USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRIMARY HEALTH
CARE PROJECT

وزارة الصحة
دائـــرة الصحـــة العامـــة

دلائل عمل سن اليأس الوطنية

لمزودي خدمات الرعاية الصحية الأولية في العراق

DISCLAIMER
This guideline has made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development (USAID) under Primary Health Care Project in Iraq (PHCPI) implemented by University Research Co,. LLC. This guideline has been developed in Iraq in close collaboration with the Ministry of Health (MoH) in March 2013

جدول المحتويات

المختصرات ..... Error! Bookmark not defined.

1. الغرض والنطاق 4

2. التعريف 4

3. أساليب التعامل مع النساء في سن اليأس 6

4. خطة الرعاية للنساء في فترة سن اليأس 18

5. سن اليأس والامراض الخبيثة 29

ملحق 1: خوارزمية معالجة سن اليأس 37

ملحق 2: خوارزمية العلاج بالهرمونات البديلة..... 38

ملحق 3: قائمة تقييم الأداء..... 39

ملحق 4: تمرينات اللياقة البدنية العامة والمرونة بالنسبة سن اليأس 40

ملحق 5: عوامل الخطورة المؤدية للإصابة سرطان الثدي 41

المختصرات

BMD	الكثافة المعدنية للعظام
BMI	مؤشر كتلة الجسم
CA	سرطان
CHD	أملراض القلب المُزمنة
IUD-CU	لولب رحمي نحاسي
CVD	أمراض جهاز القلب والدوران
DEXA	مقياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة
FDA	إدارة الغذاء والدواء
HDL	بروتين شحمي مرتفع الكثافة
HRT	العلاج بالهرمونات البديلة
WISH-I	المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية
LDL	بروتين شحمي منخفض الكثافة
Lp	صورة الشحوم
PHC	الرعاية الصحية الأولية
VT	الخثار الوريدي
VTE	الانصمام الخثاري الوريدي

سن اليأس

1. الغرض والنطاق

يهدف هذا الدليل الإرشادي إلى بناء قدرات أطباء الرعاية الصحية الأولية وإمدادهم بأحدث المعلومات حول كيفية التعامل مع النساء في سن اليأس وتقديم الاستشارة لهم طبقًا للاحتياجات والمتطلبات المحلية. وسيكون عاملاً مساعدًا في وضع معايير الإحالة المتعلقة بالمسائل الصحية للمرأة في سن الياس خاصة. كما يثير أيضًا قضية سن اليأس باعتبارها ظاهرة نفسية عند المرأة العراقية، حيث أن هناك افتقار للمعلومات في هذا الجانب وافتقار لوجود مراكز متخصصة تقدم خدمات للمرأة العراقية على مستوى مراكز أو مستشفيات الرعاية الصحية الأولية.

2. التعريف

سن اليأس هو الوقت الذي ينقطع فيه الطمث لمدة 12 شهر على التوالي بغياب أي سبب بيولوجي أو نفسي آخر. .[1] وهذا حادث طبيعي للنساء في أعمار ما بين 45 إلى 55 عامًا. ويكون تشخيصًا استعاديًا عندما يحدث للمرأة توقف دائم لوظائف المبيض الأولية. ويحدث هذا التحول تدريجيًا عبر فترة تمتد لسنوات، بسبب تقلب مستويات الهرمونات التي ينتجها المبيض الشائخ. ولكن عند بعض النساء، قد تسبب العلامات والآثار المصاحبة التي قد تحدث خلال سنوات التحول إلى سن اليأس إزعاجًا كبيرًا على أنشطتهن اليومية وعلى إحساسهن بالصحة الجيدة.

2.1 تغيرات وظائف المبيض

خلال فترة التحول إلى سن اليأس، وبتقدم العمر يقل عدد الجريبات المبيضية وتزداد بالتالي كمية الهرمون المنبه للجريب (FSH). ويستمر مستويات هرمون موجهة الغدد التناسلية (FSH) في النشاط بغرض تنبيه المبيض، ولكن لتغيرات فسيولوجية في المبيض يصبح المبيض مقاومًا بشكل متزايد لأي تنبيه يأتي من موجهات الغدد التناسلية. قد افترض أن تصبح مستقبلات الهرمون المنبه للجريب غير موجودة في خلايا المبيض أمرًا مسلمًا به. ونتيجة لذلك، يُجرى إنتاج الهرمونات المبيضية أو الإستروجينات مثل الإيستراديول أو الإيسترول بكميات قليلة. ومع ذلك، لا يزال بمقدور الأجزاء الأخرى من النسيج المبيضي إنتاج هرمونات أخرى مثل الإستروجينات لفترة أطول من الوقت حتى بعد الوصول إلى سن اليأس. وبمجرد الوصول إلى سن اليأس واختفاء دورات الطمث الشهرية، لن تكون المرأة قادرة على الإنجاب.[1,2]

2.2 ما قبل سنوات اليأس

تعد فترة اليأس أو الفترة القريبة ما قبل اليأس مرحلة انتقالية تحدث للمرأة عادة في عمر ما بين 45 إلى 55 عامًا إلا أنها قد تحدث قبل ذلك العمر ويمكنها أن تدوم لسنوات عديدة حتى تكتمل تغيرات سن اليأس. وخلال هذه السنوات، تتغير فترة الطمث وتصبح غير منتظمة — تكون أطول أو أقصر أو أثقل أو أخف، وأحيانا تكون أكثر أو أقل من 28 يوم منفصلة وفي العادة لا تحدث بعض الدورات. وعندما تمر المرأة بفترة 12 شهر متصلة بدون حدوث الطمث، فيمكننا أن نعتبر أنها في سن اليأس وأنها الآن في الفترة التالية لسن اليأس. وخلال فترة اليأس، تمر المرأة بتغيرات أيضية متعددة بسبب الانخفاض الكبير في مستوى هرمونات الإستروجين مما ينتج عنه أعراض متباينة الشدة. [1,2]

2.3 الفشل المبتسر للمبيض واليأس المبكر

نعتبر أن اليأس مبتسرًا عندما يحدث للمرأة دون 40 عامًا ونعتبر اليأس مبكرًا عندما يحدث للمرأة قبل بلوغ سن 45 عامًا. يحدث اليأس المبتسر (الفشل المبتسر للمبيض) لنسبة تتراوح من 0.9% إلى 1.2% من النساء؛ بينما يحدث اليأس المبكر لنسبة تتراوح من 5% إلى 10% من النساء تقريبًا. وقد أظهرت الدراسات عن طريق الملاحظة عدد من عوامل الخطر الخاصة باليأس المبكر/المبتسر مثل: التدخين، التاريخ الطبي للعائلة الايجابي للياس المبكر او المبتسر والعِرق. [3] وقد لوحظ أن الأسباب الجينية مثل متلازمة تيرنر ومتلازمة هشاشة الصبغي X قد ترتبط باليأس المبتسر. وقد يحدث أيضًا اليأس المبتسر بعد علاج السرطانات مثل ابيضاض الدم وسرطان الخلايا اللمفاوية والسرطانات النسائية؛ وفي هذه الحالات يُعتبر كأثر جانبي للعلاج أو سن يأس علاجي المنشأ أو ثانويًا. [4,5]

وقد نعتبر أن اليأس المبتسر ناتج عن أسباب جينية أو غير معروفة (مجهولة السبب) أو أن يكون ثانويًا لعلاجات أو أمراض أخرى. ونقدم فيما يلي بعض هذه الأسباب في الجدول الوارد أدناه: [6]

أسباب أولية	**أسباب ثانوية**
الشذوذات الصبغية	المعالجة الكيميائية والمعالجة الإشعاعية
الهرمون المنبه للجريب التعدد الشكلي للجينات المستقبلة وطفرة في هرمون إنهيبين بي	استئصال المبيض ثنائي الجانب أو اليأس الجراحي
النقص الإنزيمي	استئصال الرحم بدون استئصال المبيض/الانصمام الرحمي
أمراض المناعة الذاتية	عدوى – فيروس العوز المناعي البشري، والنكاف، والسل
مجهولة السبب	

2.4 الوبائيات

بفضل التقدم الطبي الراهن، يتحسن معدل طول العمر. ونتيجة لذلك، سيعيش مزيد من النساء لسنوات كثيرة (من 30% إلى 40% تقريبًا من فترة حياتهن) في فترة مابعد سن اليأس مع نقص في إنتاج الإستروجين [7,8]

يبلغ متوسط العمر لسن اليأس الطبيعي 51 عامًا (يتراوح من 45 إلى 55 عامًا). وتشير الدراسات عن طريق الملاحظة إلى أن العرق الإفريقي والأمريكي من أصول إفريقية والإسباني والتدخين الحالي يعد من العوامل المرتبطة بحدوث اليأس في سن مبكر. [3]

يصل معدل طول العمر للنساء في العراق إلى 61 عامًا (*المرجع: وزارة التخطيط العراقية / الجهاز المركزي للإحصاء، 2011*). وقد أظهر المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية (WISH-I) في عام 2011، أنه يعيش في العراق أكثر من مليون سيدة فوق سن 55 عام (بما يمثل 6.8% من تعداد المرأة في العراق)، وأن 72.4% من تلك النساء يتوقع أنهن أميات. وأظهر التقييم الأساسي في العراق أن النساء المسنات يتعرضن لضغط رهيب حين يتولون رعاية أفراد ذوي احتياجات خاصة في الأسرة مثل المعاقين أو المرضى بينما يكونون بحاجة إلى رعاية صحية ومساعدة اجتماعية نظرًا لعمرهن ومرضهن. وذكرت 35% من تلك النساء أن حالتهن الصحية سيئة أو بالغة السوء وأن 31.1% بحاجة إلى المساعدة عند تناول الطعام وارتداء الملابس ودخول الحمام والتحرك، بينما قالت 11% من تلك النساء أنهن لا يشعرن بالسعادة في حياتهن بشكل عام (6.4% في إقليم كردستان و11.4% في مناطق أخرى). وقد توصلت دراسة أخرى أجرتها كلية التمريض بجامعة بغداد في عام 2000، ضمت 410 سيدة تتراوح أعمارهن ما بين 40 إلى 60 عامًا تستقصي عن العوامل المؤثرة في سن اليأس الطبيعي ، إلى أن العمر الوسطي لليأس هو 49.4 ± 3.2 سنوات وأن المنبئ الرئيسي لهذا العمر هو؛ التوقف التدريجي للطمث، واستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية لفترة طويلة و انعدام وجود حالات اجهاض سابقة في التاريخ الطبي

3. أساليب التعامل مع النساء اللاتي بلغن سن اليأس

3.1 أعراض سن اليأس

قد يسبب انخفاض مستويات الإستروجين الذي يحدث في سن اليأس مجموعة متنوعة من الأعراض. فعلى الرغم من أن القائمة تبدو مقلقة، فإن عدد قليل من النساء يجتزن جميع هذه الأعراض وبعض النساء محظوظين بما فيه الكفاية لعدم حدوث أيّ مشكلات واضحة لهن. ومن الناحية الطبية، تعد الأعراض الفورية أعراض غير ضارة في أغلب الأحيان، بخلاف الأعراض بعيدة المدى لنقص الإستروجين التي قد تُسبب مخاوف أكبر مثل تأثيره على الجهاز الهيكلي

تغيرات في نمط الحيض:
في الوقت الذي تسود فيه الدورات عديمة الإباضة، يبدأ طول دورة الحيض في التفاوت وقد تحدث فجوات تمتد لأسابيع أو أشهر عديدة بين فترات الحيض. تجد معظم النساء أن فترات الحيض تصبح طفيفة أثناء فترة ما قبل اليأس، إلا أن البعض منهن يتعرضن لنزف أكثر تكرارٍ أو ثقلٍ قبل أن تتوقف فتراتهن في آخر الأمر. ونظرًا لإمكانية تجدد النشاط الجريبي، فإنه يمكن أن يحدث الحمل خلال هذه المرحلة من العمر. وينبغي تقديم المشورة لهن بمواصلة استخدام وسائل منع الحمل لمدة عامين بعد آخر فترة حيض لهن إذا حدث ذلك قبل سن الخمسين ولمدة عام واحد إذا حدث ذلك بعد سن الخمسين.

3.2 الآثار الفورية لنقص الإستروجين

تأثيرات الجهاز المحرك الوعائي:

يقدر أن حوالي 70% من النساء يعانون من أعراض المحرك الوعائي. وهذه الأعراض عبارة عن:

- احمرار الوجه والعنق
- تعرق ليلي
- خفقان
- صداع

وتكون أعراض المحرك الوعائي أكثر شدة في السنتين أو الثلاثة التي تسبق انتهاء فترات الحيض، إلا أنها تستمر لسنوات عديدة فيما بعد.

أظهرت دراسة أجريت في بغداد عن انتشار أعراض المحرك الوعائي أن نسبة انتشار احمرار الوجه والعنق بين النساء قبل سن اليأس تبلغ (21.9%) وتزداد هذه النسبة من (64.9%) إلى (87.6%) على التوالي بين النساء قبل سن اليأس وبعده. وقد عزت الدراسة هذا الانتشار المرتفع لأعراض المحرك الوعائي مقارنة بنساء من بلدان أخرى إلى الحالة الصحية السيئة المسبقة، والأعراض السابقة لسن اليأس أو التالية لسن اليأس (مثل عسر الطمث وغيره)، وانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وعدم توفر العلاج بالهرمونات البديلة، وقلة المعلومات أو المعلومات غير الصحيحة حول أعراض سن اليأس ربما يكون لها تأثيرًا على إدراك النساء لتلك الأعراض. (*المرجع: فطين عبد الأمير، تقييم شكاوى سن اليأس الطبيعية بين العراقيات في متوسط العمر بمدينة بغداد. مجلة التقني 2006، 19(1) 106-16.*).

3.3 الآثار متوسطة الأجل لنقص الإستروجين

أعراض الجهاز البولي و التناسلي:

المهبل والإحليل القاصي أنسجة تعتمد على الإستروجين. يؤدي انخفاض مستويات الإستروجين في النساء بعد سن اليأس إلى هبوط ملحوظ في إمداد الدم الشعيري المهبلي والفرجي مما يتسبب في ظهور البشرة حمراء وجافة. بالإضافة إلى ذلك، هناك فقدان للكولاجين من الأنسجة الدفينة. ويسبب هذان العاملان أن تصبح الظهارة المهبلية أكثر رقة وأقل مرونة ويصبح المهبل أضيق وأقصر مما يسبب التهاب المهبل الخارجي. وعندما تقل الإفرازات، تزداد نسبة خطر حدوث العدوى المهبلية. ستعاني 50% من النساء على الأقل من أحد الأعراض التالية:

* مشكلات مهبلية
  - عسر الجماع
  - التهاب المهبل

* مشكلات بولية:
  - التبول المُتكرر
  - إلحاح التبول

الضمور العام للنسيج الضام يساعد الإستروجين في الحفاظ على البشرة، لذلك تحدث تغيرات في الجلد والأظافر والشعر عندما تنخفض مستويات الإستروجين. قد تكتشف النساء أن بشرتهن أصبحت جافة وغير مرنة وسهلة الإصابة أو التكدم. ويعزى فقدان الثخانة أو عدم المرونة في الأغلب الأحيان إلى انخفاض مستويات الكولاجين. وهناك أعراض أخرى لضمور الأنسجة الضامة وهي تقصم الأظافر وسقوط الشعر وآلام في العضلات وآلام في العظام والمفاصل. وتلك التغييرات التي تحدث في قناة النسيج الضام تعزز من حدوث التدلي المهبلي والتطور اللاحق لسلس البول الاجهادي -عسر التبول وتمثل تلك التغييرات أثرًا إضافيًا لنقص الإستروجين في الجهاز البولي التناسلي بعد اليأس.

3.4 الآثار المتأخرة لنقص الإستروجين (تخلخل العظم، الأمراض القلبية الوعائية، السرطانات)

3.4.1 قلة العظم /تخلخل العظم

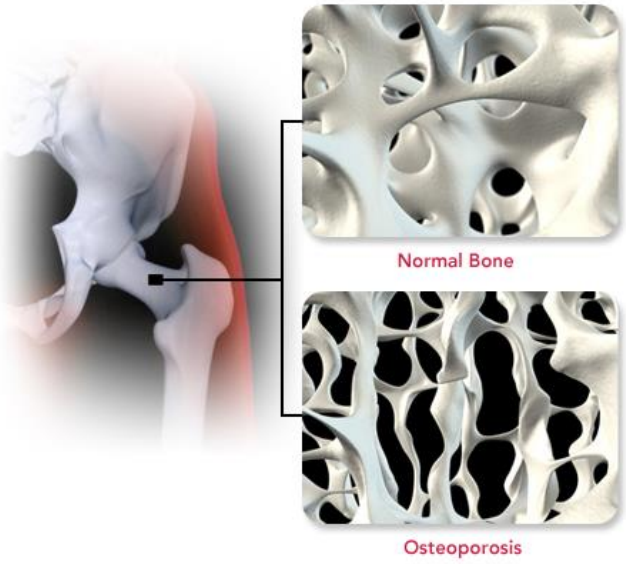
التعريف تُعرِّف منظمة الصحة العالمية تخلخل العظم بأنه إنخفاض الكثافة المعدنية للعظام أكثر من2.5 إنحراف معياري عن متوسط الشاب البالغ بينما تُعرَّف الانخفاض بمقدار 1 – 2.5 انحراف معياري بقلة العظم

قلة العظام يعني أن الكثافة المعدنية للعظام أقل بعض الشيء من الطبيعي ولكنها ليست منخفضة بما فيه الكفاية لأن تكون تخلخل عظم. وتعد الكثافة المعدنية للعظام مقياسًا لمستوى المعادن في العظم، وهو ما يظهر قدر الكثافة التي عليها. ويمكن معرفة الكثافة المعدنية للعظام من خلال استخدام اختبار كثافة العظام. ويتم التعرف على قلة العظام إذا كانت الدرجة التائية للكثافة المعدنية للعظام ما بين 1.0 إلى 2.5.

