; diğer nedenler ise otoimmün, metabolik ve enfeksiyon hastalıklarıdır.^{14,35}

MENOPOZ VE GENEL SAĞLIK

Bir kadının doğal menopoz yaşı yalnızca üreme yaşlanmasının bir göstergesi değil, aynı zamanda altta yatan sağlığın bir göstergesidir ve hatta gelecekteki sağlık durumu için bir gösterge olabilir.¹¹ Menopozda sadece üreme dönemi sona ermez, aynı zamanda kadının vücudunun işleminde çok sayıda değişiklik meydana gelir.²¹ Yaşlanma, kadının hormonal durumu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir; postmenopozdaki hormonal yetersizliğin kadının genel sağlığı üzerindeki etkisinin ne kadar önemli olduğu iyi bilinmektedir. Menopoz sonrası kadınlar, kardiyovasküler hastalıklar ve nörodejeneratif bozukluklara karşı belirgin bir şekilde savunmasız hale gelirler. Kadınların hayatının bu anında bu hastalıklar erkeklerden daha sık görülür.¹⁹ Bunların dışında kadınlar osteoporoz, obezite, diabetes mellitus ve hipertansiyon dahil olmak üzere kronik durumlar için yüksek risk altındadır.³⁶ Erken yaşta menopoza girmenin kardiyovasküler hastalık (KVH), inme, ateroskleroz ve osteoporoz riskinin artması ile ilişkili olduğu ve bunun aksine meme kanseri ve over kanseri riskinin düşmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{11,17,18,20} Bu, herhangi bir nedensel ilişki anlamına gelmez, ancak genetik faktörler ve erken yaşamdaki maruziyetler dahil olmak üzere genel risk faktörlerinden kaynaklanabilir. Son bulgular, yüksek toplam serum kolesterolü ve kan basıncı gibi önceden var olan risk faktörlerinin hem erken menopoz hem de KVH ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. DMY için her yıl gecikmenin tüm nedenlere bağlı ölümlerde %2'lik bir azalma ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.¹¹

Yaşlanma ve özellikle menopoz geçişi, vazomotor, genitouriner ve kas-iskelet semptomları gibi östrojen yetersizliği ile ilgili tipik semptomların ortaya çıkması ile ilişkilidir.¹⁹ Seksüel fonksiyon yaşla birlikte azalır. Bunu etkileyen faktörler oldukça farklıdır. Genellikle vajinal kayganlığın azalması ve vajinal duvarların incelmeleri nedeniyle görülür. Bunun dışında partnerini kaybetme, ilişkilerinde stres yaşama, psikososyal faktörler, genel sağlık durumunun bozulması gibi faktörler de etkili olabilir. Yaşlanma ve menopoza karşı pozitif bir tutum oluşturulması ve genel sağlık durumunun geliştirilmesi ile seksüel aktivitenin olumlu etkilendiği bildirilmektedir.¹⁰

Menopoz, normal ve doğal bir fizyolojik süreç olmasına rağmen, menopozdan sonraki zaman kadınların hayatının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır ve bu süreçte sağlıkları olumsuz etkilenebilir.^{3,36,37} Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte 2025 yılında postmenopozal dönemde 1,1 milyardan fazla kadın olması ve bunların çoğunun yeme bozuklukları ve menopoza bağlı semptomlardan muzdarip olması beklenmektedir.¹⁹ Bu nedenle üreme sağlığının yanısıra genel sağlığa da odaklanan eylemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Menopoz bakımının sadece kadınlar ve çevrelerindeki tarafından değil, aynı zamanda sağlık profesyonelleri tarafından da yaşanmanın bir parçası olarak algılanması ve anlaşılması gerekir.³⁸ Bu kapsamda, 2004 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadın sağlığının bütünlüğüne odaklanan ilke ve yönergeleri getiren Ulusal Bütünleşik Kadın Sağlığı Politikası'nı başlatmıştır.³⁹

NÖROENDOKRİN YAŞLANMA

Perimenopoz sırasında, FSH artışı orta yaşlı kadınlarda östrojen seviyelerindeki düşüş ve/veya menstrual düzensizliklerin ortaya çıkmasından çok önce tespit edilebilir. Benzer şekilde, perimenopoz sırasında luteinize edici hormon (LH) sekresyon modeli, daha yüksek pulse amplitüdü ve daha düşük pulse frekansı ile değişir.¹⁹ Amenoresi olan veya histerektomi işlemi geçiren kadınların perimenopoz zamanlamasını belirlemek için FSH'deki artış gibi over yaşlanmasının endokrin belirteçleri gereklidir.^{9,13}

Kadınlara özgü olarak, kronolojik yaşlanma, perimenopoz sırasında üreme işlevindeki azalmalarla karakterize edilen endokrin yaşlanma ile birliktedir.⁸ Yaşlanma ve perimenopoz sırasında nörotransmitterler, nöropeptitler ve nörosteroidler, gonadal hormon üretiminin azalması sonucu büyük değişikliklere uğrar. Merkezi sinir sisteminin birçok faaliyeti, özellikle hafıza, dikkat, mantık ve otonom sinir sisteminin kontrolü gibi hipokampal işlevlerle ilişkili olanlar kötüleşir.¹⁹