ومن الضروري ملاحظة أن قلة العظام ليست هي تخلخل العظم، فتقنيًا قلة العظام ليست مرضًا في حد ذاته على عكس تخلخل العظم. ولكن، قلة العظام تعتبر إشارة إلى أن الكثافة المعدنية للعظام (BMD) أقل من المعيار الإحصائي وقد يتطور الأمر في النهاية إلى حدوث تخلخل العظم أو التعرض لخطر حدوث كسر في المستقبل.

تخلخل العظم هو مرض هيكلي يُعرف بانخفاض كتلة العظام وتدهور التكوين البنيوي الدقيق والذي يؤدي في النهاية إلى زيادة القابلية للكسر.

وهو مرض يمكن الوقاية منه وعلاجه، ولكن نظرًا لغياب العلامات التحذيرية التي تسبق الكسر، فإن كثير من الناس لا يتم تشخيصهم في الوقت المناسب لتلقي علاج فعال خلال المرحلة المبكرة من المرض.



إن أكثر الكسور شيوعًا هي تلك الكسور التي تحدث في الفقرات (العمود الفقري)، وعظام الفخذ القريب (الورك) والساعد القاصي (الرسغ). وقد تعتبر عملية إعادة بناء العظام التي تحافظ على الهيكل العظمي في حالة صحية برنامج صيانة وقائي (الإزالة المتواصلة للعظام القديمة وإحلالها بعظام جديدة). تحدث خسارة العظام عندما يتغير هذا التوازن، مما ينتج عنه إزالة للعظام بشكل أكبر من تكوينها. ويحدث فقد التوازن بالتزامن مع سن اليأس والتقدم في العمر. ومع بداية سن اليأس، يزداد معدل بناء إعادة بناء العظام، مما يعظم من أثر اختلال توازن إعادة البناء. ويؤدي فقدان النسيج العظمي إلى اضطراب في البنية الهيكلية وزيادة خطر الكسر.

تشخيص تخلخل العظم والكسر

يعتمد التشخيص على قياس الكثافة المعدنية للعظام. يعتبر مقياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة (DEXA) هو الجهاز الرئيسي الأكثر استخدامًا وهو حاليًا المعيار الذهبي في رعاية المرضى والاستقصاء السريري بشأن تخلخل العظم.

وفيما يلي أدناه العديد من عوامل الخطر بشأن تخلخل العظم:

- التقدم في العمر، وهو ما يزيد من خطر حدوث تخلخل العظم نظرًا لأن العظام ينتابها مزيدًا من الضعف عند التقدم في العمر.
- العِرق — على سبيل المثال، تتعرض النساء البيضاوات أو التي ينحدر أصلهن من جنوب شرق آسيا لأكبر نسبة خطر للإصابة بتخلخل العظم، بينما تنخفض نسبة خطر الإصابة بالمرض بمعدل أقل لدى الرجال والنساء الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية، ولكن تبقى خطورة الإصابة بالمرض كبيرة
- انخفاض وزن الجسم، أو أن يكون أقل من 125 رطل (56.7 كيلوجرام) إذا كان الطول متوسط
- وجود تاريخ شخصي للكسور بعد سن 40 عامًا

- وجود تاريخ للأبوين بشأن تخلخل العظم أو كسور الورك
- استخدام أدوية معينة من الممكن أن تتسبب في خسارة العظام، خاصة الستيرويدات
- التعرض لاضطرابات أو مشاكل أيض لا تسمح للجسم بقبول واستخدام الفيتامينات والعناصر المعدنية الكافية.
- المعالجة الكيميائية أو بأدوية مثل الستيرويدات المستخدمة لعلاج عدد من الحالات، بما في ذلك الربو.
- التعرض للإشعاع

إضافة لذلك، امتلاك التاريخ العائلي لتخلخل العظم، والحصول على النشاط البدني المحدود، والتدخين وشرب الصودا بانتظام، وشرب كميات كبيرة من الكحول يؤدي إلى زيادة خطر قلة العظم، وفي النهاية، تخلخل العظم.

علاج قلة العظم/تخلخل العظم

يتم علاج قلة العظم بإتباع خطوات لمنعه من التطور ليصل إلى تخلخل العظم

1. العلاج بدون عقاقير:

يشتمل تعديل نمط الحياة على:

- تناول جرعات كافية من الكالسيوم وفيتامين د. الكميات الموصى بها من الكالسيوم هي 1200 ملجم في اليوم من المدخول الغذائي والمكملات الغذائية، وبالنسبة لفيتامين د من 400 إلى 800 وحدة دولية يوميًا علاوة على تعريض الوجه والأيدي والأذرع للشمس من 10 إلى 15 دقيقة من 2 إلى 3 مرات أسبوعيًا.
- نمط حياة فعال بما في ذلك تمارين رفع الاثقال وتمارين تقوية العضلات لتقليل مخاطر السقوط والكسور.
- تجنب تدخين السجائر وتناول الكافيين أو الكحول بصورة كبيرة.

لا ينتج جسمك الكالسيوم ذاتيًا، لذا يجب الحصول عليه من موارد أخرى. يتواجد الكالسيوم في مجموعة متنوعة من الأطعمة، تشمل:

- منتجات الألبان، مثل الجبن واللبن والزبادي
- الخضروات ذات الوراق الخضراء الداكنة مثل البركولي والكالي
- السمك ذو العظام الناعمة التي يمكنك أن تأكلها مثل السردين والسالمون المعلب
- الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم مثل منتجات الصويا والحبوب وعصائر الفاكهة

2. العلاج بالعقاقير:

هناك عدد من العوامل الدوائية المعتمدة من إدارة الدواء والغذاء لعلاج تخلخل العظم. جميعها تسبب زيادة كثافة المعادن في العظام وتقليل خطر الإصابة بكسور:

2.1. البيسفوسفونات:

ثبت أنها تؤدي إلى بطئ فقدان العظم وزيادة كثافة العظام والحد من مخاطر كسور العمود الفقري وغيرها من الكسور. وقد يوضع الأمر بعين الاعتبار في النساء بعد سن اليأس المعرضات لخطر الإصابة بتخلخل العظم واللاتي تكون النتائج السريرية المرجوة لهن الحفاظ على كتلة العظم لتقليل خطر حدوث كسور

- **اليندرونات** (فوساماكس أو فوساماكس بلس دي) (قرص يوميًا 10 ملجم، قرص 70 ملجم أسبوعيًا أو تركيبة سائلة وقرص يوميًا 70 ملجم مع 2800 وحدة دولية أو 5600 يوميًا من فيتامين د3) لزيادة كتلة العظم. وقد ثبت أنه يقلل من الكسور بنسبة 50% على مدار ثلاث سنوات من العلاج.
- **ريزيدرونات الصوديوم**: Actonel® أو Actonel® مع الكالسيوم، Atelvia)
(قرص يوميًا 5 ملجم؛ قرص أسبوعيًا 35 ملجم؛ قرص أسبوعيًا 35 ملجم معبأ مع 6 أقراص 500 ملجم من كربونات الكالسيوم؛ أقراص 75 ملجم على يومين متتالين كل شهر وقرص شهريًا 150 ملجم). وهو يزيد من كثافة العظام ويقلل من حوادث كسور العمود الفقري.

يجب تناول البيسفوسفونات على معدة فارغة مبكرًا في الصباح مع عدم تناول طعام لمدة 30 دقيقة على الأقل بعد ذلك. تشمل الاعراض الجانبية الرئيسية اضطرابات المعدة وحرقة الفؤاد، وإذا كانت حادة، يمكن استخدام التركيبات التي تحقن بالوريد. يتم الحفاظ على العلاج لمدة 5 سنوات.

2.2. كالسيتونين: (ميكالسين أو فورتيكال)

يتم أخذه كرذاذ داخل الأنف يوميًا مرة واحدة حيث تبلغ الكمية 200 وحدة دولية من العقار. كما يتوافر أيضًا الحقن تحت الجلد. يُستخدم مع النساء الذين مر عليهم خمس سنوات بعد سن اليأس.

2.3. العلاج بالإستروجين/الهرمونات (ET/HT)

يشتمل العلاج بالإستروجين (ET) والعلاج بالهرمونات (HT) على:

- العلاج بالإستروجين: Est, -Climara, Estrace, Estraderm, Estratab, Ogen, Ortho Premarin, Vivelle.
- العلاج بالهرمونات: Activella, Femhrt, Premphase, Prempro.

وهو فعال في الوقاية من تخلخل العظم وتخفيف أعراض جهاز المحرك الوعائي والضمور المهبلي المصاحب لسن اليأس. ومع ذلك، فإن المخاطر المصاحبة للعلاج بالإستروجين تفوق الفوائد لدى النساء الأكبر من 60 عامًا وينبغي عدم استخدامه.

يختلف وصف العلاج بالهرومونات اعتمادًا على ما يلي:
- إذا كانت المرأة ذات رحم، يمكن أن يوصف لها مزيج من الإستروجين والبروجستين.
- إذا لم يكن للمرأة رحم، فيوصف لها هرمون واحد فقط وهو الإستروجين (العلاج بالإستروجين).

يمكن توفير العلاج بالهرمونات بواسطة:
- قرص يؤخذ عبر الفم
- يمكن وضع رقعة أو كريم أو جل أو رذاذ على الجلد
- كريم أو تحميلة أو حلقة يمكن استخدامها داخل المهبل

وجدت مبادرة صحة المرأة أن العلاج بالهرمونات لمدة خمس سنوات (Prempro®) يقلل من خطر حدوث كسور العمود الفقري السريرية وكسور الفخذ بنسبة 34 بالمائة. ونظر لمخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية وسرطان الثدي، ينبغي استخدام العلاج بالإستروجين/العلاج بالهرمونات بجرعات منخفضة فعالة لأقصر فترة لتلبية أهداف العلاج. ولم يعد الأمر ينظر إليه كخيار أولي للوقاية من تخلخل العظم أو علاجه في النساء ما بعد سن اليأس. يقتصر استخدمها على:

1. النساء اللاتي يعانين من تخلخل العظم وأعراض انقطاع الحيض التي تعد حادة بما يكفي لتؤثر على نوعية الحياة.

2. سن اليأس المبتسر (في عمر أقل من 40 عامًا) حتى سن 50 عامًا، إذا كان هذا لا يرتبط بأي مخاطر صحية متزايدة.

2.4. خيارات علاجية أخرى لعلاج تخلخل العظم:

- **ناهض/ضادة الإستروجين**(معروف سابقًا باسم SERMs)

- **رالوكسيفين (إيفيستا)** الذي تم ترخيصه للوقاية من تخلخل العظم وعلاجه في النساء بعد مرحلة اليأس، يقلل من مخاطر كسر العمود الفقري وليس الفخذ أو الرسغ. ويؤخذ على شكل قرص واحد يوميًا. ويشبه عمله عمل هرمون الإستروجين من حيث تأثيره الوقائي ولا يزيد من مخاطر سرطان الثدي. وعلى العكس من ذلك، ينصح به لتقليل مخاطر سرطان الثدي الغزوي في النساء بعد سن اليأس المصابات بتخلخل العظم. وهو لا يقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية، وهو يشبه الإستروجين، حيث يزيد الرالوكسيفين من خطر خثار الأوردة العميق ويحظر استخدامه مع النساء المصابات بالتهاب وريدي أو طريحي الفراش أو حتى المصابين بالسمنة. كما يزيد أيضًا من الهبات الساخنة ويجعلها أسوأ (والتي تعتبر العرض الرئيسي لسن اليأس).

- **هرمون الدريقات**

تيريباراتيد: يعد 1) 34-PTH) (Forteo) عاملاً ابتنائيًا يتم أخذه يوميًا عن طريق الحقن تحت الجلد. يوصى به لعلاج تخلخل العظم المصاحب للعلاج باستعمال القشراني السكري. وحيث أنه مقترن بالساركومة العظمية في الدراسات الحيوانية التجريبية، ينبغي على المرضى المعرضين بصورة أكبر لخطر اورام العظام الخبيثة عدم استخدامه.

- **العلاج المركب**

العلاج المركب مع البيسفوسفونات وغير البيسفوسفونات يمكن أن يؤدي إلى زيادة إضافية في كثافة المعادن في العظم مقارنة بالمعالَجة أحادية الدواء. ومع ذلك، ينبغي تقييم التكلفة والتأثيرات الجانبية المحتملة مقابل المكاسب المحتملة.

الوقاية من تخلخل العظم و/أو الكسور

يجب على العاملين في المجال الصحي توفير الخدمات التالية للنساء البالغات سن اليأس:

- يتم تقديم النصح حول تخلخل العظم والكسور ذات الصلة.
- التحقق من وجود الأسباب الثانوية.
- تقديم المشورة بشأن تناول كميات ملائمة من الكالسيوم وفيتامين د بما في ذلك المكملات الغذائية إذا لزم الأمر.
- التوصية بممارسة تمارين حمل الأثقال وتمارين تقوية العضلات بصورة منتظمة لتقليل خطر السقوط والكسور.
- تقديم النصح بتجنب تدخين التبغ وتناول الكثير من الكافيين والكحول.
- التوصية باختبار كثافة المعدن في العظم على النحو المشار إليه.
- بدء العلاج الوقائي على النحو المشار إليه.

3.4.2 أمراض جهاز القلب والدوران

بعد سن اليأس، تكون النساء أكثر عرضة لأمراض القلب والسكتة الدماغية. بوصول النساء إلى عمر 60 عامًا، يحدث انخفاض كبير في الفجوة بنسبة الاصابة بين الرجال والنساء بأمراض القلب التاجية. المرض القلبي الوعائي هو السبب الرئيسي للوفاة كما أنه عامل مهم في المراضة والعجز في النساء. وتعتبر السكتة على وجه الخصوص الأكثر شيوعًا في النساء اللاتي بلغن سن اليأس.

ويعتقد أن خطر ذلك يعود إلى انسحاب التأثير الوقائي للإستروجين قرب سن اليأس.

ويمكن إرجاع تأثير الهرمونات على وظيفة جهاز القلب والدوران إلى التغييرات التي تحدث مع الدهون والاستتباب والتمثيل الغذائي للكربوهيدات، إضافة إلى التأثيرات المباشرة للإستروجين بما في ذلك تحوير تفاعلية الأوعية الدموية على المدى القصير وإعادة بناء الأوعية الدموية على المدى البعيد.

ومع ذلك، قد يرجع ذلك إلى حقيقة أنه عند اقتراب سن اليأس، تظهر أعراض تراكم السمنة وفرط ضغط الدم وارتفاع دهون الدم. وبصورة مشابهة فإن متلاَزمة المبيضِ المتعدد الكيسات ترتبط أيضًا بعوامل الخطر القلبي الوعائي وأمراض القلب التاجية الأكثر حدة بعد سن اليأس.
ويرتبط الفقدان المبكر لوظيفة المبيض ونقص الإستروجين بزيادة خطر اللويحات المتكلسة في الشرايين التاجية.

العلاج بالهرمونات البديلة والأمراض القلبية الوعائية:

يتعين على الأطباء المسؤولين عن الرعاية بالنساء أن يضعوا في اعتبارهم المزايا المحتملة ومخاطر العلاج لكل من أعراض العلاج وربما الوقاية من المرض باستخدام العلاج بالهرمونات البديلة، والتي لها آثار قلبية وعائية معقدة والتي يتم تحويرها حسب نوع العلاج بالهرمون البديل والمخاطر القلبية الوعائية للمرأة.

وللأستروجين تأثيرين؛ التأثير السريع والتأثير طويل المدى على النظام القلبي الوعائي. هذه التأثيرات السريعة غير جينومية وتسبب توسُع الأوعية. تعد التأثيرات طويلة الأمد جينومية، عن طريق مستقبلات الإستروجين، وتؤثر على استجابات إصابات الأوعية والتصلب العصيدي. وبذلك، قد يحفز الإستروجين من التأثيرات الواقية للقلب من خلال تقليل كوليسترول البروتين الشحمي منخفض الكثافة وزيادة كوليسترول البروتين الشحمي مرتفع الكثافة ومنع تأكسد جسيمات البروتين منخفض الكثافة، وتحسين الوظيفة البطانية وتقليل مستويات العوامل مثل البروتين الشحمي (أ) والفيبرينوجين ومانع منشط البلازمينوجين من النوع 1.

على الجانب الآخر، قد تبطل التأثيرات الفسيولوجية العكسية في الالتهابات (حسب المقاس عبر البروتين التفاعلي C) وعلامات الخثار التأثيرات المفيدة كما قد تكون مهمة بالنسبة للخطر المتزايد الملحوظ للسكتات والانصمام الخثاري الوريدي.

وعلى النقيض من العلاج بالهرمونات، لا توجد تأثيرات ذات أهمية للإستروجين عبر الجلد على بعض علامات الخثار أو الالتهابات. ينظم إضافة البروجستين من تأثيرات الإستروجين على القلب والأوعية الدموية؛ ومع ذلك، قد يكون للبروجستين آثارًا أقل حدة.
وقد أظهرت الدراسات الرقابية للوقاية الأولية للمرض القلبي الوعائي أن النساء بعد سن اليأس واللاتي يستخدمن الإستروجين مع البروجستين أو بدونه لديهم معدل أقل للإصابة بمشاكل الشرايين التاجية من النساء اللاتي لا يستخدمنه. ومع ذلك، فإن التحليل التلوي لهذه الدراسات الرقابية لا يظهر أي دليل على الوقاية الكلية من أمراض القلب الوعائية بمجرد التحكم بالنتائج للعوامل المربكة مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية والتعليم وعوامل خطر الإصابة بأمراض القلب الوعائية الكبيرة.

خلصت النتائج السريرية في النساء المصابات بالمرض القلبي الوعائي إلى أن العلاج بالهرمونات البديلة لا يمنع النوبات الثانوية. بل قد تزيد من خطر زيادة التصلب العصيدي في السنة الأولى للعلاج في النساء الأكبر بعد سن اليأس.

العلاج بالهرمونات البديلة والسكتة

أوردت الدراسات عن طريق الملاحظة علاوة على التجارب السريرية أن العلاج بالهرمونات البديلة (مع احتمالية الاستخدام مع الإستروجين) يزيد من خطر حدوث سكتة، لاسيما في النساء الأكبر بعد سن اليأس مع توافر عوامل الخطر لهذه الظروف. وهي تشير إلى أن العلاج بالهرمونات البديلة بعد سن اليأس ليس فعالاً في تقليل خطر حدوث متكرر للسكتة بين النساء المصابات بمرض وعائي أو للوقاية من السكتة الأولى.

الخثار الوريدي

أظهرت الدراسات عن طريق الملاحظة إن الخطر المتزايد للخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي في النساء بعد سن اليأس والموصوف لهن العلاج بالهرمونات البديلة مع وجود خطر زائد يتعلق بعوامل الخطر المعروفة للخثار مثل زيادة الوزن والعمر والسمنة علاوة على طفرة العامل الخامس لايدن. ويشار أيضًا إلى أن المخاطر تكون نسبتها أكبر بين النساء بعد سن اليأس مع وجود الأمراض القلبية الوعائية المعروفة.

علاج الأمراض القلبية الوعائية:

هناك بيانات مستمرة توضح عدم معالجة المرض القلبي الوعائي في النساء أو النساء اللاتي لا تدركن خطورة المرض القلبي الوعائي. ينبغي أن تنصب الجهود على تقليل خطر المرض القلبي الوعائي بين النساء بطرق فعالة.

ينبغي التعامل مع عوامل المخاطر القلبية الوعائية بصورة خاصة ومعالجتها وفقًا للإرشادات. يجب أن تحصل النساء على الاستشارات حول تعديل نمط الحياة (التوقف عن التدخين والحفاظ على وزن الجسم الطبيعي والنشاط البدني المعتدل المنتظم المفعم بالحيوية واتباع نظام صحي للقلب). إضافة لذلك، يجب استخدام المعالجة الدوائية لفرط ضغط الدم وارتفاع الدهون في الدم للنساء اللاتي لديهن مرض قلبي بالفعل أو قد تم تحديدهم ضمن فئة الخطورة العالية وفقًا لحسابات الخطر.

يكتسب التحكم بفرط ضغط الدم والسكري أهميته المتزايدة بسبب معدل الوفيات الزائد المرتبط بأمراض الشرايين التاجية الحادة، مثل احتشاء عضل القلب، بل قد يصبح الأمر أسوء بحدوث سكتة.

يوصى باستخدام العلاج ذي العوامل المضادة للصفيحات (مثل حمض أسيتيل ساليسيليك) وحاصرات بيتا ومثبط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين وأدوية تخفيض الكوليسترول عند التوصية بها ودعمها بقوة عند وجود دليل على فائدتها.

يجب نصح النساء اللاتي يتبعن العلاج بالهرمونات البديلة واللاتي قد مررن بتجربة مشكلات قلبية وعائية مثل احتشاء عضل القلب أو السكتة أو الخثار الوريدي بالتوقف عن هذا العلاج. إذا كانت أعراض المحرك الوعائي تتطلب متابعة العلاج بالهرمونات البديلة، فينبغي بعد ذلك الوضع في الاعتبار تناول الجرعة الأقل ولأقل فترة.

في ضوء توفر البديل لتحسين صحة القلب في النساء في سن اليأس، يجب عدم استخدام العلاج بالهرمونات البديلة أو الوقاية الثانوية ويظل دور العلاج بالهرمونات البديلة في الحيلولة دون حدوث هذه الاضطرابات جدلاً.

الأدلة المتوافرة لاستخدام العلاج بالديل بالهرمونات في الحالات التالية:

1. يتعين على مقدمي الرعاية الصحية عدم بدء العلاج بالهرمونات البديلة أو متابعته بغرض الوقاية فقط من المرض القلبي الوعائي (مرض الشريان التاجي والسكتة).
2. يتعين على مقدمي الرعاية الصحية التوقف عن وصف العلاج بالهرمونات البديلة للنساء المعرضات لخطر الانصمام الخثاري الوريدي.

3. يتعين على مقدمي الرعاية الصحية أن يضعوا في اعتبارهم العلاجات القائمة على الأدلة الأخرى والتدخلات الفاعلة لتقليل أعراض المرض القلبي الوعائي في النساء اللاتي يعانين أو لا يعانين من مرض وعائي.

3.4.3 المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بسن اليأس.

وُجد أن التأثيرات النفسية تؤثر على الأعراض التي قد تعتري النساء خلال المرور بمرحلة بسن اليأس. وبالتالي فإن أي تقييم للنساء التي بلغن سن اليأس ينبغي أن يتضمن استكشاف تأثير العوامل النفسية الاجتماعية على مرحلة سن اليأس ومرحلة منتصف العمر وفهمها. وعند بعض النساء، يمكن للعلامات والآثار المصاحبة التي من الممكن حدوثها خلال سنوات التحول إلى سن اليأس أن تسبب إزعاجًا كبيرًا على أنشطتهن اليومية وعلى إحساسهن بالعافية. إضافة لذلك، فإن النساء اللاتي يعانين من بعض الاضطرابات الوظيفية نوعًا ما والتي تؤثر على الجهاز التناسلي (على سبيل المثال انتباذ بِطَاني رحمي ومتلازمة تكيس المبايض وسرطان الجهاز التناسلي) يمكنهم المرور بمرحلة سن اليأس في سن أصغر من الإطار الزمني العادي. تخلق هذه الاضطرابات الوظيفية مشاكل صحية كبيرة، مشكلات بدنية وعاطفية، للمرأة المصابة.

ومن غير الواضح سبب حدوث الأعراض النفسية في مرحلة سن اليأس، وقد يكون ذلك بسبب تأثير التقلبات الهرمونية وتعد ضغوط الحياة في هذا العصر العامل الواضح المسبب لذلك. لا تدرك العديد من النساء أن الأعراض التالية عادية للغاية في هذه المرحلة العمرية وينتابها الخوف أن تكون على شفا الانهيار. قد تشمل الأعراض[1]: تقلب المزاج والتهيجية والاكتئاب والأرق أو مشكلات النوم والنسيان وصعوبة التركيز وانخفاض الرغبة الجنسية

المجتمع والثقافة:

للسياق الثقافي الذي تكون ضمنه حياة النساء تأثير هام على الطريقة التي تواجه بها مرحلة الانتقال إلى سن اليأس. تشير الأبحاث ان للحالة الاجتماعية والثقافية تأثير فيما إذا كانت المرأة تنظر إلى سن اليأس كمشكلة طبية أو تغيير متوقع في نمط الحياة مرتبط بالحالة الاقتصادية والاجتماعية.

الوظيفة الجنسية

المشكلات الجنسية هي شكوى شائعة خلال وقت سن اليأس وبعده، وتشكو ثلث النساء تقريبًا من فقدان الرغبة الجنسية. ومع ذلك، فهناك علاقة وثيقة بين النشاط الجنسي وسن اليأس.

3.5 الفحوصات السريرية للمرأة في سن اليأس

يجب أن يشتمل الفحص للنساء في سن اليأس على ما يلي:

الفحص البدني العام:

بما في ذلك إجراءات قياسات الإنسان ومؤشر كتلة الجسم والعلامات الحيوية خاصة ضغط الدم.

فحص الثدي.

فحص الحوض.

[1] التعامل مع أعراض مرحلة سن اليأس.
http://www.health.harvard.edu/newsweek/Dealing_with_the_symptoms_of_menopause.htm

ينبغي إتباع منهج كامل للحالة الصحية، بدلاً من البحث عن ملامح سن اليأس في عزلة. يمكن للتقييم الشامل لنظام القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والجهاز العضلي الهيكلي الكشف عن المشكلات الصحية الشائعة المرتبطة بالعمر والمساعدة في خطة العلاج. بالإضافة إلى ذلك، يبحث الفحص السريري عن السمات البدنية لسن اليأس مثل جفاف الشعر والجلد وتقييم حالة الغدة الدرقية وفحص جهاز معين، بناء على الأعراض الظاهرة.

تجدر الحاجة إلى فحص الثدي بانتظام بسبب خطر سرطان الثدي المتزايد مع تقدم النساء في العمر. (ملحق: عامل الخطر لسرطان الثدي)

يتم إجراء فحص الحوض لتحديد وجود مضاعفات سن اليأس مثل الضمور التناسلي البولي. ويتعين إجراء الفحص اليدوي للوقاية من الأمراض الحوضية مثل أكياس المبيض والورم الليفي خاصة بعد استئصال الرحم حيث يتم حماية المبيض. فحص الأمراض النسائية، بما في ذلك لطاخة عنق الرحم طبقًا للإرشادات الوطنية لإجراء الاختبارات، في حالة وجود نزف مهبلي غير طبيعي أو لطاخة غير طبيعية سابقة.

3.6 الفحوصات المختبرية للمرأة في سن اليأس

تأكيد بلوغ سن اليأس

يمكن التحقق من تشخيص بلوغ سن اليأس من خلال سجل مميز لأعراض جهاز المحرك الوعائي والهبات الساخنة والتعرق الليلي ونوبات انقطاع الطمث لفترات طويلة. ويعد قياس مستويات الهرمونات في البلازما لدى المرضى الذين يعانون من الأعراض التقليدية أمرًا غير ضروري ومكلف ومستهلك للوقت ويحظى بأهمية سريرية ضئيلة. ولذلك يعتبر السجل أكثر موثوقية من مستويات الهرمون، كتباين واسع في المستويات المتعلقة بسن اليأس.

الهرمون المنبه للجريب:

تقدير الهرمون المنبه للجريب مفيد في حالات سن اليأس السابقة لأوانها. مستويان من الهرمون المنبه للجريب> 30 وحدة دولية في ستة أسابيع منفصلة يتلائم مع فشل المبيض.

فحوصات التقييم المختبرية:

1. **فحص الدهون والغلوكوز في حالة الصيام:** قد يكون مفيد لدى النساء اللاتي يتعرضن لعوامل الخطر، ليس فقط من وجهة نظر عامة تتعلق بالفحص لكن أيضًا إذا كانت المريضة تفكر أيضًا في بدء المعالجة بالهرمونات البديلة. وإذا تم اكتشاف دهون غير طبيعية، يتعين تصحيحها من خلال النظام الغذائي وتناول الستاتينات، إذا كانت مناسبة بشكل فردي، قبل بدأ المعالجة بالهرمونات البديلة.

2. **مستويات الهرمون المنبه للغدة الدرقية:** تبدو عند وجود أعراض خلل وظيفي في الغدة الدرقية أو الغدة الدرقية المحسوسة والتي قد تظهر في سن اليأس.

3. **دراسات التخثر:** حيث يوجد سجل سابق بوجود انصمام خثاري (خصوصًا إذا كان ذاتيًا) أو انصمام رئوي و/أو إذا كان في سن أقل من 40 عامًا (حيث أمكن اكتشاف سجل عائلة أو مرض عائلي معروف).

4. **فحص الدم الكامل، اختبارات الحديد:** عند النزف غير الطبيعي خصوصًا مع وجود غزارة الطمث.

5. **تقييم ديناميكية التبول:** حيث يوجد سجل إجهاد و/أو سلس البول الإلحاحي، لتحديد شدة سلس البول. وستساعد النتيجة في تنظيم الأعراض وإدارتها.

6. **الموجات فوق الصوتية المهبلية:**

- لتقييم سماكة بطانة الرحم عند وجود نزف مهبلي غير طبيعي، فإذا كانت السماكة أكثر من 4 مليمتر لدى النساء في فترة ما بعد سن اليأس، يتطلب الأمر أخذ عينة من بطانة الرحم إما من خلال خزعة لبطانة الرحم أو تنظير الرحم وكشطه.
- لمنع أمراض بطانة الرحم مثل السلائل أو الأورام الليفية تحت الغشاء المخاطي.
- لمنع أمراض الحوض مثل أكياس المبيض أو الورم الليفي.

يجب مراعاة الأمور التالية:

- الإحالة إلى أحد أطباء النساء لإجراء مزيد من الفحوصات مثل تنظير الرحم وخزعة بطانة الرحم/التوسيع والكشط، حيث تُظهر الموجات فوق الصوتية زيادة سماكة بطانة الرحم أكبر من 4 مليمتر في فترة ما بعد سن اليأس أو الأمراض الحوضية أو وجود أي نزف تالٍ لسن اليأس.

- ولا تعد خزعة بطانة الرحم شرطًا ضروريًا للمعالجة بالهرمونات البديلة ما لم توجد أعراض نزف تالٍ لسن اليأس أو النزف غير المنتظم في مرحلة ما قبل سن اليأس.

7. **صور الثدي الشعاعية بالموجات فوق الصوتية للثدي أو بدونها:** في حال اكتشاف شذوذ في الثدي في الفحص.

8. **تقييم العظام** كثافة العظام: توجد أساليب مختلفة لتقييم كثافة العظام. الشكل الأكثر إنتشاراً هو DEXA (مقياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة)، والذي من شأنه فحص كل من العمود الفقري القطني وعنق عظم الفخذ. ولقد أصدرت الكلية الملكية للأطباء إرشادات حيث يتعين تعرض المرضى الذين يعانون من نسبة خطورة عالية لفحص مقياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة وعدم إجرائه مرة أخرى بشكل متكرر كل سنتين.

9. **لطاخة عنق الرحم:**

يتعين أن تكون دواعي استعمال فحص لطاخة عنق الرحم عند النساء في أي عمر في العراق متناسقة مع البرنامج الوطني لفحص عنق الرحم المعتمد في العراق في عام 2010 من جانب منظمة الصحة العالمية.
يوصي برنامج الفحص الوطني بالأمور التالية:

- يتعين على جميع النساء إجراء اختبار اللطاخة ثلاث مرات في العمر مع فترة فاصلة لمدة 10 سنوات بين كل اختبار لطاخة بداية من عمر لا يقل عن 25 عام (من 25 إلى 45 عام) أو على الأقل اختبار لطاخة واحد لجميع النساء اللاتي سبق لهن اتصال جنسي وهن في عمر ما بين 35 و45 عامًا.
- ويتعين إجراء فحص لأي سيدة إذا كانت قد أجرت اختبار لطاخة سابق غير طبيعي (خلل بالأنسجة أو تغيرات فيروس الورم الحليمي البشري) في غضون العامين الأخيرين.
- ويتعين اجراء الفحص كل عامين بعد استئصال الرحم للنساء اللاتي ليس لديهم نتائج غير طبيعية في فحوصات سابقة أو لا يعانين من سرطان عنق الرحم أو الرحم.
- يتعين إجراء اللطاخة لأي سيدة تعاني من نزف مهبلي غير طبيعي.

10. **صور الثدي الشعاعية بالموجات فوق الصوتية للثدي أو بدونها**

- يتعين إجراء تصوير الثدي الشعاعي كجزء من البرنامج الوطني للفحص المبكر لسرطان الثدي سنويًا للنساء اللاتي يتعرضن لعامل خطر سرطان الثدي وإجرائه كل 3 سنوات للنساء المتجاوزات 50 عامًا إذا لم يكنّ يعانين من أي عامل من عوامل الخطر، ما لم يوصى بإجراء المزيد من الفحوصات المتكررة من وجهة النظر السريرية. (انظر الملحق لعوامل الخطر).
- من الأفضل للنساء المتجاوزات 45 عامًا الإعداد للفحص قبل بدء المعالجة بالإستروجين لتحديد المريضات اللاتي يعانين من مرض دون سريري.

11. **فحص جهاز القلب والدوران**

يؤدي سن اليأس إلى حدوث تغيرات في مستوى الدهون في دم المرأة. ويبدو زيادة هذه الدهون وكوليسترول البروتين الشحمي منخفضة الكثافة في حين يبدو انخفاض البروتين الشحمي مرتفع الكثافة لدى النساء في الفترة التالية لسن اليأس كنتيجة مباشرة لنقص الإستروجين.

يبلغ البروتين الشحمي مرتفع الكثافة والكوليسترول الإجمالي الذروة لدى النساء في الفترة من 55 إلى 65 عامًا، بحوالي مدة 10 سنوات متأخرة عن فترة الذروة لدى الرجال والتي من شأنها أن تؤدي إلى السكتة والنوبة القلبية والوفاة.