TİROİD EKSEN YAŞLANMASI

Tiroid fonksiyonu ve gonadal eksenler kadının doğurganlık dönemi boyunca karşılıklı olarak ilişkilidir. Tiroid hormonları, seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG), testosteron ve androstenedion sentezini artırır, östradiol ve androjenlerin vücuttan atılmasını azaltır ve androjenlerin östrona periferik dönüşümünü artırır. Menopozla over aktivitesi ve işlevselliğinin kademeli olarak azalmasının yanında tiroid işlevi ve GH seviyeleri de azalır.¹⁹ Menopozla sıklıkla görülen yorgunluk, depresyon, ruh hali değişimleri ve uyku bozuklukları gibi semptomlar, ayrıca hipotiroidizm belirtileri de olabilir. Menopoz ile karıştırılabilecek hipertiroidi belirtileri arasında uykusuzluk, yorgunluk, kilo kaybı ve titreme sayılabilir. Hem hipertiroidizm hem de hipotiroidizm kadınlarda yaygındır ve prevalans her yaşta kadınlarda erkekler göre daha yüksektir. Kadınlar yaşlandıkça, tiroid hastalıkları artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir.⁴⁰

ADRENAL EKSEN YAŞLANMASI

Menopozla birlikte en önemli değişiklikler adrenal bez seviyesinde meydana gelir.¹⁹ Menopozdan önce ve sonra kadınlarda tüm androjenler periferik dokularda dehidroepiandrosteron (DHEA) sentezlenirken, menopozdan sonra E2 ayrıca intrakrin enzimler tarafından DHEA'dan özel olarak sentezlenir. Menopoz sonrası kadınlar aynı yaştaki erkeklerdeki gibi yaklaşık %50 oranında androjen üretmektedir. Kadınlarda tüm androjenler dolaşımdaki DHEA'dan yapılır. Menopoz sonrası kadınlarda serum DHEA'nın yaklaşık %80'i adrenal kökenlidir, yaklaşık %20'si overlerden kaynaklanır.³⁷ Serum DHEA, 30 yaşlarında azalmaya başlar ve menopoz sırasında yaklaşık %50-60'lık bir kayıp gözlenir. Kadınlar menopozdan sonra sadece östrojenleri kaybetmekle kalmaz, aynı zamanda yaklaşık 20 yıldır mevcut olan androjenlerden de kademeli olarak yoksun kalmış olurlar.^{19,37}

Yaşlanma sırasında adrenaller tarafından DHEA oluşumundaki bu tür belirgin bir azalma, periferik hedef dokularda hem östrojenlerin hem de androjenlerin oluşumunda ve dolayısıyla aktivitesinde dramatik bir düşüşe neden olur.³⁷ Hem ovarial androjenlerin eksikliği hem de DHEA ve adrenal androjen seviyelerinin düşük olması, anksiyete ve uykusuzluk, duygudurum bozuklukları, migren, depresyon, yorgunluk, libido azalması ve Alzheimer tipi gerçek demansa kadar ilerleyen aşamalı hafıza kaybı gibi limbik sistemde fonksiyonel değişikliklere ve bozukluklara neden olur.¹⁹ Rahatsız edici vazomotor semptomlar, ruh halindeki değişiklikler, sinirlilik ve enerjinin azalması gibi diğer menopoz semptomları olan kadınlar, yaşam kalitesinde önemli bir bozulma bildirmektedir.^{19,24}

MENOPOZ, DEPRESYON VE ANKSİYETE

Günümüzde kadınların yaşam beklentisi daha uzundur ve kadınlar artık hayatlarının üçte birini menopozdan sonra yaşamaktadırlar. Başarılı yaşlanmayı kolaylaştırmak, yüksek bilişsel ve fiziksel yetenekler ve hayata aktif katılım için yeni tedavi stratejilerine olan ihtiyaç artmaktadır.^{35,36} Hipertansiyon, diabetes mellitus, psikiyatrik ve dejeneratif beyin hastalıkları, özellikle inme ve demans görülme sıklığı yaşlılarda daha fazladır. Bu koşulların her biri, ayrı ayrı veya kombinasyon halinde, biliş, hafıza, ruh hali ve motor fonksiyon bozukluklarının benzer belirti ve semptomlarına neden olabilir.³⁵ Menopoz sürecinde de cinsiyet hormon seviyelerindeki dalgalanmalar, menopozla ilişkili semptomlar, kilo alımı, yaşam geçişleri ve stresli yaşam olayları gibi komorbid durumlar (örneğin, kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom) ve sosyal destek eksikliği gibi faktörlerin menopoz geçişi sırasında kadınların depresyona karşı savunmasızlığını arttırdığına dair kanıtlar vardır.^{41,42}

Adrenal ve over steroidleri çok önemli nöroaktif ve beyin bölgesine özgü roller oynar. Çok yönlü koruyucu etkileri vardır. Kimyasal, biyokimyasal ve genomik mekanizmalarla geniş bir yelpazede nörotoksik etkilere karşı koruma sağlayan bir sistemi kapsar.⁴³ En yüksek konsantrasyonda östrojen reseptörleri içeren beyin bölgeleri (hipokampus, hipotalamus, frontal korteks ve amigdala) duygudurum düzenlemesi, hafıza ve bilişle ilgilidir. Östrojenin beyinde nöronal büyüme ve ateşlenmeyi teşvik etme, glikoz metabolizmasını artırma ve ruh halini düzenleyen temel nörotransmitterlerin (serotonin, norepinefrin ve dopamin) seviyelerini artırma gibi çok sayıda işlevi vardır. Bu nedenle, perimenopoz sırasında azalan östrojen seviyeleri, ruh sağlığı sorunları geçmişi olmayan kadınları bile, ruh hali, biliş ve libido değişikliklerine yatkın hale getirebilir. Menopozdan sonra östrojen seviyesinin düşüklüğü depresyon riskini artırır.^{41,42} Sonuç olarak üreme yaşlanması sırasında adrenal ve over steroidlerinin çekilmesi beyin fonksiyonunu nöral, vasküler ve metabolik seviyelerde olumsuz etkiler.⁴³