4. خطة الرعاية للنساء في فترة سن اليأس

4.1 التثقيف الصحي

تصل العديد من النساء لسنوات سن اليأس الانتقالية بدون معرفة أي شيء عما قد يتوقعنه أو الوقت الذي قد تحدث العملية فيه وكيفيتها ومدة حدوثها. ونتيجة لذلك فإن أي امرأة تعاني من فترة ما قبل سن اليأس تتسم بالقوة قد تصبح متحيرة ومضطربة وخائفة من حدوث شيء غير طبيعي لها. ومن ثم تجدر الحاجة الماسة إلى تزويد معلومات عن هذا الموضوع والمزيد من التثقيف عنه.

4.2 الدعم النفسي

يشير معدل الاكتئاب المتزايد الناشئ أثناء سن اليأس بأن التغيرات الهرمونية ليست السبب الفعلي في حدوث المشكلات ولكنه التأثير النفسي المرتبط بهذه المرحلة الذي من شأنه أن يؤدي إلى حدوث مشكلات.

وعلى الرغم من اتفاق الجميع على أن التعامل مع جميع التغيرات النفسية التي تحدث أثناء سن اليأس ليس بالأمر الهين، إلا أن أغلب اختصاصي علم النفس يشعرون أن الاكتئاب أثناء هذه الفترة هو أكثر من كونه مجرد سلوك. ويمكن فحص التغيرات المرتبطة بسن اليأس من زاوية مختلفة. حيث أنه في هذه الفترة، يمكن للنساء استكشاف إبداعهم وجهدهم الاجتماعي وتمديد إسهامهم في المجتمع. وتبدو النساء اللاتي يكون لهن سلوك إيجابي فيما يتعلق بالتغيرات التي تحدث في أجسامهن بصحة أفضل. وقد أثبتت دراسات أخرى أن السلوكيات السلبية عن سن اليأس تزيد أيضًا من الأعراض غير المرغوب بها المرتبطة به مثل الهبات الساخنة والتعب والعرق الليلي واضطرابات النوم والآلام.

4.3 الاستشارة

يمكن أن تكون الاستشارة الفردية مفيدة للتعامل مع مشاعر الحزن أو الاكتئاب أو القلق أو الاضطراب التي قد تتعرض لها النساء أثناء اجتياز فترة التحول هذه المتسمة بالتحدي.

تقديم المشورة للنساء عن سن اليأس: يجب مراعاة الأمور التالية:

- يعد الاتصال المباشر وجهًا لوجه بين أي مريض وطبيب سريري من الأمور الأكثر تأثيرًا. على الرغم من وجود العديد من أساليب توفير المعلومات للمرضى مثل الجلسات التثقيفية والمواد المطبوعة والأشرطة السمعية وأشرطة الفيديو.
- تشمل أهداف الاستشارة توجيه أسئلة النساء والإعراب عن مخاوفهن وتعزيز ثقة المريض في صناعة القرار لتغيير نمط الحياة. وتعزز عملية الإستشارة أي مشاركة بين الطبيب سريري والمريضالمتسمة بالاحترام والثقة المتبادلين
- إذا تم اختيار المعالجة بالأدوية، يتعين أن يتفق الطبيب السريري والمريض على الأهداف، سواء أكانت قصيرة الأجل (تخفيف حدة أعراض سن اليأس) أو طويلة الأجل (وقاية أولية أو ثانوية من الأمراض المرتبطة بالشيخوخة) أو كلاهما.
- قد تعاني المرأة من تأثيرات جانبية شاقة من العوامل الدوائية أو يتعذر عليها تجربة النتائج المتوقعة أو المرغوب فيها. وإذا تم اتخاذ قرار العلاج بالمشاركة مع طبيبها السريري، فمن المحتمل طلب أي امرأة للمشورة من الطبيب السريري قبل تغيير خطة علاجها أو التوقف عنها.

الرسائل الموصى بإبلاغها للنساء اللاتي تمر بسن اليأس.

<u>الاحتفاظ بالهدوء</u>

تعد الهبات الساخنة والعرق الليلي أكثر أعراض سن اليأس شيوعًا. وهي ناتجة عن خلل وظيفي في أساليب التحكم بدرجة حرارة الجسم الطبيعية. بل يمكن أن تحدث قبل توقف الفترات ولكنها أكثر شيوعًا في السنة الأولى بعد آخر فترة طمث.

لتخفيف الهبات الساخنة والعرق الليلي:

- ارتدي ملابس أخف.
- حافظي على هدوء غرفة نومك في الليل.
- حاولي التقليل من معدلات تعرضك للإجهاد.
- تجنبي المنبهات الممكنة مثل الأطعمة المتبلة والكافيين والتدخين والكحول.

<u>حاولي الاسترخاء</u>

يمكن أن تشمل الأعراض النفسية الشعور بالاكتئاب والقلق والانفعال وتقلب المزاج والإرهاق وفقدان النشاط. ومن الصعوبة بمكان التأكد مما إذا كانت الأعراض النفسية نتيجة مباشرة لبلوغ سن اليأس، بسبب الضغط المرتبط بسن اليأس.

يمكن أن تساعد الأساليب التالية في تحسين مزاج المرأة في سن اليأس:

- الحصول على الكثير من الراحة.
- ممارسة التمرينات بانتظام.
- ممارسة تمرينات الاسترخاء مثل اليوجا.

<u>النوم جيدًا</u>

سوف يساعدك النوم الهادئ على التغلب على التعرق الليلي وغيره من أعراض بلوغ سن اليأس. تحسين نومك من خلال:

- تجنب ممارسة التمرينات في غضون ساعتين من ميعاد النوم.
- الخلود إلى النوم في نفس الوقت من كل ليلة.

ممارسة بعض التمرينات

ثمة دليل على أن النساء الأكثر نشاطًا تقل معاناتهن من أعراض بلوغ سن اليأس. وليست ممارسة التمرينات هامة فقط في تخفيف الأعراض قصيرة الأجل ولكن أيضًا في حماية الجسم منأمراض القلب وتخلخل العظم. فمزايا ممارسة التمرينات في الوقاية من فقدان العظام والكسور معروفة جيدًا. ويعد المشي السريع حوالي ثلاث مرات أسبوعيًا طريقة زهيدة وسهلة ورائعة لبدء التمرينات.

التوقف عن التدخين

النساء المدخنات أكثر عرضة لبلوغ سن اليأس المبكر عن غير المدخنات، ويتعرضن لهبات ساخنة أسوأ من التي تتعرض لها غير المدخنات وفي الغالب لا يستجبن لأشكال أقراص العلاج بالهرمونات البديلة. ولن يكون من المتأخر للغاية التوقف عن التدخين.

تصميم منهجية لتقديم المشورة بشأن سن اليأس

- بذل مجهود في توجيه جميع أسئلة المرأة والتعامل معها باحترام حتى ولو لم تكن حقائقها ومصادرها تلك التي تقرها.
- تثقيف المرأة بشأن الحالات الصحية ذات الصلة (مثل الأمراض القلبية وتخلخل العظم) وبالتالي يتسنى لها تقدير كيف يمكن لهذه الأمراض التأثير على نوعية حياتها في المستقبل.
- مناقشة المخاطر والمزايا المعروفة المرتبطة بكل خيار من خيارات العلاج والموجودة في معلومات المصطلحات غير المتخصصة ضمن هذا الدليل الموجود وما يظل غير معروف.
- إضفاء الطابع الشخصي على المناقشات القائمة على احتياجات المرأة وصحتها وسجلها الاجتماعي وسجلها العائلي.
- مراعاة تفضيلات المريض وقيمه واهتماماته الرئيسية (على سبيل المثال خبرات أفراد العائلة والاهتمام بشأن سرطان الثدي وغير ذلك).
- تخصيص استخدام المواد التثقيفية لاحتياجات المرأة ورغباتها والتي تلخص المعلومات وثيقة الصلة بالموضوع إجمالاً.
- مراعاة مشكلات المرأة الفعلية التي قد تواجهها إذا كانت المداواة جزءًا من خطة علاجها مثل التكلفة والملائمة والتأثيرات الجانبية التي قد تؤثر على رغبتها في متابعة المعالجة.
- التأكد من إجراء المتابعة بشكل روتيني مع جميع النساء اللاتي بدأن العلاج من خلال نظام العلاج بالهرمونات البديلة أو أي معالجة دوائية أخرى. وتعتمد الفترات الفاصلة للمتابعة على احتياجات المريض واهتماماته.

4.4 العلاج

4.4.1 تدابير نمط الحياة

النظام الغذائي

لا يمكن تغيير بعض عوامل الخطر المرتبطة بالشيخوخة وسن اليأس. ومع ذلك يمكن أن يؤدي تناول الطعام الصحي وممارسة التمرينات البدنية بانتظام إلى الحيلولة دون حالات معينة والحد منها والتي قد تتطور أثناء سن اليأس وبعده. ويوصى بالنصيحة الغذائية التالية:

- الحصول على كالسيوم كافٍ: تناول وشرب من وجبتين إلى 4 وجبات من منتجات الألبان والأطعمة الغنية بالكالسيوم. يوجد الكالسيوم في منتجات الألبان والأسماك.
- زيادة المدخول من الحديد: تناول 3 وجبات على الأقل من الأطعمة الغنية بالحديد يوميًا. يوجد الحديد في اللحم الأحمر الخالي من الدهون والأسماك والبيض والخضروات ذات الأوراق الخضراء والجوز ومنتجات الحبوب الغنية.

- الحصول على ألياف كافية: تشمل الأطعمة مرتفعة نسبة الألياف الخبز المصنوع من الحبوب الكاملة والحبوب والمكرونة والأرز والفواكه والخضروات الطازجة.
- تناول الفواكه والخضروات: تشمل تناول من وجبتين إلى 4 وجبات من الفواكه على الأقل وتناول من 3 إلى 5 وجبات من الخضروات على الأقل يوميًا.
- شرب مقدار وفير من الماء: شرب ثمانية أكواب من المياه بمعدل 8 أونصة يوميًا.
- الحفاظ على وزن صحي: فقدان الوزن (في حال فرط الوزن) من خلال تخفيض أحجام الوجبات وتقليل الأطعمة مرتفعة نسبة الدهون وليس عن طريق تجاوز الوجبات.
- تقليل الأطعمة المرتفعة في الدهون: يجب أن توفر الدهون 30 بالمائة أو أقل من السعرات الحرارية اليومية الإجمالية. وحدد أيضًا الدهون المشبعة لأقل من 10 بالمائة من السعرات الحرارية اليومية الإجمالية. فالدهون المشبعة ترفع من الكوليسترول وتزيد من خطر مرض القلب. وتوجد الدهون المشبعة في الوجبات الدهنية واللبن كامل الدسم والأيس كريم والجبن. الحد من مدخول الكوليسترول إلى 300 ميلي جرام أو أقل لكل يوم.
- الاعتدال في استخدام السكر والملح: يرتبط وجود الصوديوم بكمية كبيرة في النظام الغذائي بارتفاع ضغط الدم. والتقليل أيضًا من الأطعمة المدخنة والمعالجة بالملح والمشوية على الفحم - حيث تحتوي هذه الأطعمة على مستويات عالية من النترات المرتبطة بالسرطان.
- تجنب التدخين.
- التمرين: تعد ممارسة التمرينات النشاط الأكثر نفعًا للنساء في سنوات سن اليأس. ويحتمل انخفاض نسبة تعرض النساء في فترة ما بعد سن اليأس واللاتي يمارسن التمرينات بشكل منتظم للسكري لنصف ما قد يتعرض له نظيراتهن كثيرات الجلوس. وتتعرض النساء اللاتي يمارسن التمرينات أكثر من أربع مرات أسبوعيًا بمعدل النصف لخطر السكري مقارنة بالنساء اللاتي لم يمارسن التمرينات أو تندر ممارستهن للتمرينات (بشكل متوسط أو بقوة).

4.4.2 معالجة بالهرمونات البديلة

يعد العلاج بالهرمونات البديلة أحد خيارات علاج تخلخل العظم، وفقًا لما ذكر من قبل تحت عنوان الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. ويعتبر قرار اختيار استخدام العلاج بالهرمونات في الفترة التالية لسن اليأس أو عدم استخدامه قرارًا صحيًا هامًا. يوجد نوعان رئيسيان من أنواع المعالجة بالهرومونات البديلة:

- **المعالجة بالإستروجين:** يؤخذ الإستروجين وحده.
- **العلاج بهرمون البروجيسترون/البروجيستين والإستروجين :** يسمى أيضًا بالعلاج المركب، ويتم في هذا النوع من العلاج بالهرمونات البديلة خلط جرعات من الإستروجين والبروجستيرون (يعتبر البروجستين شكلاً تخليقيًا من البروجستيرون).

<u>أنواع المستحضرات المتوفرة عالميًا:</u>

مستحضرات للعلاج بالإستروجين والعلاج المركب يشمل التركيبات الفموية والأدمية والقابلة للحقن والمهبلية. تشمل أنظمة الإيصال عبر الأدمة رقعات وجل وبخاخات ودهونات، بينما تشمل المنتجات المهبلية تحميلات وكريمات وحلقات. ونظرًا للمخاطر المحتملة والجدل الموجود بشأن النظم العلاجية الفموية مرتفعة الجرعة، تتزايد الآن شعبية المستحضرات منخفضة الجرعة وأنظمة الإيصال المختلفة (مثل الرقعات الجلدية والجل والدهونات). يتوفر مستحضر مهبلي واحد، وهو حلقة خلات الاستراديول، يقدم جرعة نظامية من الاستراديول. تتجنب المستحضرات غير الفموية الأثر الكبدي للمرور الأول. لذلك، فهي ربما لا تحدث تغييرات في الشحوم وعوامل التجلط وعلامات الالتهاب. وكنتيجة لذلك، فهي قد تقلل المخاطر الصحية والآثار العكسية. وقد أشارت البيانات إلى أن المستحضرات بطريق الأدمة، عند مقارنتها بالإستروجين الفموي، لا يصاحبها ارتفاع خطر الانصمام الخثاري الوريدي.

الإستروجين:

يجب استخدام أدنى جرعة فعالة من الأوستراديول وزيادتها وفقًا للحاجة، (يوجد آثار الاستجابة للجرعة مع الانصمام الخثاري الوريدي والسكتة). ومع خفض جرعة الإستروجين، تقل احتمالية أن يحدث للسيدة إيلام في الثدي واستحثاث بطانة الرحم ومشكلة حدوث نزف مصاحب.
ويكمن الهدف من العلاج الوصول إلى أقصى حالة فيزيولوجية ممكنة مع نسبة 2 إلى 1 بين الأوستراديول والإسترون. ومن الأفضل تجنب الطريق الفموي، نظراً لأن المستحضر الفموي يعتبر أيضيًا بشكل جزئي داخل الكبد بواسطة طريق الأيض الكبدي للمرور الأول ويمكن أيضًا تحديد خطر الانصمام الخثاري عن طريق تجنب تحفيز المرور الأول لعوامل التخثر، حتى عند النساء السمينات أو المصابات بأهبة التخثر.

الجرعات: تحتوي الأنظمة العلاجية بطريق الأدمة التي تكون مرتين في الأسبوع أو مرة في الأسبوع على كل من الإستروجين والبروجستيرون كعلاج مشترك للعلاج بالهرمونات البديلة. ويتوفر الأوستراديول أيضًا في شكل جل يومي قليل الحجم بطريق الأدمة ..

لن يسبب الإستروجين الموضعي (المهبلي)، مثل الكريم أو الأقراص أو الحلقة التي تحتوي على الإستريول والاستراديول، فرط تنسج بطانة الرحم ويمكن استخدامه بشكل آمن بدون إضافة البروجيسترونيات. تتسم لصاقة الأوستراديول المهبلية (25 ميكروجرام) بالفاعلية في تخفيف أعراض سن اليأس والأعراض البولية التناسلية بدون التسبب في فرط تنسج بطانة الرحم. بينما سيتسبب كريم الإستروجين في حدوث فرط تنسج بطانة الرحم ويجب إضافة هرمون البروجستيرون إلى التركيبة لمنع هذا الأثر العكسي.

جرعة البدء الموصى بها من الإستروجين المجموعي المتوفر حاليًا:

- 0.3 ملجم إستروجينات خيلية مقترنة.
- 1 ملجم أوستراديول مسحوق أو فاليرات الأوستراديول.
- من 25 إلى 50 مكروجرام من الأوستراديول بطريق الأدمة.
- جرعتين مقننتين (0.5) من جيل أوستراديول.
- من 25 إلى 50 ملجم من الأوستراديول المغروس

ملاحظة: قد يكون هناك حاجة لجرعات أكبر عند المرضى المصابين بفشل المبيض المبتسر

- هناك أنظمة علاجية بطريق الأدمة تؤخذ مرتين في الأسبوع أو مرة في الأسبوع تحتوي على كل من الإستروجين والبروجستيرون كعلاج مشترك بالهرمونات البديلة. ويتوفر الأوستراديول أيضًا في شكل جل يومي منخفض الحجم يعطى بطريق الأدمة.
- الإستروجين الموضعي (المهبلي)، في شكل كريم وأقراص وحلقات يحتوي على الإستريول والأوسترادويل. وهي لا تسبب حدوث فرط تنسج بطانة الرحم وفقًا للأدلة المتوفرة ويمكن استخدامها بدون مانع بروجستروني في المستحضر منخفض الجرعة. وتتسم لصاقة الأوستراديول المهبلية 25 ميكروجرام بالفاعلية في تخفيف أعراض سن اليأس، ولاستخدامها لمدة سنة فاعلية كبيرة في تخفيف الأعراض البولية التناسلية مع عدم وجود آثار بطانية رحمية. ويتطلب كريم الإستروجين الخيلي المقترن الذي يسبب فرط تنسج بطانة الرحم مانع بروجستروني بعد 3 شهور.

البروجسترون / والبروجسترونات:

يجب استخدام العلاج المركب الذي به نظام علاجي من الإستروجين والبروجستيرون (إستروجين + بروجستيرون بشكل مستمر لما يتراوح ما بين 12 إلى 14 يومًا في الشهر) عندما يتم البدء في العلاج بالهرمونات البديلة خلال السنة الأولى التي تلي آخر فترة طمث. وإذا كانت السيدة قد حدث لها استئصال رحم جزئي في الماضي، يجب إعطاء البروجيسترون بعد فترة تتراوح من 3 إلى 6 شهور من بدء العلاج بالإستروجين في حالة وجود أي متبقيات لبطانة الرحم.

وتكون أدنى جرعة من البروجستيرون التي يتم إعطاءها فمويًا عند المعالجة بالهرمونات البديلة في الجرعة اليومية المشتركة التتابعية (في أقل استخدام مستمر للجرعة، في الأغلب يكون نصف الجرعة) هي:

- مشتق التستوستيرون (نوريثيستيرون؛ 5 ملجم، ليفونورجيستريل؛ 75 ملجم) أو

- البروجستينيات المشتقة من البروجستيرون (سيبروتيرون؛ 2 ملجم، وميدروكسي بروجستيرون؛ 5 ملجم، تحاميل السيكلوجست المهبلية؛ 400 ملجم، وجل كرينون؛ يوم بعد يوم/ 12 يوم في الشهر) والبروجيستينيات المفعول المشتقة من السبيرونولاكتون (دروسبيرينون؛ غير نشط بشكل متتابع ويستخدم كعلاج متواصل بجرعة 2 ملجم).

مشاكل النزف: إذا كان ثقيلاً أو غير طبيعي، يمكن مضاعفة جرعة البروجستيرون أو زيادة المدة إلى 21 يومًا. يحتاج النزف المستديم الذي يتجاوز 6 شهور إلى إجراء فحوصات.
وتشمل الآثار الجانبية للبروجستيرون: احتباس السوائل، والأثر الجانبي الذكوري في مشتقات التستوستيرون، وتحول المزاج. وللبروجستيرون الطبيعي آثار جانبية أقل. يتم تركيب مشتقات الالدروسبيرينون مؤخرًا مع جرعة منخفضة من الإستروجين في مستحضر مركب متواصل، حيث أن لمستقبلات البروجستيرون خصائص خاصة ومضادة لهرمون الذكورة ومضادة للقشرانيات المعدنية وربما يكون لها أثر تخفيضي لضغط الدم.

ويمكن أيضًا إعطاء الإستروجين وجرعة منخفضة من البروجستيرون بشكل متواصل للوقاية من النزف الشهري المنتظم الذي يمكن أن يحدث عند استخدام المعالجة المركبة بالهرمونات البديلة. إذا كان النزف مستديمًا، يمكن مضاعفة جرعة البروجستيرون أو زيادة المدة إلى 21 يومًا. يحتاج النزف المستديم الذي يتجاوز 6 شهور مزيدًا من الفحوصات.

ويوصى حاليًا بتناول أقل جرعة من العلاج الهرموني لأقل وقت ممكن. وعلى غرار جميع الأدوية الموصوفة طبيًا، يجب إعادة تقييم العلاج بالهرمونات البديلة كل عام. يمكن أن يكون العلاج المركب مستمرًا (أي تناول يومي للإستروجين والبروجستيرون) أو بشكل مستمر متتابع (أي تناول يومي للإستروجين، مع إضافة البروجستيرون في أيام معينة).

مدرج بالمخططات التالية قائمة بأسماء بعض الهرمونات التالية لسن اليأس.

أنواع الإستروجين:	**الأسماء التجارية:**
حبوب	سينيستين، وإستينيل، وإستراس، ومينيست، وأوجين، وبريمارين
كريمات	إستراس، وأوجين، وأورثودينيسترول، وبريمارين
حلقات مهبلية	إسترنج، وفيمرنج
أقراص مهبلية	فاجيفيم
رقعات	ألورا، وكليمارا، وإسكاليم، وإستراديرم، ونقطة فيفيل
أنواع البروجستين:	**الأسماء التجارية:**
حبوب/كبسولات	أمين، وأيجستين، وكورتاب، وسيسرين، وميجاس، وبروميتريم ، وبروفيرا
جل مهبلي	جل بروجستيرون بروشف 4% و8%
أنواع المركبات:	**الأسماء التجارية:**
حبوب	أكتيفيلا، وفيمهرت، وأورثوبريفست، وبريمفاس، وبريمبرو، وبريمبرو منخفض الجرعة
رقعات	كومبيباتش، وكليمارا برو

ملاحظة: الأدوية الرئيسية المتوفرة في العراق هي أقراص وكريمات بريمارين، وأسيتات ميدروكسي البروجستيرون (بروفيرا). هناك أدوية أخرى غير متوفرة أو متوفرة في القطاع الخاص على نطاق محدود.

الأندروجينات:

يجب إعطاء مكملات أندروجين للنساء أولات الرغبة الجنسية المتذبذبة والتعب. تعتمد الجرعة ومدتها ودواعي الاستعمال على ما إذا تم بلوغ مرحلة اليأس جراحيًا أو كان تلقائيًا، ولكن في العادة يمكن استخدام 300 مكروجرام من رقعات التستوستيرون مرتين في الأسبوع.

مخاطر العلاج بالهرمونات البديلة:

- أظهر أحدث تحليل لأبحاث مبادرة صحة النساء (WHI) أن: المخاطر القلبية الوعائية كانت مقصورة على الفئات الكبيره عمرياً، بينما تظهر النساء الأصغر في العمر توجهًا نحو تحسين الخطر القلبي الوعائي والحد من أسباب الوفاة بشكل كبير.

- وهذه الدراسات بالإضافة إلى الإرشادات التي أصدرتها الجمعية الدولية لسن اليأس، أظهرت عدم وجود زيادة في خطر الاصابة بالسرطان الا بعد 7 سنوات بعد الاستخدام (حوالي حالة إضافية لكل 1000 سيدة سنويًا)، وبالنسبة للنساء أولات سن اليأس الطبيعي، تتجاوز فائدة العلاج بالهرمونات البديلة الخطر بشكل كبير.

موانع استعمال العلاج بالهرمونات البديلة:

- يجب اعتبار سرطان الثدي مانع الاستعمال الرئيسي للعلاج الإستروجيني.
- النساء اللاتي لهن تاريخ لإ لاضطرابات جهاز القلب والدوران والسكتة
- الجلطات الدموية المتكررة أو النشطة. مرض الانصمام الخثاري الوريدي، على الرغم من أن المستحضرات بطريق الأدمة أكثر أمانًا حيث يتم تجنب أيض المرور الأول الكبدي.
- إن الإستروجين الطبيعي عندما يتم إعطاؤه للنساء سويات ضغط الدم أو اللاتي تعانين من فرط ضغط الدم، لا يسبب ارتفاع في ضغط الدم وإذا تم دمجه مع بروجستيرون أو دروسبيرينون فموي طبيعي قد يتسبب فعليًا في انخفاض ضغط الدم، لذلك هناك مسوغ لتناول العلاج بالهرمونات البديلة عند النساء المصابات بفرط ضغط الدم الذي يمكن السيطرة عليه.
- وبالنسبة للنساء اللاتي يرغبن في العلاج بالهرمونات البديلة مع وجود انتباذ بِطاني رحمي حاد، يجب إعطاؤهم علاجًا مركبًا متواصلاً حتى بعد استئصال الرحم لمنع الانتكاس.
- الحمل المؤكد أو المشتبه به
- يجب على مدخنات السجائر مراعاة التوقف عن استخدام التبغ قبل أخذ العلاج بالهرمونات البديلة.
- يعتبر علاج المريضات المصابات بسرطان بطانة الرحم به مختلف عليه، ولكن هناك تقارير تفيد استخدام الإستروجين بدون أي آثار مضرة في المراحل الثلاثة الأولى من المرض. لا يعتبر السرطان العنقي الحرشفي حساسًا للإستروجين. لا توجد بيانات عكسية عند المصابات بسرطان المبيض، على الرغم من أنه قد يوجد خطر قليل للغاية للإصابة بسرطان المهبل مع الاستخدام طويل المدى للإستروجين غير المقاوَم عند النساء الصحيحات. لا توجد بيانات عن السرطان الغدي لعنق الرحم، أوسرطان المهبل أو سرطان الفرج.

مدة العلاج:

من المعروف أن الأعراض غالبًا ما تعود عند إيقاف العلاج بالهرمونات البديلة، حتى بعد سنوات كثيرة من الاستخدام.

- فإذا كان السبب الرئيسي لاستخدامه هو تحسين جودة الحياة، فلا يوجد ميعاد محدد يمكن تحديده لقطع العلاج.
- تحتاج مدة العلاج تقييمًا دقيقًا للمزايا والمخاطر، وإذا كان هناك حاجة لقطع العلاج، فإن هذا الأمر يجب أن يتم بالتدريج
-

النصح بوصفات طبية عملية:

- ما زال يوصى باستخدام العلاج بالهرمونات البديلة للمساعدة بشكل أساسي في تخفيف الأعراض على المدى القصير عند أقل جرعة فعالة.
- ويؤخذ بعين الاعتبار في الوقاية من تخلخل العظم على المدى البعيد مع إعادة التقييم السنوي للمخاطر والمزايا.

.

4.4.3 معدِلات مستقبلات الإستروجين الانتقائية

ناهضات/ضادات الإستروجين (معروفة مسبقًا باسم معدلات مستقبلات الإستروجين الانتقائية "SERMs") : إن عقار رالوكسيفين (إيفيستا) يوصف لتقليل مخاطر سرطان الثدي الغزوي في النساء بعد سن اليأس المصابات بتخلخل العظم. ولكنه لا يقلل من خطر مرض القلب التاجي. وعلى غرار الإستروجين، ربما يزيد رالوكسفين من خطر تجلط الأوردة العميقة. وهو يزيد أيضًا من الهبات الساخنة ويجعلها تتفاقم (وهو العرض الرئيسي الذي يشير إلى تفاقم أعراض سن اليأس).

4.4.4 الاساليب التكميلية لتخفيف الأعراض

علاجات تكميلية/بدائل للعلاج بالهرمونات البديلة:

حيث أن التغييرات في أسلوب الحياة تتضمن مكملات مثل البرسيم الأحمر، فيمكن استخدام أيسوفلافون الصويا لعلاج الأعراض الوعائية الحركية.

البديل غير الدوائي جل ترطيب يستعمل للأعراض المهبلية،

البدائل الدوائية: يمكن الاختيار من بين خيارات متعددة لعلاج أعراض الجهاز الحركي الوعائي مثل الهبات الساخنة والتعرق الليلي:

1. إن أدوية فلوكستين وبارواكسيتين هي مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية "SSRI"/ مثبطات استرداد النورأدرينالين الانتقائية "SNRI": لعلاج أعراض مغير للقطر الوعائي، يتم تناول جرعة من فينلافاكسين مقدارها 37.5 ملجم مرتين يوميًا.

2. جابابنتين: مضاد للصرع يمكنه تقليل الهبات الساخنة عند تناوله بجرعات تتراوح من 200 إلى 1600 ملجم في اليوم. ويكون استخدامه في نطاق محدود نظرًا لآثاره الجانبية.

3. كلونيدين أحد ناهضات ألفا-2، وهو ناهض ألفا 2 مركزي نشط، ويتم تناوله بجرعة تتراوح من 300 إلى 900 ملجم في اليوم

مقارنة بشأن الفاعلية في تقليل الهبات الساخنة [2]

تخفيف أعراض مغير القطر الوعائي من خلال أدوية متنوعة	
العلاج	النسبة المئوية للتخفيف
العلاج بالهرمونات	≤ 90%
فينالافاكسين	60% - 75%
جابابنتين	50% - 60%
مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائي (فلوكسوتين، باروكسيتين، سيرترالين)	50%
فيتامين هـ / صويا	25%
بلاسيبو	20% - 30%

<u>علاجات تكميلية أخرى: الفيتواستيروجينات</u>

إن الفيتواستيروجينات عبارة عن إستروجينات تُستخلص من النباتات ويمكن أن توجد في أغذية مثل الحبوب الكاملة والفول المجفف والبازلاء والفواكه والبروكلي والقرنبيط وخاصة منتجات الصويا. ويمكن للنظام الغذائي الغني بالأيسولافونات، وهي نوع من الفيتواستيروجينات، خفض أعراض الجهاز الوعائي الحركي الخاصة بسن اليأس، والمرض القلبي الوعائي وتخلخل العظم وسرطان الثدي والقولون وبطانة الرحم والمهبل. ويمكن أن تكون الآثار على العلامات القلبية الوعائية مثل الشحوم وعلى الامتثال الشرياني ، وعلى علامات/كثافة العظام مع التأثير المحتمل لمعدلات مستقبلات الإستروجين الانتقائية.

4.4.5 منع الحمل في مرحلة ما قبل سن اليأس

إن التغييرات التدرجية المتوقعة في الخصوبة والتحول إلى سن اليأس تتطلب التفكير بشكل خاص في استخدام موانع الحمل لتلك الفئة من النساء (اللاتي يبلغ عمرهن أكبر من 40 عامًا).
وسيناقش هذا الجزء من الدليل استخدام موانع الحمل لتلك النساء، والمعايير الطبية لوصف موانع الحمل في فترة ما قبل سن اليأس، ومتى يتم التوقف عن استخدام موانع الحمل، والعلاقة ما بين موانع الحمل وأعراض بلوغ سن اليأس، واستخدام العلاج بالهرمونات البديلة.

[2] خيارات علاج الهبات الساخنة لسن اليأس. أندريا سيكون. مجلة كليفلاند كلينك الطبية، مجلد 71 • رقم 7 يوليو 2004.
http://ccjm.org/content/71/7/578.full.pdf

منع الحمل: معايير المؤهلات الطبية (MEC) للنساء فيما فوق سن 40 عامًا

تتوفر مجموعة كبيرة من وسائل منع الحمل، ولكن أيًا منها لا يتوقف منع استعماله على العمر فحسب. فبينما تتقدم المرأة في العمر، قد يصبح العمر عامل خطورة أكبر في تطور الحالات الصحية العارضة والتي من الممكن أن توثر على اختيار مانع الحمل.

وسيتيح التاريخ السريري (الطبي والجنسي والإنجابي والاجتماعي) للممارسين تقييم مدى خطورة موانع الحمل والعوامل الطبية والاجتماعية والتي قد يكون لها تأثير على هذا الاستخدام مثل عدد مرات الجماع والخلل الوظيفي للطمث والعوامل المرتبطة بأسلوب الحياة كالتدخين والحالات الطبية المتزامنة.

ويقدم الإرشاد بالمربع الموجود بالأسفل توصيات مبنية على أدلة للأطباء السريريين للمساعدة في اتخاذ قرارات حول خيارات موانع الحمل، بما في ذلك التوقف عن استخدامها.

اعتبارات هامة من أجل اختيار طريقة منع الحمل

- النساء المدخنات اللاتي تبلغ أعمارهن 35 عامًا أو أكثر—بغض النظر عن الكمية— يجب عليهن ألا يستخدمن موانع الحمل الفموية المشتركة أو الرقعة أو الحلقات المهبلية.
- النساء اللاتي تبلغ أعمارهن 35 عام أو أكثر واللاتي يدخن 15 سيجارة أو أكثر في اليوم يجب ألا يستخدمن الحقن الشهرية.
- النساء اللاتي تبلغ أعمارهن 35 عامًا أو أكثر يجب ألا يستخدمن موانع الحمل الفموية المشتركة (COCs) أو الحقن الشهرية أو الرقعة أو الحلقة المهبلية إذا كن يعانين من صداع نصفي (سواء إذا كان يصاحبه أورة شقيقة أم لا).

الفوائد الصحية المصاحبة لاستخدام موانع الحمل الهرمونية عند النساء اللاتي تكون أعمارهن أكبر من 40 عامًا:

صحة العظام

بناءًا على الدليل المتواجد حاليًا فليس من الممكن القطع بأن موانع الحمل الهرمونية قد تزيد من خطورة التعرض لكسور ولكن يمكن أن تنصح النساء بأن استخدام موانع الحمل الفموية المشتركة في فترة ما قبل سن اليأس قد تساعد في الحفاظ على كثافة العظام.

أعراض سن اليأس

هناك بعض البيانات القليلة التي تفيد بأن موانع الحمل الفموية المشتركة قد تساعد على تحسين بعض الأعراض المصاحبة لبلوغ سن اليأس. قد يكون هناك قدرًا من الفائدة النظرية من نظام علاجي ممتد مثل أخذ ثلاث حبات بشكل مستمر (الدورة الثلاثية).

قد تقلل موانع الحمل الهرمونية من أعراض سن اليأس في الممارسة السريرية كما أن الأطباء الذين يقومون بوصف موانع الحمل الفموية المشتركة للنساء اللاتي تزيد أعمارهن عن 40 عامًا بإمكانهم وصف تناول حبة تحتوي على 30 ميكروجرام من إيثينيل إستراديول كاختيار أولي مناسب.