Depresyon kişisel yaşam kalitesini ve iş yaşamını etkilemektedir, gelişmiş ülkelerde ikinci önde gelen engellilik nedenidir ve depresif perimenopozal kadınların yaşadığı potansiyel hastalık yükü önemlidir.⁴³ Epidemiyolojik veriler, çok sayıda kadında peri ve postmenopozal dönemde depresif belirtilerin görülme insidansı ve prevalansının arttığını göstermektedir. Menopozla ilişkili depresyonda hem biyolojik hem de psikososyal faktörler rol oynar.⁴¹⁻⁴⁴ Peri ve postmenopozal kadınlar arasında bildirilen depresyon prevalansı %12 ile %36 arasında değişmektedir.^{42,45} Kadınlarda depresif bozuklukların bu artan

prevalansının bir nedeni olarak östrojen eksikliği öne sürülmüştür. Vazomotor semptomlar, psikolojik sıkıntı riskini daha da artırır. Vazomotor semptomların varlığı, daha yaygın depresif duygudurum ile ilişkili görünmektedir ve anksiyete, üreme yıllarının sonlarında kadınlar arasında sıcak basmalarının önemli bir öngörücüsüdür. Perimenopozun birkaç yıla kadar sürebileceği düşünüldüğünde, perimenopoz sırasında depresyon gelişme riski premenopozal kadınlarınkinden 14 kat daha yüksek olabilir. Özellikle, perimenopozu uzun yaşayan kadınlar, kısa geçiş yapanlara göre daha fazla depresyon riski altındadır.⁴³ Önceki depresyon öyküsü (özellikle postpartum ve premenstrual) depresyona yatkınlık oluşturmaktadır. Sağlıklı ve ruh sağlığı sorunları öyküsü olmayan perimenopozal kadınlarda bile depresif belirtilere sahip olma riski 2-4 kat daha fazladır.^{44,45}

Menopoz sırasında birçok kadının yaşadığı semptomlar (örn. yorgunluk, zayıf konsantrasyon, uyku bozuklukları, kilo ve libido değişiklikleri) depresyonla ilişkili olarak da ortaya çıkar ve bu hasta popülasyonunda depresyon tanısını zorlaştırır.^{41,42} Depresyonu olan perimenopozal kadınların %80'inden fazlası vazomotor semptomlar yaşarken, depresyonu olmayanların %49'u vazomotor semptomlar yaşamaktadır. Kötü uyku kalitesi, menopoz da dahil olmak üzere yaşam evresinden bağımsız olarak depresyon ile ilişkilidir ve menopoz semptomları yaşayan kadınlarda uyku kalitesi bozulduğu için yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek depresyon riskini artırabilir.⁴² Sağlıksız davranışlar (örneğin, sigara içmek, egzersiz yapmamak) ve hareketsiz yaşam tarzının, daha depresif belirtiler dahil olmak üzere daha şiddetli menopoz semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁴⁶

Perimenopoz ve menopoz sırasında depresyon için birçok tedavi önerilmiştir. Yakın tarihli bir meta-analizde; biyo-özde östrojenin depresif semptomlar üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur.⁴⁷ Perimenopozal kadınlar da dahil olmak üzere her yaşta kadında depresyon için birinci basamak ilaç tedavisi olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) kullanılmaktadır.⁴⁸ SSRI'lar ve SNRI'ler, serotoninin kullanılabilirliğini artırarak, hem ruh halini iyileştirebilir hem de menopozun fiziksel semptomlarını azaltabilir.⁴¹ Hasta eğitimi fiziksel aktivite ve psikoterapi depresif semptomlar üzerindeki sıkıntıyı hafifletebilir.^{44,46} Kesin kanıt olmamasına rağmen, zihin-beden terapilerinin (örn. meditasyon, yoga), menopoz öncesi ve sonrası kadınların anksiyete, uyku bozuklukları ve depresyon semptomlarını azaltmalarına yardımcı olabileceği belirtilmektedir.⁴²

Menopozla ilgili depresyon riski hakkında bilgi edilerek hastalarımızın kişisel özelliklerini ve sağlık eğitimi ihtiyaçlarını doğru bir şekilde değerlendirmeliyiz. Sağlıklı ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz yapma, düzenli saatlerde uyuma, sosyal destekten yararlanma ve rahatlamaya zaman ayırma gibi girişimlerle hastalarımızın yaşamlarında algılanan stresle başa çıkmayı öğretmeliyiz.⁴² Depresif semptomları olan hastalarımızı uygun uzmana sevk etmeliyiz.

MENOPOZAL SEMPTOMLAR

Menopoz genellikle orta yaşta diğer psikososyal değişikliklerle paralel olarak ortaya çıkar, bu nedenle menopoz semptomları biyolojik, psikolojik ve kişiler arası faktörlerin, sosyal bağlamın ve bunlar arasındaki dinamiklerin ortak etkilerinin sonucu olabilir.²³ Östrojendeki dramatik düşüş ile menopoz geçişi sadece üreme organlarını değil diğer vücut sistemlerini de etkiler.¹ Kadınlarda perimenopozal semptomlar önemli değişiklikler gösterir. Bu semptomların bazıları, kadınların normal günlük aktivitelerini etkileyecek ve tıbbi tavsiye ve tedaviye neden olacak kadar ağır olabilir.^{1,3} Çalışmalar, menopoz semptomlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini göstermiştir.^{3,24} Bu nedenle, sağlık uzmanları bu menopoz semptomlarının farkında olmalıdır.