4.4.6 دواعي الإحالة إلى مستوى رعاية أعلى

يمكن معالجة معظم النساء في مراكز الرعاية الأولية، ولكن في المواقف التالية، تكون الإحالة ضرورية من أجل إجراء الفحوصات والحصول على استشارة الطبيب المتخصص فيما يخص استخدام المعالجة بالهرمونات البديلة على وجه التحديد. يوصى بالإحالة في الحالات التالية:

1. وجود نزف غير طبيعي:
   - بالنسبة لغير مستخدمي المعالجة بالهرمونات البديلة: حدوث تغير مفاجئ في النمط الحيضي أو حدوث نزف قرئي أو حدوث نزف عقب الجماع أو حدوث نزف بعد الحيض.
   - لمستخدمي المعالجة بالهرمونات البديلة:

   المعالجة بالهرمونات البديلة التتابعية: حدوث تغير في نمط امتناع النزف أو حدوث نزف اختراقي.

   النظم العلاجية المستمرة المدمجة أو طويلة الدورة:

   - استمرار وجود نزف اختراقي لمدة تتراوح لأكثر من 4 إلى 6 أشهر بعد بدء النظام العلاجي أو إذا كان هذا النزف لا يقل.
   - وجود نزف بعد انقطاع الحيض أثناء استخدام نظام علاجي مدمج مستمر.
   - الفحص بالموجات فوق الصوتية، المثالي عن طريق المهبل، والذي يظهر وجود ثخانة بالبطانة الرحمية/تقرير لطاخة عنق الرحم.

2. الفشل المتعدد للعلاج : تم محاولة استخدام ثلاثة نظم علاجية أو أكثر. حدد أنواع المعالجة بالهرمونات البديلة وحدد المشاكل.

3. تحويل حالات الانصمام الخثاري الوريدي المشكوك فيها بواسطة تاريخ مرضي شخصي أو تاريخ مرضي عائلي لحادثة غير مفتعلة في صلة قرابة من الدرجة الأولى بعمر أقل من 50 عامًا أو الحالات المؤكدة من أجل إجراء الفحوصات والمتابعة.

4. سن اليأس المبتسر / فشل المبايض المبتسر (سن اليأس أقل من 40 عامًا).

5. الإحالة إلى التصوير بالموجات فوق الصوتية والتصوير الشعاعي للثدي وتصوير مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث عند التوصية ووفقًا لما هو مذكور مسبقًا في الدليل.

6. تخلخل العظم: الإحالة من أجل إجراء الفحوصات والعلاج.

7. وجود خطورة سابقة أو كبيرة في التعرض للامراض الخبيثة: مثل سرطان الثدي والمبايض وبطانة الرحم.

5. سن اليأس والأمراض الخبيثة

سن اليأس ومخاطر الإصابة بالسرطان

المرأة التي يبدأ عندها سن اليأس بعد عمر 55 عامًا تكون معرضة بشدة لخطر الإصابة بسرطان المبايض والثدي والرحم. وتكون خطورة الإصابة أكبر إذا بلغت المرأة أيضًا سن البلوغ قبل عمر 12 عامًا. وبالنسبة للمرأة التي تحيض لفترة تفوق المعدل الطبيعي أثناء حياتها فهي تكون معرضة لإفراز زائد من الإستروجين. ويزيد التعرض المفرط للإستروجين من مخاطر إصابة المرأة بسرطان الرحم والثدي.

هل يتسبب السرطان في حدوث سن اليأس أو ظهور أعراض سن اليأس؟

بعض علاجات السرطان قد تتسبب في حدوث سن اليأس أو ظهور أعراض سن اليأس. ويسمي سن اليأس الذي يحدث بسبب المعالجة الطبية بسن اليأس الطبي (أو الجراحي). وقد تكون الأعراض الخاصة بسن اليأس الطبي أسوأ وذلك لحدوث انخفاض الهرمونات بشكل سريع. وحتى إذا كان علاج السرطان لا يسبب سن اليأس بشكل فوري، فإنه قد يتسبب في حدوث سن اليأس في وقت لاحق.

علاجات السرطان التالية قد تتسبب في حدوث سن اليأس:

a. ***استئصال المبيض (إزالة المبايض بالجراحة)*** يستخدم هذا النوع من الجراحة لمعالجة سرطان المبايض والرحم والمهبل أو الوقاية منها. ويتسبب ذلك في حدوث سن اليأس على الفور لأن المصدر الخاص بإفراز الإستروجين والبروجستيرون يتم التخلص منه.

b. ***العلاج الإشعاعي أو المعالجة الكيميائية*** قد يتسبب العلاج الإشعاعي للحوض والمعالجة الكيميائية التي تدمر المبايض في حدوث سن يأس مبكر. قد تعود فترات الحيض لبعض النساء صغار السن بعد المعالجة، ولكن النساء اللاتي تفوق أعمارهن 40 عامًا تكون لديهن احتمالية أقل في عودة فترات الحيض الخاصة بهم.

c. ***العلاج بالهرمونات.*** يتم استخدام العلاج بالهرمونات لمعالجة سرطان الثدي والذي يعد من مستقبلات الإستروجين و/أو مستقبلات البروجستيرون الإيجابية. تتضمن الطرق العلاجية الهرمونية أو المضادة للإستروجين مثبطات الأروماتاز بما فيها الاناستروزول (اريميديكس)، والليتروزول (فيمارا)، والاكسيميستان (آرومازن) والتاموكسيفين.

يتم استخدام عقاقير التاموكسيفين (نولفاديكس) والرالوكسيفين (إيفيستا) لتقليل مخاطر الإصابة بسرطان الثدي عند النساء اللاتي تمت معالجتهن من سرطان الثدي أو المعرضات لمخاطر إصابة كبيرة بسرطان الثدي. وتعتبر الآثار الجانبية لتلك العقاقير شبيهة لأعراض سن اليأس.

هل من الممكن أن يؤدي علاج الأعراض المصاحبة لسن اليأس إلى زيادة مخاطر الإصابة بالسرطان؟

- النساء اللاتي يخضعن للمعالجة المشتركة باستخدام الهرمونات البديلة من أجل معالجة الأعراض المصاحبة لسن اليأس قد يعانين من زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي.
- تجرى المعالجة الهرمونية بالإستروجين وحده إلى النساء اللاتي خضعن لعملية استئصال الرحم فقط، نظرًا لأن الإستروجين يزيد من خطورة الإصابة بسرطان الرحم.

- وقد كشفت مبادرة صحة النساء أيضًا عن أن المرأة التي تخضع للمعالجة الهرمونية المشتركة تكون لديها مخاطر قليلة في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

- كما أظهرت الأبحاث التي أجري مؤخرًا أن النساء اللاتي تتلقين المعالجة المشتركة بالهرمونات البديلة تكون لديهن مخاطر كبيرة في التعرض للوفاة نتيجة الإصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة (NSCLC) في حالة حدوث تطور للمرض. ورغم ذلك فقد كشفت الدراسة عن أن النساء اللاتي خضعن للمعالجة المشتركة بالهرمونات البديلة لم تتعرضن لتطور مرض سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة بشكل أكبر من النساء اللاتي لم يخضعن للمعالجة الهرمونية المشتركة. كما أظهرت الدراسة أيضًا أن مخاطر الوفاة نتيجة الإصابة بسرطان الرئة كانت أعلى عند النساء المصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة واللاتي يدخن ويخضعن للمعالجة الهرمونية المشتركة.

وتتسم الأبحاث التي تجرى على المعالجة الهرمونية المشتركة بكونها مثيرة للجدل ومستمرة. حيث تختلف مخاطر المعالجة وفوائدها من امرأة لأخرى.

سرطان الثدي

يعتبر سرطان الثدي هو السرطان الأكثر شيوعًا بين النساء. ويزيد العلاج بالهرمونات البديلة (الإستروجين زائد البروجستيرون) من خطورة الإصابة بسرطان الثدي على نحو طفيف بعد مرور 5 سنوات من العلاج

سرطان المبيض

يعتبر سرطان المبيض هو السبب الرابع الرئيسي لوفيات السرطان بين النساء. وغالبًا ما تصاب به النساء اللاتي تزيد أعمارهن عن 50 عامًا؛ ووفقًا للجمعية الأمريكية للسرطان فإن أكثر من نصف النساء اللاتي تم تشخيص إصابتهن بسرطان المبيض تبلغ أعمارهن 60 عامًا أو أكثر. وتشمل مخاطر الإصابة بسرطان المبيض الآتي:

- وجود تاريخ مرضي عائلي في الإصابة بسرطان المبيض.
- عدم حدوث حمل مطلقًا.
- النساء اللاتي تتجاوز أعمارهن 50 عامًا.

لا يتسبب سن اليأس في حد ذاته في الإصابة بسرطان المبيض. ولكن هناك دراسات قد ربطت بين المعالجة البديلة طويلة الأمد للإستروجين (أكثر من 10 سنوات) وبين زيادة مخاطر الإصابة بسرطان المبيض. ويجب على النساء أن يقمن بمناقشة المخاطر والمنافع الناتجة من هذا النوع من المعالجة بالهرمونات مع الطبيب.

سرطان بطانة الرحم:

أصبح ذلك المرض في السنوات الأخيرة هو مرض الخباثة الخاص بالنسب الأكثر شيوعًا في الدول النامية؛ ويرجع هذا بشكل رئيسي إلى زيادة متوسط العمر المتوقع والسمنة وقلة حالات الوفيات المصابة بالأورام الخبيثة الأخرى. وقد أشار العديد من المراقبين إلى إمكانية وجود علاقة إيجابية بين حدوث سن اليأس في سن متقدم (أكبر من 55 عامًا) وتطور السرطان في أنسجة الأعضاء التناسلية عند النساء. وتعادل نسبة حدوث سن اليأس المتأخر في حالات السرطان الغدي لقاع الرحم قرابة أربعة أضعاف ما يحدث في الحالات الطبيعية. ولهذا فإن المرأة التي تبدأ في الحيض عند سن الثانية عشر وتتوقف عن سن الرابعة والأربعين، مع وجود دورة ناتجة عن ذلك مدتها اثنين وأربعين عام، قد ينعكس عليها بشكل طبيعي تفاعل بيولوجي للأنسجة الخاصة بنشاط الإستروجين مختلف كلية عن المرأة التي تبدأ عند السادسة عشر وتنتهي عند الثامنة والأربعين أو قبل ذلك، مع وجود دورة من نشاط الإستروجين مدتها اثنين وثلاثين سنة أو أقل.

وقد كشف الباحثون مؤخرًا النقاب عن أن حدوث سرطان بطانة الرحم أثناء سن اليأس يوصف بأنه ذو مرحلة متقدمة فضلاً عن توقعات ضئيلة للشفاء من المرض

سرطان عنق الرحم:

هو السرطان الثاني الأكثر شيوعًا بعد سرطان الثدي عند الإناث على مستوى العالم وهو يرتبط بالنشاط الجنسي خصوصًا في سن الجماع الأول.

سرطان المهبل:

مسؤول عن نسبة تتراوح من 1 إلى 2% فقط من أمراض السرطان النسائية حيث تكون ذروة حدوثه في العقد السادس من العمر ومتوسط العمر الذي يتراوح من 60 إلى 65 عامًا.

سرطان الفرج:

السرطان الأكثر ندرة ومسؤول عن أقل من 1% من حالات السرطان حيث تكون ذروة حدوثه عند سن 65 عام أو أكثر. المخاطر عودة الاصابة ة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) قد تزيد عند سن 50 عام. ينتشر (HPV) حول العالم بشكل كبير بين النساء صغار السن عند أول ممارسة للجماع ولكنه ينتشر أيضًا في أمريكا الوسطى والجنوبية وغرب أفريقيا عندما تبلغ النساء سن اليأس وهو ما يعد عامل من العوامل التي تزيد من مخاطر الإصابة بسرطان المهبل والفرج وعنق الرحم.

المراجع

1. نيك بي. Menopause and the postmenopausal woman. In: D. Keith Edmonds editor، Dewhurst's textbook of Obstetrics and Gynecology، النسخة الثامنة، Blackwell Publishing; 2012. الصفحات. من 553 إلى 564
2. آن إس. Menopause. In: Neil Marquardt editor، Obstetrics and Gynecology، النسخة الخامسة، Lippincott Williams & Wilkins Publishing; 2005. المتصورة من 387 إلى 401.
3. http://www.managingmenopause.org.au/health-professionals/menopause-cpd-for-physicians/epidemiology.
4. باناي إن، فينتون إيه. Premature ovarian failure: A growing concern. Climacteric 2008; 11: من 1 إلى 3.
5. ماكلاران كيه، هورنير إيه، باناي إن. Premature ovarian failure: Long-term sequalae. Menopause Int 2010; 16: من 38 إلى 41.
6. Royal college of nursing guidance for nurses، midwives and health visitors. Menopause: lifestyle and therapeutic approaches. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/349720/003839.pdf
7. شانجا إم إتش، وانجب إس جي، وانجا بي إتش، فوهد جي إل: Attitudes towards Menopause among Middle-Aged Women: A Community Survey In an Island Of Taiwan. Maturitas 2005، 52: من 348 إلى 355 Publisher Full Text | PubMed Abstract.
8. وانج إس جي، لو إس آر، جوانج كيه دي، شيو إل إم: The Kinmen women-health investigation (kiwi): a menopausal study of & population aged من 40 إلى 54. Maturitas 2001، 39: من 117 إلى 120. Publisher Full Text / PubMed Abstract.
9. غادة إي إف، رفيق بي، حساني إيه، أسماء إيه وجهاد أوو. First update of the Lebanese Guidelines for Osteoporosis Assessment and Treatment. J. Clinic. Densi. 2008; 11 (3): من 383 إلى 396.
10. http://www.imsociety.org/menopause_perspectives_around_the_world.php.
11. المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية (I–2011 Wish)
12. عبدول أمير إف، الورد إن. factors Related to the Determination of Age at natural Climacteric Among Middle Age Iraqi Women in Baghdad City. (Scien Nurs J 2004; 17(1): من 72 إلى 81.
13. إيه بي ووكر إم إل و هيرندون جي جيه (2008). "Menopause in nonhuman primates?". Biology of Reproduction 79 (3): من 398 إلى 406. doi:10.1095/10.1093/biolreprod.108.068536. MCP 2553520. PMID 18495681.
14. مينكين، ماري جاين؛ وآخرون (1997). What Every Woman Needs to Know about Menopause. Yale University Press. ISBN 0-300-07261-9.
15. كاتو آي، تونيولو بي، آخميدخانوف إيه، كوينيج كيه إل، شور آر، زيلينيوتش-جاكسه إيه (1998). "Prospective study of factors influencing the onset of natural menopause". J Clin Epidemiol 51 (12): من 1271 إلى 1276. doi:10.1016/S0895-4356(98)00119-X. PMID 10086819.
16. إيه بي تويس جي جي، فيجنير جي، هانتر إم، كيلساي إن، ريث-هارت إم، سالادو دبليو (2007). "Perimenopausal symptoms، quality of life، and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy". J Am Acad Nurse Pract 19 (11): من 602 إلى 613. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00260.x. PMID 17970860.
17. ليزابي إيه، براون جيه، مارجوريبانكس جي، كرونينبيرج إف، روبيرتس إتش، إيدن جي. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms" Cochrane Database Syst Rev 2007(4) CD001395.
18. سومجين دي، كاتزبيرج إس، نول إي وآخرون. (مايو 2007). "DT56a (Femarelle): a natural selective estrogen receptor modulator (SERM)". J. Steroid Biochem. Mol. الجزء 104 (3-5): من 252 إلى 258. doi:10.1016/j.jsbmb.2007.03.004. PMID 17428655.