Menopozun genel semptomları

- Menstrual siklusların olmaması veya düzensiz olması veya sikluslar arasında lekelenme^{2,49}
- Vazomotor semptomlar (VMS)^{1-3,6,9,10,12,23,24,49,50}
 - ◆ Baş ve boynun sıcak basması veya kızarması
 - ◆ Gece terlemeleri
- Genitoüriner semptomlar^{2,6,9,12,24,49}
 - ◆ Vulva vajina atrofisi
 - ◆ Vajinada kuruluk, vajinal kayganlığın azalması
 - ◆ Seksüel ilişki sırasında rahatsızlık, disparoni, seksüalitede değişiklikler
 - ◆ Üriner semptomlar (acil idrara çıkma, inkontinans, dizüri, noktüri, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar)
- Libido kaybı^{9,12,23,50}
- Kişilik/ruh hali değişiklikleri^{2,9,24,36,49}
- Anksiyete ve/veya depresyon^{2,6,9,12,23,24,49,50}
- Emosyonel değişiklikler (irritabilite, hipersensitivite, keder)^{2,6,9,12,23,24,50}

- Geçici olarak unutkanlık, konsantrasyon azalması ve diğer kognitif semptomlar^{2,12,23,24,50}
- Yorgunluk^{6,9,12,23}
- Uyku bozuklukları^{2,9,12,23,24,36,49,50}
- Kemik kaybı^{1,10,12,36}
- Kas, cilt ve eklem rahatsızlıkları^{9,12,23,50}
- Kilo alımı (özellikle abdominal bölgede) ve ödem^{2,6,12}
- Çarpıntı, kalp rahatsızlıkları⁵⁰
- Gözlerde kuruluk.⁹

VAZOMOTOR SEMPTOMLAR

Perimenopozal veya menopozal dönemdeki kadınların çoğu genellikle sıcak basması olarak bilinen bir vazomotor rahatsızlık yaşamaktadır.^{1,3,10-12} Menopoz geçişi sırasında kadınların yaklaşık %75'inde ortaya çıkan en yaygın semptomdur,^{11,24} %85'e kadar görüldüğünü belirten kaynaklar da vardır.¹² Sıcak basması, göğüsten başlayan sıcaklığın baş ve boyuna yayılması olarak tanımlanmaktadır. Gece yaşanan sıcak basmaları, terleme nedeniyle ortaya çıkan uyku bozuklukları ile birlikte görülmektedir. Bu epizodlar, günde 20-30 defaya kadar çıkabilir, genellikle 3-5 dakika veya daha kısa sürelidir. Bazı kadınlar aynı zamanda baş dönmesi, çarpıntı ve kuvvetsizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.¹⁰ Sık veya orta şiddetli VMS ortalama 7-10 yıl; daha az sıklıkta veya daha az şiddetli VMS daha da uzun sürmektedir.²⁴

KAS İSKELET SİSTEMİ VE CİLT

Kemik yoğunluğu ve kemik kalitesinde azalmayla ilişkili ortaya çıkan osteoporoz, perimenopozal dönemde başlar, özellikle menopozdan sonra kadınlar için önemli bir sağlık problemidir.^{1,10,12,49} Kemiklerdeki bu değişim, östrojen düzeyindeki düşüş ile ilişkilidir. 50 yaşın üzerindeki kadınların yaklaşık yarısının osteoporozla ilişkili kemik kırığı yaşayacağı tahmin edilmektedir. Osteoporozu olan kadınlarda en fazla kalça, ön kol ve vertebra kırıkları açısından risk artışı söz konusudur.^{3,10} Daha erken yaşlarda menopoza giren kadınlarda daha fazla kemik kaybının olacağı tahmin edilmektedir, fakat en önemli faktör aile hikayesidir.¹⁰ Hem osteoporoz hem de osteopeni birey üzerinde fonksiyonel bozulma, yeti yitimi, ağrı, depresyon, düşme korkusu, kırık olasılığının artması, yaşam kalitesinin düşmesi, morbidite ve mortalitenin artması gibi basamaklı etkilere sahip olabilir.⁵¹ Perimenopoz ve menopoz döneminde eklem ağrıları reproduktif döneme göre daha fazla görülür.^{12,23} Kadınların obez ve deprese olması durumunda bu yakınmalar artar.¹²

Cilt yaşlandıkça, cildin sıkılığını sağlayan kollajen ve elastin zayıflar. Cilt daha sarkık, ince ve kırışık görünür.^{1,10} Sigara içme, cildin daha fazla olumsuz etkilenmesine neden olur. Kadınlar yaşlandıkça cilt daha da kurur ve daha fazla nemlendirilmesi gerekir.¹⁰

Östrojen kadınlarda kilo ve yağ metabolizmasını düzenlemektedir. Menopoz süresince yağ dağılımında değişiklik oluşur. Premenopozal kadınlarla karşılaştırıldığında, postmenopozal kadınlarda total vücut yağı %22 oranında artmaktadır.¹⁰ Özellikle de göbek bölgesinde yağ birikimi artmakta, bel ölçüsü kalçalara göre genişlemektedir.^{1,10,49} Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi “**Menopozda Kas İskelet Sistemi ve Osteoporoz**” bölümünde yer almaktadır.