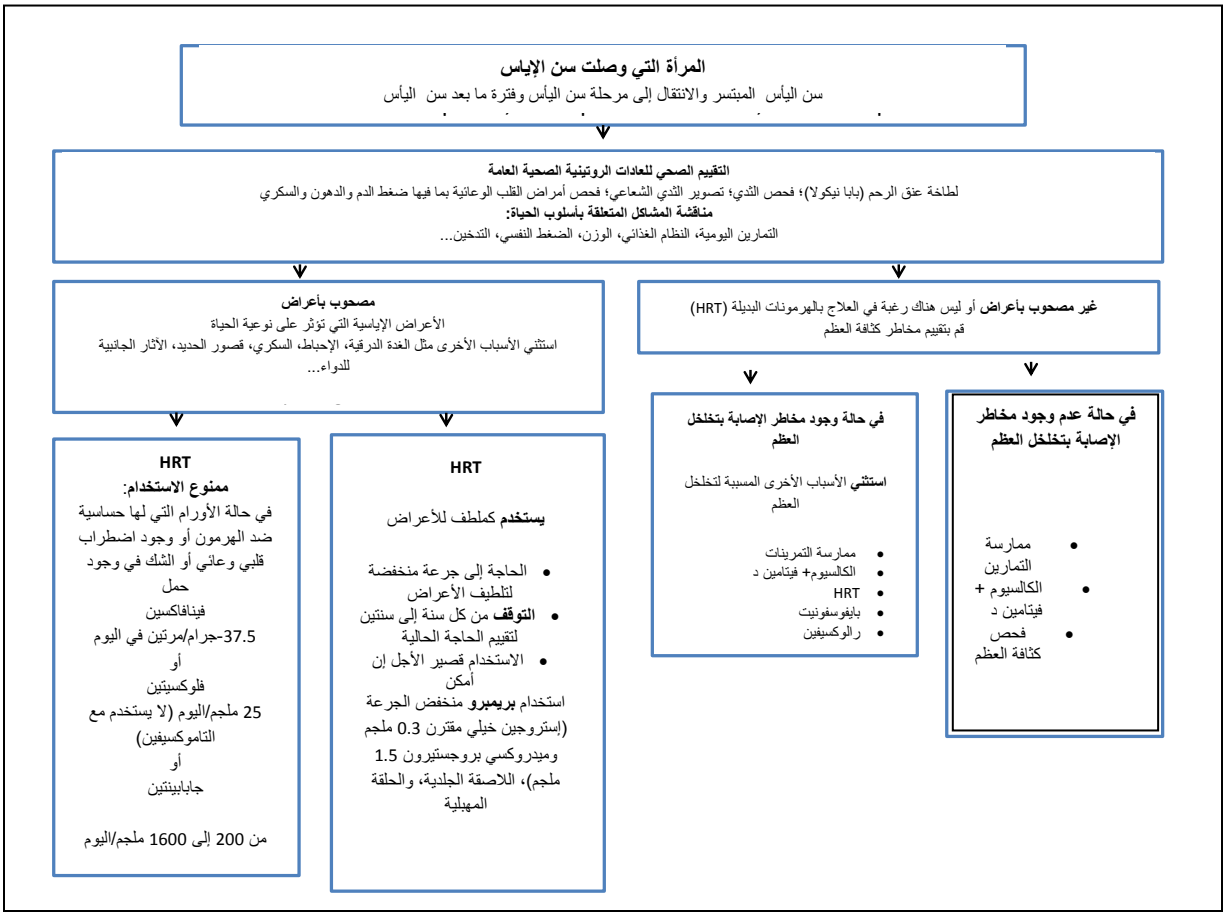
19. Scientific Opinion of the Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies on a request .from the Se-Cure Pharmaceuticals Ltd on Femarelle and bone mineral density The EFSA Journal (2008) 785، من 1 إلى 10
20. نير واي، هوانج إم آي، تشناير آر، تشين بي، مانبير آر (أبريل 2007). " Acupuncture for postmenopausal hot flashes". Maturit 4) 56 (as): من 383 إلى 95. doi:10.1016/j.maturitas.2006.11.001. PMID 17182200.
21. كوهين إس إم، روسيه إم إي ، كاري بي إل (2003). " Can acupuncture ease the symptoms of menopause?". Holistic Nursing Practice 17 (6): من 295 إلى 299. PMID 14650571.
22. زابوروفيسكا إي، براينهيلدسين جي، دامبيرج إس وآخرون. (فبراير 2007). "Effects of acupuncture، applied relaxation، analysis of two prospective، parallel، randomized studies". Climacteric 10 (1): من 38 إلى 45. doi:10.1080/13697130601165059. PMID 17364603.
23. فينسينت إيه، بارتون دي إل، ماندير كار جي إن وآخرون. (2007). " Acupuncture for hot flashes: a randomized، sham-controlled clinical study". Menopause 14 (1): من 45 إلى 52. doi:10.1097/01.gme.0000227854.27603.7d. PMID 17019380.
24. ميرفي، بي إيه؛ فارماكاليديس، إي، جونسون، إل دي (1982 يونيو). "Isoflavone content of soya-based laboratory animal diets.". Food and chemical toxicology 20 (3): من 315 إلى 317. PMID 7201958.
25. سيتشيل، كي دي، كليريتشي، سي (يوليو 2010). "Equol: history، chemistry، and formation.". The Journal of nutrition 140 (7): 1355S-62S. doi:10.3945/jn.109.119776. PMC 2884333. PMID 20519412.
26. آتكينسون، سي؛ فرانكينفيلد، سي إل، لامبي، جي دبليو (مارس 2005). " Gut bacterial metabolism of the soy isoflavone daidzein: exploring the relevance to human health.". Experimental biology and medicine (مايوود، إن جيه) 230 (3): من 155 إلى 170. PMID 15734719.
27. لامبي، جي دبليو، إس سي، هوتشينز، إيه إم، سالفين، جيه إل (1998 مارس). " Urinary equol excretion with a soy challenge: influence of habitual diet.". Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. Society for Experimental Biology and Medicine (New York، N.Y.) 217 (3): من 335 إلى 339. PMID 9492344.
28. سيتشل، كيه دي؛ كول، إس جي (أغسطس 2006). " Method of defining equol-producer status and its frequency among vegetarians.". The Journal of nutrition 136 (8): من 2188 إلى 2193. PMID 16857839.
29. رولاند، أي آر، فايزمان، إتش، ساندير ز، تي إيه، أديلريكروتز، إتش، بوي، إي إيه (2000). " Interindividual variation in metabolism of soy isoflavones and lignans: influence of habitual diet on equol production by the gut microflora.". Nutrition and cancer 36 (1): من 27 إلى 32. doi:10.1080/10798213.1369713060116505 9. PMID 10798213.
30. واتانابي، إس؛ ياماجوشي، إم، سوبوي، تي، تاكاهاشي، تي، مايورا، تي، آراي، واي، مازور، دبليو، واهالا، كيه، أديلريكروتز، إتش (أكتوبر 1998). "Pharmacokinetics of soybean isoflavones in plasما، urine and feces of men after ingestion of 60 g baked soybean powder (kinako).". The Journal of nutrition 128 (10): من 1710 إلى 1715. PMID 9772140.
31. آراي، واي، يويهارا، إم، ساتو، واي، كيميرا، إم، إيبوشيدا، إيه، أديلريكروتز، إتش، واتانابي، إس (مارس 2000). " Comparison of isoflavones among dietary intake، plasma concentration and urinary excretion for accurate estimation of phytoestrogen intake.". Epidemiology / Journal of epidemiol Japan Epidemiological Association 10 (2): من 127 إلى 135. PMID 10778038.
32. أكازا، إتش، مي ياناجا ، إن، تاكاشيما، إن، نايتو، إس، هيراو، واي، تسوكاموتو، تي، فوجيوكا، تي، موري، إم، كيم، دبليو جي، سونج، جي إم، بانتوك، إيه جيه (فبراير 2004). " Comparisons of percent equol producers between prostate cancer patients and controls: case-controlled studies of

Japanese journal of clinical ". Korean and American residents،isoflavones in Japanese
2) 34 (oncology): من 86 إلى 89. doi:10.1093/10.1016/hyh015/jjco. PMID 15067102.
33. سونج، كيه بي؛ آتكينسون، سي، فرانكينفيلد، سي إل، جوكيلا، تي، واهالا، كيه، توماس، دبليو كيه، لامبي، جي دبليو (مارس 2006). " Prevalence of daidzein-metabolizing phenotypes differs between Caucasian and Korean American women and girls.". The Journal of nutrition 136 (5): من 1347 إلى 1351. PMID 16614428.
34. سيتشيل، كيه دي، براون، إن إم، ليديكينج-أولسين، إيه (ديسمبر 2002). " The clinical importance of the metabolite equol-a clue to the effectiveness of soy and its isoflavones.". The Journal of nutrition 132 (12): من 3577 إلى 3584. PMID 12468591.
35. جو، إيتش جيه، ووه، إس سي، شانج، أف دبليو، لينج، بي واي، تشو، كي إس، ووه، دبليو إتش (يوليو 2008). " Effect of intestinal production of equol on menopausal symptoms in women treated with soy isoflavones.". International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 102 (1): من 44 إلى 49. doi:10.1016/j.ijgo.2008.01.028. PMID 18395723.
36. أوتشي ياما، إس؛ أوينو تي، ماساكي كي، شيميزو إس، آسو تي، شيروتا تي (2007). " The cross-sectional study of the relationship between soy isoflavones،equol and the menopausal symptoms in Japanese women". J Jpn Menopause Soc 15: من 28 إلى 37.
37. آسو، تي (يوليو 2010). "Equol improves menopausal symptoms in Japanese women.". The Journal of nutrition 140 (7): S9-S1386. doi:10.3945/jn.109.118307. PMID 20484552.
38. جينكز، بي؛ إيواشيتا إس، ناكاجاوا واي، راجلاند كيه، لي جي، كارسون دبليو، أوينو تي، أوتشي ياما إس (2012). " A Pilot Study on The Effects of S-equol When Compared to Soy Isoflavones on Menopausal Hot Flash Frequency and other menopausal symptoms". J Women's Health: In Press.
39. أسو، تي، أوتشياما، إس، ماتسومورو، واي، تاجوتشي، إم، نوزاكي، إم، تاكاماتسو، كي، إيشيزوكا، بي، كوبوتا، تي، ميزونوما، أوتو، إتش (يناير 2012). " A natural S-equol supplement alleviates hot flushes and other menopausal symptoms in equol nonproducing postmenopausal Japanese women.". Journal of women's health (2002) 21 (1): 92–100. doi:10.1089/jwh.2011.2753. PMID 21992596.
40. يونيدا، تي، أوينو، تي، أوتشيما، إس (يوليو 2011). " S-equol and the fermented soy product SE5-OH containing S-equol similarly decrease ovariectomy-induced increase in rat tail skin temperature in an animal model of hot flushes.". Menopause (New York، N.Y.) 18 (7): 814–20. doi:10.1097/gme.0b013e318208fb0d. PMID 21451423.
41. فورنير إل آر، ريان بورتشيرز تي إيه، روبيسون إل إم، وآخرون (2007). " The effects of soy milk and isoflavone supplements on cognitive performance in healthy postmenopausal women". J Nutr Health Aging. 11 (2): 155–164. PMID 17435957.
42. كيربس إي، إنسرود كي، ماكدونالد آر، فيلت تي." Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms; a systematic review Obstet Gynecol 2004; 104: 824–36.
43. نيدرو إيه، ميلر جيه، ووكر إم، نيجرين بي، هوفمان إل إتش، نيلسون إتش دي، (2006). " Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review". Arch Intern Med 166 (14): 1453–65.
44. لونتوس إس، جونز آر إم، أنجوس بي دبليو، جو بي جيه. Acute liver failure associated with the use of herbal preparations containing black cohosh" Med J Aust 2003;179:390–1. كريبز إي، إنسرود كي، ماكدونالد آر، ويلت تي." Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms; a systematic review Obstet Gynecol 2004; 104: 824–36.

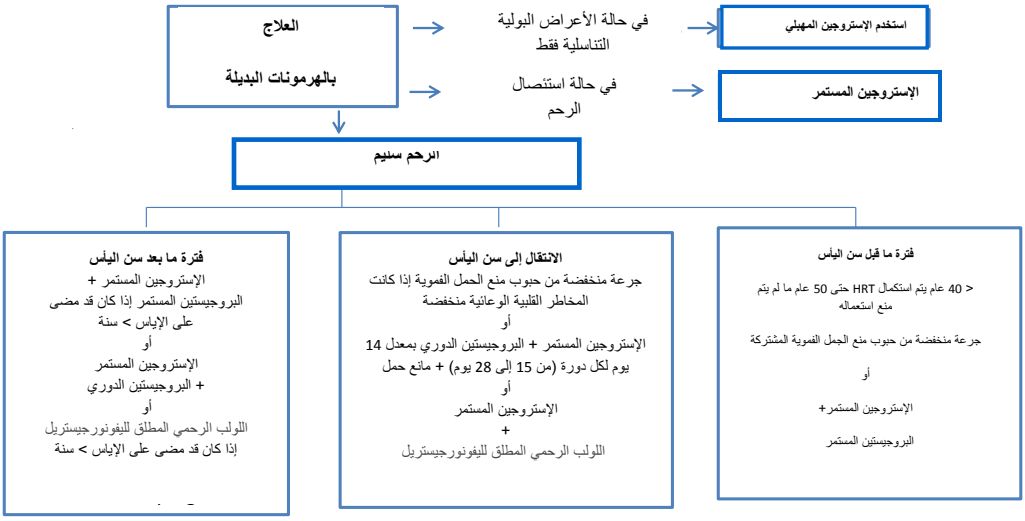
45. نيدرو إيه، ميلر جيه، ووكر إم، نيجرين بي، هوفمان إل إتش، نيلسون إتش دي، (2006). " Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review". Arch Intern Med 166 (14): 1453–65.
46. لونتوس إس، جونز آر إم، أنجوس بي دبليو، جو بي جيه. Acute liver failure associated with the use of herbal preparations containing black cohosh" Med J Aust 2003;179:390–1.
47. ديفيز في إل، جايو إم جيه، هو إيه، كوتلارتشيك إم بي، هاردي إم إل، فوستر دبليو جي، هوغز سي إل. Black cohosh increases metastatic mammary cancer in transgenic mice expressing c-erbB2.Cancer Res. 15 أكتوبر 2008; 68(20): 8377–83
48. جيلر، إس إي، شولمان، إل بي، فان بريمين، آر بي، بانفر، إس، زهو، واي، إيشتين، جي، هدايات، إس، نيكوليك، دي، كراوس، إي سي، بيرسين، سي إي، بولتون، جيه إل، بولي، جي إف، فارنسوورتس، إن آر (نوفمبر–ديسمبر 2009). " Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms: a randomized controlled trial.". Menopause (New York، N.Y.) 16 (6): 1156–66. doi:10.1097/gme.0b013e3181ace49b. PMC 2783540. PMID 19609225.
49. نيوتن، كي إم، ريد، إس دي، لاكرويكس، إيه زد، جروثوس، إل سي، إيرليتش، كي، جويلتنان، جيه (2006-12-19). " Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh، multibotanicals، soy، hormone therapy، or placebo: a randomized trial.". Annals of internal medicine 145 (12): 869–79. PMID 17179056.
50. ديفيز في إل، جايو إم جيه، هو إيه، كوتلارتشيك إم بي، هاردي إم إل، فوستر دبليو جي، هوغز سي إل. Black cohosh increases metastatic mammary cancer in transgenic mice expressing c-erbB2.Cancer Res. 15 أكتوبر 2008; 68(20): 8377–83
51. جيلر، إس إي، شولمان، إل بي، فان بريمين، آر بي، بانفر، إس، زهو، واي، إيشتين، جي، هدايات، إس، نيكوليك، دي، كراوس، إي سي، بيرسين، سي إي، بولتون، جيه إل، بولي، جي إف، فارنسوورتس، إن آر (نوفمبر –ديسمبر 2009). " Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms: a randomized controlled trial.". Menopause (New York، N.Y.) 16 (6): 1156–66. doi:10.1097/gme.0b013e3181ace49b. PMC 2783540. PMID 19609225.
52. نيوتن، كي إم، ريد، إس دي، لاكرويكس، إيه زد، جروثوس، إل سي، إيرليتش، كي، جويلتنان، جيه (2006-12-19). " Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh، multibotanicals، soy، hormone therapy، or placebo: a randomized trial.". Annals of internal medicine 145 (12): 869–79. PMID 17179056.
53. ويز جي إيه، كراني إيه، بيترسون جيه، بوتشر إم، شيه بي، ويلتش في، كويل دي، توجويل بي. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008، العدد 1. مقال. رقم: CD001155. doi:10.1002/14651858.CD001155.pub2
54. بيريز لوبيز إف آر، تشيدروي بي، جيلبيرت جيه جيه، بيريز رونسيرو جي (2009). " Cardiovascular risk in menopausal women and prevalent related co-morbid conditions: facing the post-Women's Health Initiative era.". Fertil Steril 92 (4): pp. 1171–1186. PMID 19700149.
55. ورشة عمل كابري التابعة إلى الجمعية الأوربية لعلم التكاثر البشري والأجنة (2011). " Perimenopausal risk factors and future health". تحديث التكاثر البشري 17 (5): 706–717. doi:10.1093/humupd/dmr020. PMID 21565809. edit
56. وينتريش، جيه، (أغسطس 2008). " Gender، medicine، and the menopausal body: How biology and culture influence women's experiences with menopause". بحث مقدم في الاجتماع السنوي للجمعية الاجتماعية الأمريكية، نيويورك. تم استرجاعه في 11 نوفمبر 2008 من Allacademic.com
57. جاونون إل، إيكستروم بي (1993). " Attitudes toward menopause: The influence of sociocultural paradigms". Psychology of Women Quarterly 17: 275–288.

58. أفيس إن، ستيلاتو آر، كراوفورد، برومبيرجر جيه، جان بي، كيان في، كوجاوا سينجر إم (2001). " Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic group". Social Science & Medicine 52 (3): 345–356. doi:10.1016/S0277-9536(00)00147-7.
59. مواز بي، دوتي إن، أنتونفسكي إيه، ويسينبوك إتش، (1970). "Female attitudes to menopause". Social Psychiatry 5: 35–40. doi:10.1007/BF01539794.
60. ستوتلاند إن إل (2002). "Menopause: Social expectations، women's realities". Archives of Women's Mental Health 5: 5–8. doi:10.1007/s007370200016.
61. ووكر إم إل (1995). "Menopause in female rhesus monkeys". Am J Primatol 35: 59–71. doi:10.1002/10.1350350106/ajp.
62. بودين، دي، إم ووليامز، دي دي (1985). Aging. Adv.Vet.Sci.Comp.Med. 28: 341–306
63. Books.Google.ca
64. مارش، إتش، وكوسويا، تي (1986). Evidence for Reproductive Senescence in Female Cetaceans. تقرير اللجنة الدولية لصيد الحيتان. 8: 57–74.
65. مكاوليف كي، وايت هيد إتش (2005). "Eusociality، menopause and information in matrilineal whales". Trends Ecol Evolution 20 (12): 650. doi:10.1016/j.tree.2005.09.003. PMID 16701451.
66. ريزنيك دي، بريانت إم، هولمز دي (يناير 2006). "The evolution of senescence and post-reproductive lifespan in guppies (Poecilia reticulata)". PLoS Biology 4 (1): e7. doi:10.1371/journal.pbio.0040007. PMC 1318473. PMID 16363919.
67. هيس، راشيل، وآخرون "Association of Lifestyle and Relationship Factors with Sexual Functioning of Women during Midlife (Clinical report)". (مايو 2009) Journal of Sexual Medicine.
68. Family planning; A global handbook for providers (منظمة الصحة العالمية، جامعة جونز هوبكنز)، تحديث 2011.
69. Contraception for women aged over 40 years; clinical effectiveness unit، الزمالة البريطانية لأطباء أمراض النساء والتوليد، يوليو 2010.
70. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use، الطبعة الرابعة 2009، منظمة الصحة العالمية.
71. هيس، راشيل، وآخرون "Association of Lifestyle and Relationship Factors with Sexual Functioning of Women during Midlife (Clinical report)". (مايو 2009) Journal of Sexual Medicine
72. NWHN، الشبكة القومية لصحة المرأة

ملحق 1: خوارزمية معالجة سن اليأس



ملحق 2: خوارزمية العلاج بالهرمونات البديلة



حالات خاصة

مخاطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية: تجنب استخدام HRT في حالة وجود مخاطر إصابة متعددة ويتم استخدام لاصقة الإستروجين إذا كان لا يوجد خيارات أخرى.

الخثار الوريدي العميق (DVT) /أهبة التخثر: قيم المخاطر الأساسية والتاريخ المرضي للأسرة وحالات الإصابة السابقة بالخثار

السرطان: يمنع استعمال HRT إذا كانت هناك إصابة بسرطان الثدي أو سرطان بطانة الرحم

ملحق 3: قائمة تقييم الأداء

- تقييم عرض أعراض سن اليأس. الطبيعي عند المرأة التي في سن يتراوح بين 45 و55 عامًا. سن اليأس المبكر عند ظهور الأعراض لمن هي أصغر من 40 عامًا. التعرف على أسباب سن اليأس المبكر
- السجل السريري وتحديد عوامل مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية والتدخين وغيرها من الأمراض المحتملة.
- التقييم البدني: الوزن وتحديد مؤشر كتلة الجسم، ضغط الدم، فحص الصدر.
- الفحوصات المختبرية: لطاخة بابا نيكولا، صورة الثدي الشعاعية، الكوليسترول والدهون، جلوكوز الدم
- استشارة حول: التغيرات المتوقعة أثناء سن اليأس وآليات التلاؤم، التغذية، ممارسة التمرينات، علاج الوزن
- خيارات العلاج:
  - أعراض سن اليأس الشديدة التي تتداخل مع الأنشطة اليومية.

  - دراسة العلاج بالهرمونات البديلة (HRT)
    - بريمبرو منخفض الجرعة (إستروجين خيلي مقترن 0.3 مجم وميدروكسي بروجستيرون 1.5 مجم)
  - دراسة بدائل العلاج بالهرمونات البديلة:
    - فينلافاكسين 37.5- جرام/مرتين يوميا أو
    - فلوكسيتين 25 مجم/اليوم (لا يستخدم مع التاموكسيفين) أو
    - جابابنتين من 200 إلى 1600 مجم/اليوم
- الوقاية من أمراض جهاز القلب والدوران:
  - لا توجد مخاطر للإصابة بأمراض جهاز القلب والدوران: ينصح بممارسة التمرينات، تناول فيتامين د والكالسيوم
  - مخاطر الإصابة بأمراض جهاز القلب والدوران: بالإضافة إلى فيتامين د والكالسيوم
    - العلاج بالهرمونات البديلة
    - البايفوسفونيت، _رالوكسيفين
- منع الحمل. لا يعد HRT مانعًا من موانع الحمل، لذا هناك ضرورة لاستخدام وسائل أخرى لمدة لا تقل عن 12 شهرًا من آخر فترة حيض (الشكل 2)
- المتابعة كل 6 أشهر أو أقل عند حدوث نزف أو ظهور أعراض أخرى.

ملحق 4: تمرينات اللياقة البدنية العامة والمرونة بالنسبة سن اليأس

ينصح بممارسة التمرينات الخفيفة التي تعزز الحركة والمرونة والاسترخاء وفي الوقت نفسه تقلل من التوتر والألم وتساعد المرأة التي في سن اليأس. ممارسة التمرينات بانتظام تزيد عادة من النشاط والطاقة. استخدام السلالم متى أمكن وزيادة فترة المشي اليومية يعدان من أفضل التمرينات

التنفس العميق من البطن

يساعد هذا التنفس على الاسترخاء العميق وزيادة الطاقة والتحكم في الضغط: أخبر المرأة بأن تستلقي على الظهر مع سحب الركبتين للحفاظ على القدمين منعزلتين إلى حد ما. استنشاق الهواء بعمق عن طريق الأنف مما يسمح للمعدة بالاسترخاء. تنتفخ المعدة أثناء الشهيق. تخيل ملء الجسم بالطاقة أثناء الاستنشاق. أثناء الشهيق، تخيل دفع الهواء من أسفل الرئتين لأعلى

مرونة المفاصل

تحسين نطاق الحركة والمرونة لجميع المفاصل من شأنه أن يعالج التوتر والألم الشائعين عندما تصل المرأة إلى سن اليأس.

باستثناء التمرين الأخير، تؤدى التمرينات التالية على الترتيب أثناء الجلوس على الأرضية وبسط الساقين للأمام.

- الأصابع - وضع اليدين على الجانبين وثني الأصابع 10 مرات.
- الكاحلان - لف الكاحلين في كل اتجاه 10 مرات مع تثبيت العقبين على الأرضية.
- الركبتان - ثني الساق اليمنى وتقريب العقب من الألية. ثم القيام برفع الساق اليمنى وبسط الركبة اليمنى، تكرر هذه العملية 10 مرات. ثم تكرر هذه العملية مع الساق اليسرى والركبة اليسرى 10 مرات. وبعد ذلك، القيام بتقريب الفخذ من الجسم وتدوير الجزء السفلي من الساق والكاحل 10 مرات في اتجاه عقارب الساعة و10 مرات عكس اتجاه عقارب الساعة.
- الوركان – ثني الساق اليسرى ووضع القدم اليسرى على الفخذ الأيمن. إمساك الركبة اليسرى باليد اليسرى والكاحل الأيسر باليد اليمنى. تحريك الركبة برفق لأعلى ولأسفل باستخدام اليد اليسرى، وتكرير هذه العملية مع الساق اليمنى. الآن القيام بتدوير الركبة اليسرى 10 مرات في اتجاه عقارب الساعة ثم 10 مرات عكس اتجاه عقارب الساعة. يحسن هذا من مرونة الوركين. تكرير ذلك مع الركبة اليمنى. أيضًا بالنسبة لمرونة الوركين، القيام بتقريب أخمصي القدمين من بعضهما وتقريب الكاحلين من الجسم. باستخدام اليدين، القيام بضغط الركبتين على الأرضية وتركهما للعودة لوضعهما مرة أخرى. تكرير 10 مرات.
- الأصابع – رفع الذراعين إلى مستوى الكتفين. جعل الذراعين مستقيمين وفتح اليدين. ثني الأصابع وغلقها بأصابع الإبهام. تكرير 10 مرات.
- الرسغان – ثني الرسغين وبسطهما، تكرير 10 مرات. تدوير الرسغين 10 مرات في اتجاه عقارب الساعة و10 مرات عكس اتجاه عقارب الساعة. والآن رفع اليد وهي منبسطة وتحريكها من جانب لآخر على الرسغ. تكرير 10 مرات.
- الكوعان – رفع الذراعين إلى مستوى الكتفين مع جعل راحتي اليدين تتجهان لأعلى. ثني الذراعين من منطقة الكوعين ولمس الكتفين بالأصابع ثم بسط الذراعين مرة أخرى. تكرير هذه العملية 10 مرات مع بسط الذراعين للأمام ثم تكريرها مع بسطهما للجانبين.

- الكتفان – مع ثني الذراعين ولمس الكتفين بأطراف الأصابع، يتم تحريك الكوعين حركة دائرية. تكرير هذه العملية 10 مرات في اتجاه عقارب الساعة و10 مرات عكس اتجاه عقارب الساعة.

- العمود الفقري – مع بسط الساقين للأمام، القيام بالانحناء ولمس الساقين دون ثني الركبتين. تكرير 20 مرة.

- الخصر – النهوض في وضع واقف مع الانحاء ببطء ولمس أصابع القدمين، الانحناء يكون من عند الخصر. محاولة جعل الركبتين مستقيمتين. تكرير 10 مرات. البقاء في وضع واقف وبسط الساقين بعيدًا عن بعضهما مسافة 2 قدم. الانحناء من عند الخصر ناحية اليسار أولا ورفع الذراع الأيمن فوق الرأس، تكرير 5 مرات. ثم تكرير هذه العملية بالانحناء جهة اليمين ورفع الذراع الأيسر فوق الرأس.

<u>تحرير توتر العضلات، زيادة مستوى الطاقة</u>

- الساقان والحوض – الوقوف مع إبعاد الساقين عن بعضهما مسافة 2 قدم وتصويب القدمين بزاوية مقبولة. ثني الركبتين ببطء وخفض الأليتين. وفي النهاية ينبغي خفض الركبتين قدر الإمكان. التحرك لأعلى ولأسفل 10 مرات.

- الساقان والحوض – الوقوف مع إبعاد الساقين عن بعضهما مسافة 2 قدم وجعل القدمين متجهين لأعلى. تحريك الحوض للأمام والخلف. تكرير 10 مرات.

- الساقان والحوض – من نفس الوضع، القيام بتحريك الوركين والحوض من جانب لآخر. تحريك الجذع والذراعين في الاتجاه المقابل، كما لو كنتي ترقصين.

- الجسم بأكمله – القفز لأعلى ولأسفل في نفس المكان لعدة دقائق. ترك الذراعين يتحركا بحرية. هز الرسغين ورفع الذراعين فوق الرأس،مع القفز لتحرير التوتر الموجود بالكتفين والذراعين.

- الكتفان، الرقبة، الجذع – الجلوس مع بسط الساقين للأمام. رفع الذراعين إلى مستوى الكتفين، مع ثنيهما من منطقة الكوعين. وضع اليدين على الكتفين وجعل الأصابع للأمام والإبهام للخلف. لف الكوعين والرأس والرقبة لليسار ثم إلى اليمين. تكرير 10 مرات. التأكد من تحريك الجذع بالكامل مع الكتفين والذراعين. ثم تحريك الكتفين حركة دائرية للأمام 10 مرات. تكرير هذه الحركة الدائرية للخلف 10 مرات، مع اتباع الجذع للكتفين لتحقيق انسيابية الحركة.

- الرقبة والرأس – البقاء في موضع الجلوس والقيام بثني الرقبة للخلف حتى ينظر الوجه للسقف. تكرير ببطء 10 مرات. ثم لف الرأس من جانب لآخر (من اليسار إلى اليمين). تكرير 10 مرات.

- العينان – من وضع الجلوس، انظر للأمام. ثم رفع العينين ببطء لأعلى ولأسفل ثم من جانب لآخر. تكرير 10 مرات.

ملحق 5: عوامل الخطورة المؤدية للإصابة سرطان الثدي

توجد عدة عوامل خطورة تزيد من فرص إصابة المرأة بسرطان الثدي.

- السن - أكثر شيوعًا عند النساء فوق 50 عامًا.
- تاريخ العائلة الطبي - إذا تعرضت أم المرأة أو أختها للمرض قبل سن اليأس، وأحيانًا ما يرتبط بجين أو جينين لهما علاقة بسرطان الثدي.
- سرطان الثدي سابق
- حالات اصابة بسرطان المبيض في تاريخ العائلة الطبي

- سن الحمل - النساء اللاتي ليس لديهن أطفال أو أنجبن أول مولود لهن بعد سن 30 عاماً.
- سن الحيض - بدء الدورة الشهرية في سن مبكرة (أقل من 12 عامًا).
- تأخر سن اليأس (أكثر من 55 عامًا) يزيد من مخاطر الإصابة بسرطان الثدي.
- تقول أبحاث حديثة أن المرأة التي تبدأ التدخين المنتظم خلال 5 أعوام من بدء الدورة الشهرية تكون احتمالية إصابتها بسرطان الثدي قبل سن 50 عامًا أكبر بنسبة 70% من غير المدخنات.
- وجود كثافة في أنسجة الثدي.
- العلاج الإشعاعي للصدر خاصة قبل سن 30 عامًا.
- إلى حد ما، تزيد موانع الحمل الفموية من مخاطر الإصابة وذلك إذا استخدمت لعدة سنوات.
- السمنة التي يصاحبها تناول مفرط للدهون والسعرات الحرارية.
- يساهم تناول الكحول في زيادة مخاطر الإصابة بسرطان الثدي.

اسماء اعضاء لجنة اعداد دليل عمل سن الياس لمراكز الرعاية الصحية الاولية :-

-د. منى عطا الله / وزارة الصحة العراقية .

. -د. شيماء محمد / وزارة الصحة العراقية

. -د.ايناس الحمداني / وزارة الصحة العراقية

. -د.حليمة ياسر الموسوي / وزارة الصحة العراقية

. -د.بشرى ابراهيم / وزارة الصحة العراقية

. -د.بان عبدالرضا / وزارة الصحة العراقية

.-د.قبس خزعل مهدي / دائرة صحة الكرخ

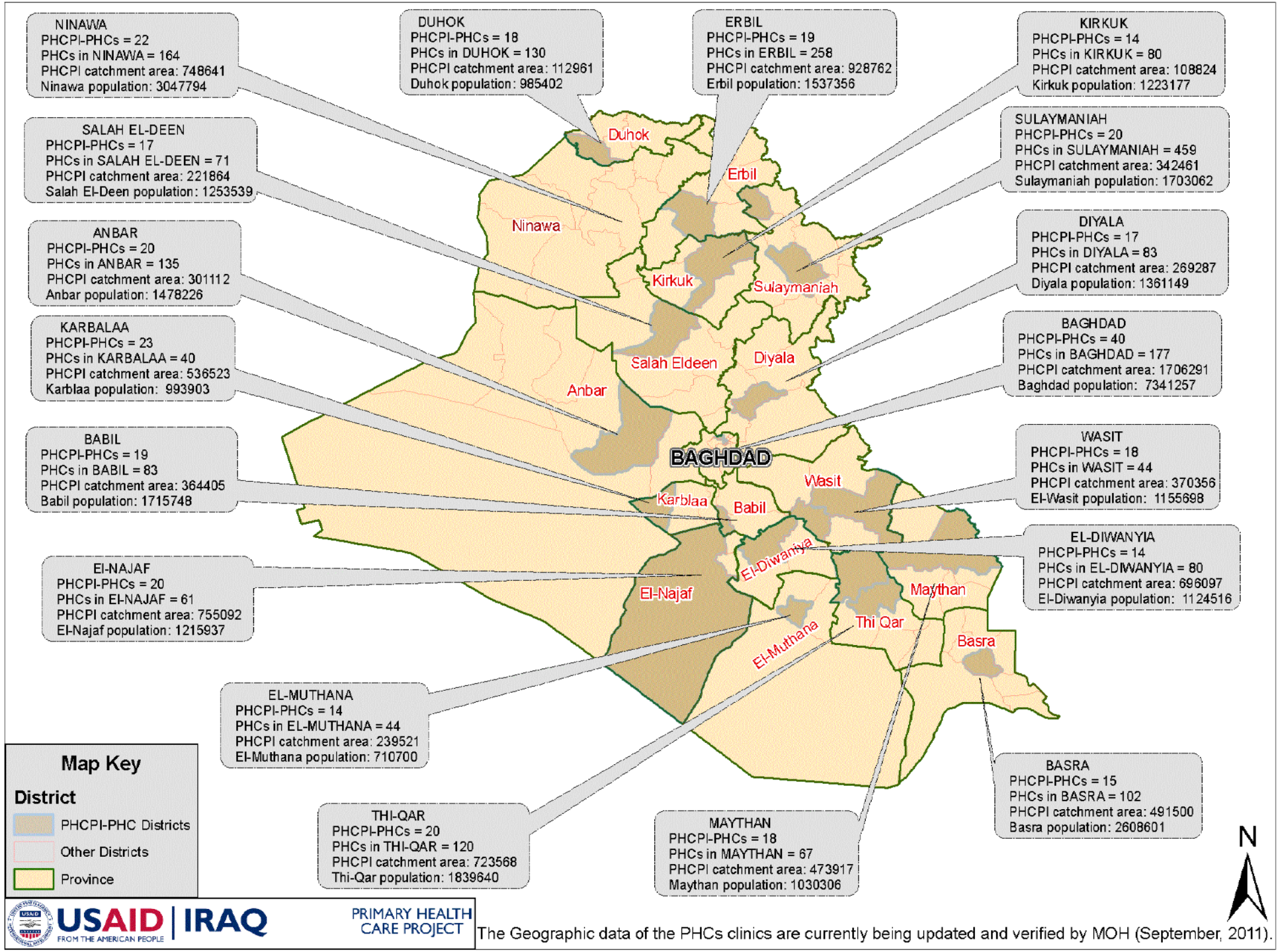
.-د.طارق جاسم محمد/ دائرة صحة الكرخ

د.تغريد خليل الحيدري/ جامعة بغداد –كلية طب الكندي .

د.لجين انور / جامعة بغداد –كلية طب الكندي.

. د.احلام كاظم / مشروع الرعاية الصحية الاولية .

PHCPI-PHCs population mapped to IRAQ population



USAID | IRAQ
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

The Geographic data of the PHCs clinics are currently being updated and verified by MOH (September, 2011).

U.S. Agency for International Development
Primary Health Care Project In Iraq
http://phciraq.org/
www.usaid.gov