KARDİOVASKÜLER SİSTEM

Menopozda en uzun süreli fiziksel değişim lipit ve lipoprotein düzeylerindeki değişimdir. Menopozdan önce normal östrojen düzeylerinin varlığı, yüksek düzeyde HDL-C veya iyi kolesterol, düşük düzeyde LDL-C veya kötü kolesterol düzeyine katkıda bulunur.¹⁰ Menopoz süresince östrojen düzeyi düştükçe bu koruyucu mekanizma durur, böylece kadınların koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve strok (inme) riskleri artar.^{1,10,49}

Metabolik sendrom, koroner kalp hastalığı için en büyük hazırlayıcı faktördür. Klinik özellikleri; bel bölgesinin genişlemesi, trigliseridlerin 150 mg/dl’den daha yüksek olması, HDL’nin 50 mg/ml altında olması, kan basıncının 130/85 mm/Hg üzerinde olması ve açlık kan glikoz düzeyinin 100 mg/dl üzerinde olmasıdır.¹⁰ Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi “**Menopoz ve Kalp Hastalıkları**” bölümünde yer almaktadır.

HAFIZA VE KOGNİTİF FONKSİYONLAR

İlerleyen yaşla birlikte, hafıza ve kognitif fonksiyonlarda değişimler oluşur.^{1,10,12,49} Menopoz sonrası uzun süreli hipöstrojenik durum, öğrenme ve hafızayı olumsuz etkiler, yaşlanan kadınlar beyin hasarı ve nörodejeneratif hastalıklara karşı daha savunmasız olurlar.³⁵ Bu değişim aynı zamanda yaşam stili, genetik ve sosyoekonomik durumdan da etkilenmektedir.¹⁰

ÜREME ORGANLARI

Üreme organları, menopoz geçişi sırasında çeşitli şekillerde değişir. Diğer değişikliklerle birlikte hepsi atrofiye uğrar. Bazı değişiklikler menopoz değişiklikleri değil, yaşlanma süreciyle ilgilidir. Aslında, doğrudan menopozla ilgili olan değişiklikleri, yaşlanma süreciyle doğrudan ilişkili olanlardan ayırmak zordur.⁵

Vajina

Östrojen eksikliği vajinal kuruluğa neden olur.^{3,15} Vajina kısalmır ve elastikiyetini kaybeder (vajinal atrofi). Vajinal doku inceler ve kurur. Vajinal sıvının daha az asidik hale gelmesi, yaşlı kadınların idrar yolu enfeksiyonlarına yatkın olmasında bir faktördür.^{5,12} Genitoüriner sistemde stres inkontinansı ve sistit görülür.^{1,12} Libidonun azalması, vajinal kayganlığın azalması, seksüel ilişki sırasında rahatsızlık gibi seksüalitede değişiklikler oldukça yaygındır. Perimenopozal kadınların bu değişiklikleri %75 oranında yaşadıkları tahmin edilmektedir.¹⁰

Uterus

Uterus küçülür ve fibrotik hale gelir. Serviks de küçülür ve cinsel olarak aktif olmayan bazı kadınlarda servikal açıklık daralır veya tamamen kapanır (servikal stenoz).⁵

Overler

Overler küçülür ve folikül sayısı önemli ölçüde azalır. Üreme yıllarındaki büyüklüğünün yaklaşık yarısı kadardır ve jinekolojik muayenede artık hissedilemez.^{5,15}

Dış Genitaller

Her iki labia çifti de alttaki yağ dokusunu kaybeder ve küçülür. Klitoris düz kas dokusunun erektil fonksiyonunu etkileyen atrofisinin yanı sıra tüm bölgeye kan akışı azalır.⁵ Pubik kıllar seyrekleşir, rengi gri veya beyaza döner, bir süre sonra görülmez. Labialar küçülür ve yoğun pigmentasyonunu kaybeder. Menopozal kadınlar pelvik tonüs ve desteğini kaybedebilirler, buna bağlı olarak üreme organları ve üriner sistem organlarında prolapsus, üriner inkontinans yaşayabilirler. Kegel egzersizleri ve düzenli seksüel aktivite ile bu değişimler engellenebilir.¹⁰

MEME DOKUSU

Meme dokusundaki süt kanalları artık onları uyaracak östrojene sahip değildir, bu nedenle de atrofiye uğrarlar ve bu da meme boyutunun azalmasına neden olur. Meme dokusu da daha fazla yağ dokusu ile daha az yoğun hale gelir. Bağ dokusunun kaybı ile memelerde sarkmalar olur.^{1,5,10}

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Gıdalardan kalsiyum emilimi azalır, buna bağlı kırık riski artar.¹

TEDAVİ

Semptom yönetimi ile ilgili ayrıntılı bilgi “**Menopoz ve Semptom Yönetimi**” bölümünde, tedavilerle ilgili ayrıntı

tılı bilgi “Menopoz ve Tedavi Yaklaşımları” bölümünde yer almaktadır.

HEMŞİRELİK SÜRECİ

Menopozal geçiş, bir kadının üreme sistemini içeren genel yaşlanma sürecinin evrensel ve geri döndürülemez bir parçasıdır. Bir hastalık durumu olmamasına rağmen, menopoz geçişi kadınları birçok yaşlanma koşulunun gelişimi için daha büyük risk altına sokar.¹ Menopoz sürecindeki kadınlar, kendileri ile iyi bir iletişim kurulması, tüm şikayetlerinin etkili bir şekilde dinlenmesi, içinde buldukları durumlarına oryantasyonlarının sağlanması, gerekli açıklamaların/bilgilendirmelerin yapılması ve bütün girişimlerin kendilerine özel olmasını beklemektedir. Ancak cinsellik ve cinsel deneyim gibi bazı konuları tartışırken kendilerini güvende hissetmedikleri görülmektedir.⁵² Kadınlar genellikle bu dönemi tek başlarına, sessizce ve yetersiz bilgi ile yaşamaktadırlar. Yaşam kalitesi, bu dönemdeki müdahalelerin temeli olarak kabul edilir ve şikayetlerin öznel ve kültürel yönleri de göz önünde bulundurulmalıdır.⁵³ Bilgi eksikliği olan veya çelişkili bilgileri anlayamayan kadınlar, kendilerini şaşkın, hüsrana uğramış hissedebilirler ve kötü bir karar vermekten korkabilirler.²

Menopoz yönetiminde “sihirli bir yöntem” yoktur. Öncelikle hemşirelerin, hastaların kişisel özelliklerini ve sağlık eğitimi ihtiyaçlarını doğru bir şekilde değerlendirebilmesi için menopoz geçişinin aşamaları ve ilgili semptomlar hakkında bilgi sahibi olması; bu bilgiyi iş arkadaşlarıyla paylaşması gerekir. Hemşireler, kadınlara içinde buldukları durum ve riskleri hakkında danışmanlık yapabilir ve belirli bir sağlık bakımı eğitimi ile hastalıkları ve zayıflatıcı koşulları önlemelerine yardımcı olabilir. Kadınlar kendi kararlarını kendileri vermelidir, ancak hemşire kadınların bunu akıllıca yapabilmeleri için doğru bilgilere sahip olduklarından emin olmalıdır. Hemşireler, kadınların bu kaçınılmaz olayı anlamalarına ve karar vermelerine yardımcı olmak için en son araştırma bulguları da dahil olmak üzere menopoz süreci hakkında kapsamlı bir açıklama sunabilir.^{1,9} Kadınları menopoz geçişine sokan mekanizmaların anlaşılması, menopoza bağlı hastalık morbiditesinde artışı geciktiren müdahaleler için fırsatlar sunabilir ve böylece yaşlanan kadınlar için genel yaşam kalitesini iyileştirebilir.¹⁹ Menopoz ile ilgili algıların değişmesi ve menopoz sürecindeki kadınlara ulaşabilmek, yaşanan problemlerle daha etkili şekilde baş edilmesine yardımcı olacaktır.¹⁰ İyi kurulmuş bir sosyal ağ, kadınların menopoz yıllarında meydana gelen birçok değişikliğe uyum sağlayabilmesini olumlu yönde etkileyebilir.²³

Kadın, iyice eğitildikten sonra menopoz semptomlarını kontrol etmek için HRT kullanmaya karar verirse, sık sık yeniden değerlendirilmesi gerekecektir. Bir kadının bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için geçerli olan katı kurallar yoktur. Hemşire, kadının kaygısını ve endişesini azaltmak için terapiye ilişkin gerçekçi beklentiler sağlayabilir. Destek kazanmak, bilgi ve kaynak paylaşmak için arkadaşların değerini vurgulamak da faydalıdır.¹

Sağlıklı yaşam tarzları ve stres yönetimi teknikleri sağlık ve uzun ömür için hayati önem taşır ve menopoz tartışılırken bunları kadının gündeminde tutmak önemlidir. Kanıta dayalı müdahaleler aşağıdakiler gibi yaşam tarzı değişiklikleri, risk yönetimi terapileri ve önleyici ilaç müdahalelerini içerir:^{1,2}

- Sağlığı korumaya aktif olarak katılmak.^{1,2,9,36}
- KVH ve osteoporozu önlemek için düzenli olarak egzersiz yapmak.^{1,2,9,36}
- Ek kalsiyum, D vitamini almak ve osteoporozu önlemek için uygun şekilde beslenmek.^{1,2,36,49}
- Akciğer ve kalp hastalığını önlemek için sigarayı bırakmak.^{1,2,36}
- Osteoporozu önlemek için kafein ve alkol alımını azaltmak.^{1,2,36,49}
- Kan basıncını, lipitleri ve diyabeti (ilaç tedavisi yönetimi) izlemek.^{1,49}
- Kan pıhtılaşmasını önlemek için düşük doz aspirin kullanmak.¹
- KVH'ı önlemek için diyetle yağ, kolesterol ve sodyum alımını azaltmak.^{1,2,49}
- Sağlıklı bir kiloyu sürdürmek.^{1,2,36,49}
- Meme kanserinden korunma ve erken teşhis uygulamalarını yapmak.^{1,49}
- Depresyonu önlemek için stresi kontrol etmek.^{1,36}
- Yoga, meditasyon gibi relaksasyon tekniklerini kullanmak.^{2,36}
- Olağandışı kanamaları doktoruna bildirmek.^{9,32}

BİR HEMŞİRE OLARAK MENOPOZ SÜRECİNDEKİ KADINLAR İÇİN YAPABİLECEĞİMİZ GİRİŞİMLER ŞUNLAR OLACAKTIR:

- Menopozun temel fizyolojisini anlamak, kadınlara eğitim ve danışmanlık vermek,
- Her tıbbi ziyarette hastalara menopozla ilgili semptomlarını sormak,

- Kadınların menopozda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri anlamasını sağlamak,
- Verilen hizmetlere kadınların kolay ulaşabilmesini sağlamak,
- Uygun eğitim materyalleri sağlamak,
- Semptomlar için kullanılacak tedavinin risklerini ve yararlarını tartışmak, bunları yaparken kültürel açıdan duyarlı olmak,
- Sağlığını geliştirmesi için yukarıda belirtilen yaşam tarzı değişikliklerini yapmasına destek olmak (detaylı bilgi “**Menopoz ve Sağlıklı Yaşam Davranışları**” bölümünde yer almaktadır).

- Uygun bilgi kaynaklarının erişilebilir olmasını sağlamak,
- Toplumdaki çeşitli kültürlerden kadınların menopozla yönelik tutumları ve inançları hakkında bilgi edinmek,
- Tutum ve inançlardaki bireysel çeşitliliği belirlemek için her hasta için bir değerlendirme yapmak,
- Sağlık merkezleri, ibadet yerleri, güzellik salonları ve diğer toplanma yerlerinde menopoz hakkında eğitim etkinlikleri sağlamak, davet edilen kadınların ailesini ve arkadaşlarını da dahil etmek.

KAYNAKLAR

1. Scott Ricci S. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. 4th ed. China: Wolters Kluwer; 2017. p. 402-21.
2. March P, Pilgrim J. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Decision process regarding treatment options. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 2018.
3. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Stats & Facts. 2011:33. [Erişim tarihi: 24 Eylül 2021]. Erişim linki: https://ww1.prweb.com/prfiles/2018/05/01/15456577/MediaKit_Womens%20Health%20Source.pdf
4. Davis S, Lambrinouadaki I, Lumsden M, Mishra D, Pa L, Rees M, et al. Menopause. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15004. doi: 10.1038/nrdp.2015.4.
5. Roush K. What Nurses Know-Menopause. Newyork: Demos Medical Publishing; 2011. p.1-24.
6. Ilankoon IMPS, Samarasinghe K, Elgán C. Menopause is a natural stage of aging: A qualitative study. BMC Women's Health. 2021;21(1):47. doi: 10.1186/s12905-020-01164-6.
7. Chan S, Gomes A, Singh RS. Is menopause still evolving? Evidence from a longitudinal study of multiethnic populations and its relevance to women's health. BMC Women's Health. 2020;20:1-15. doi: 10.1186/s12905-020-00932-8.
8. Ballard K. Biological changes during the menopause. Understanding Menopause. Chennai: Wiley; 2003. p. 1-19.
9. Cabrera G, March P. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Age-related factors. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 2018.
10. Davidson MC, London ML, Ladewig PW. Olds' Maternal Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan (Health Promotion of Women Across the Lifespan). 9th ed. Edinburg: Pearson Education Inc.; 2014. p. 71-82.
11. Mishra GD. Menopause, a stage in the life. In: Cano A, ed. Menopause: A Comprehensive Approach. E-book. Springer International Publishing AG; 2017. p. 3-7.
12. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Çalışma Grubu. Menopozal ve postmenopozal hasta yönetimi. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu. 14. Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık San. Ltd. Şti.; 2019. p. 169-80.
13. Baker FC, De Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. Nat Sci Sleep. 2018;10:73-95. doi: 10.2147/NSS.S125807.
14. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Çalışma Grubu. Primer Overyan Yetersizlik (POY); tanı ve tedavisi. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu. 14. Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık San. Ltd. Şti.; 2019. p.135-46.
15. Peacock K, Ketvertis KM. Menopause. StatPearls. Last update: June 29, 2021. [Erişim tarihi: 27 Eylül 2021]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507826/>
16. Dunneram Y, Greenwood DC, Cade JE. Dietary patterns and age at natural menopause: Evidence from the UK Women's Cohort Study. Maturitas. 2021;143:165-170. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.004.
17. Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Giles GG, Bruinsma F, et al. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data. The Lancet Public Health. 2019;4(11):e553-e564. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30155-0.
18. Gong D, Sun J, Zhou Y, Zou C, Fan Y. Early age at natural menopause and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis of prospective observational studies. International Journal of Cardiology. 2016; 203:115-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.10.092.
19. Genazzani AD, Giannini A, Napolitano A. From menopause to aging: endocrine and neuroendocrine biological changes. In: Birkhaeuser M, Genazzani AR, eds. Pre-Menopause, Menopause and Beyond. Cham: Springer; 2018. p.17-30.
20. El Khoudary SR. Age at menopause onset and risk of cardiovascular disease around the World. Maturitas. 2020;141:33-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.06.007.
21. Fugiel J, Ignasiak Z, Skrzek A, Slawińska T. Evaluation of relationships between menopause onset age and bone mineral density and muscle strength in women from South-Western Poland. Hindawi BioMed Research International. 2020:1-9. doi: 10.1155/2020/5410253.
22. Arinkan SA, Gunacti M. Factors influencing age at natural menopause. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(3):913-20. doi: 10.1111/jog.14614.
23. Falkingham J, Evandroua M, Qina M, Vlachantoni A. Chinese women's health and wellbeing in middle life: Unpacking the influence of menopause, lifestyle activities and social participation. Maturitas. 2021;143:145-50. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.008.
24. Kapoor E, Okunod M, Millere VM, Roccaf LG, Rocca WA, Kling JM, et al. Association of adverse childhood experiences with menopausal symptoms: Results from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause and Sexuality (DREAMS). Maturitas. 2021;143:209-15. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.006.
25. Schub T, Woten M. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Influence of Culture and Ethnicity. Glendale, CA: Cinahl information Systems; 2018.

26. Im EO, Kim S, Ji X, Park S, Chee E, Chee W, et al. Improving menopausal symptoms through promoting physical activity: A pilot Web-based intervention study among Asian Americans. *Menopause*. 2017;24(6):653-62. doi: 10.1097/GME.0000000000000825.
27. Shea JL. Menopause and midlife aging in cross-cultural perspective: Findings from ethnographic research in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2020;35(4):367-88. doi: 10.1007/s10823-020-09408-6.
28. Murphy MM, Verjee MA, Bener A, Gerber LM. The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric*. 2013;16(5):550-4. doi: 10.3109/13697137.2013.771330.
29. Vural PI, Yangin HB. Assessing menopausal symptoms among Turkish and German women with the menopause rating scale: A cross-cultural study. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(2):979-87.
30. Solomon DH, Ruppert K, Greendale GA, Lian Y, Selzer F, Finkelstein JS. Medication use by race and ethnicity in women transitioning through the menopause: a study of women's health across the nation drug epidemiology study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(6):599-605. doi: 10.1089/jwh.2015.5338.
31. Strezova A, O'Neill S, O'Callaghan C, Perry A, Liu J, Eden J. Cultural issues in menopause: an exploratory qualitative study of Macedonian women in Australia. *Menopause*. 2017;24(3):308-15. doi: 10.1097/GME.0000000000000750.
32. Strayer D, Schub T. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Endometrial Bleeding. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 2018.
33. Huan L, Deng X, He M, Chen S, Niu W. Meta-analysis: early age at natural menopause and risk for all-cause and cardiovascular mortality. *Hindawi, BioMed Research International*. 2021;1-14. doi:10.1155/2021/6636856
34. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Finneran P, Klarin D, Bhatt DL, et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease. *JAMA*. 2019;322(24):2411-21. doi: 10.1001/jama.2019.19191.
35. Podfigurna A, Czyzyk A, Grymowicz M, Smolarczyk R, Meczekalski B. Primary Ovarian Insufficiency. In: Cano A, ed. *Menopause: A Comprehensive Approach*. E-book. Springer International Publishing AG; 2017. p.23-66.
36. Caple C, Schub T. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: maintaining a healthy lifestyle. CA: Cinahl Information Systems; 2018.
37. Labrie F. Intracrinology: The new science of sex steroid physiology in women. In: Birkhaeuser M, Genazzani AR, eds. *Pre-Menopause, Menopause and Beyond*. Cham: Springer; 2018. p. 3-12.
38. de Souza Soares GR, Sá SPC, Silva RMCRA, Souza IEO, Penna LHG, Zweiter M. Knowledge produced on climacteric, family and aging. *Revista Enfermagem UERJ*. 2018;26:32588. doi:10.12957/reuerj.2018.32588
39. de Fátima Passos L, Vilela RB, de Miranda Coelho JAP, de Mello Vianna RS, Soares WD, Freitas DA. Perception of medical students in Maceió, Alagoas and Brazil on care for women in climacteric. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2016;30(3):515-33.
40. March P, Uribe LM. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Thyroid Conditions. CA: Cinahl Information Systems; 2018.
41. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):202-16. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2016;127(1):166. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):604. doi: 10.1097/01.AOG.00000441353.20693.78.
42. Sliwinski JR, Johnson AK, Elkins GR. Memory decline in peri-and postmenopausal women: the potential of mind-body medicine to improve cognitive performance. *Integrative Medicine Insights*. 2014;9:17-23. doi: 10.4137/IMI.S15682.
43. Pluchino N, Genazzani AR. Brain impact of sex steroid withdrawal at menopause. In: Birkhaeuser M, Genazzani AR, eds. *Pre-Menopause, Menopause and Beyond*. Cham: Springer; 2018. p.35-41.
44. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athapilly G, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: Summary and recommendations. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(2):117-34. doi:10.1089/jwh.2018.27099.mensocrec.
45. Berga SL, Parry BL, Moses-Kolko EL. Psychiatry and reproductive medicine. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. 2. 10th ed. 2017. p. 2523.
46. Bernard P, Ninot G, Bernard PL, Picot MC, Jaussent A, Tallon G, et al. Effects of a six-month walking intervention on depression in inactive postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*. 2015;19(6):485-92. doi: 10.1080/13607863.2014.948806.
47. Whedon JM, KizhakkeVeettil A, Rugo NA, Kieffer KA. Bioidentical estrogen for menopausal depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(1):18-28. doi: 10.1089/jwh.2015.5628.
48. Kornstein SG, Clayton AH, Bao W, Guico-Pabia CJ. A pooled analysis of the efficacy of desvenlafaxine for the treatment of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(4):281-90. doi: 10.1089/jwh.2014.4900.
49. Marcel C, Ashley TJ. Evidence-Based Care Sheet: Menopause: Nutrition. CA: Cinahl Information Systems; 2018.
50. Ryu KJ, Park H, Kim YJ, Yi KW, Shin JH, Hur JY, et al. Comparison of various menopausal symptoms and risk factor analysis in Korean women according to stage of menopause. *Maturitas*. 2020;140:41-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.023.
51. Sadeghi H, Ashraf A, Zeynali N, Ebrahimi B, A Jehu D. Balance and functional mobility predict low bone mineral density among postmenopausal women undergoing recent menopause with osteoporosis, osteopenia, and normal bone mineral density: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. 2021;42:33-6. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.10.020.
52. Banazeski AC, Luzardo AR, Roza AJ, Sinski KC, Palombit MR, Conceição VM. Nurses' perceptions about climacteric care. *J Nurs UFPE on line*. 2021;15:e 245748. doi: 10.5205/1981-8963.2021.245748
53. Pereira ABS, Martins CA, Pereira MS, de Lima JR, Silva AC, Ream PSF. Care by family health strategy personnel during the climacteric. *Uerj Nursing Journal*. 2016;24(1): e13122.