

Breytingaskeið¹ kvenna og hormóna „MEÐFERÐ“

Nokkur umræða hófst hér á landi í sumar og haust eftir að stjórnendur bandarískrar rannsóknar á áhrifum þess að nota tíðahvarahormón ákváðu að stöðva hluta rannsóknarinnar. Eftir fimm ár bentu niðurstöður rannsóknarinnar til þess að konur sem tóku inn samsett hormón (estrógen og prógesterón) voru í aukinni hættu á að fá hjarta- og æðasjúkdóma, heila-áfall, brjóstakrabbamein og blóðtappa miðað við konur sem tóku inn lyfleysu (Working Group for the Women's Health Initiative, 2002). Þessi rannsókn hófst árið 1993 og er studd af bandarískum heilbrigðisyfirvöldum (the National Institute of Health (NIH)) og kallast rannsóknin the Women's Health Initiative (WHI) sem mætti þýða sem frumkvöðull í heilbrigði kvenna. Þátttakendur í rannsókninni eru af mismunandi kynþáttum og var þeim skipt í hópa þar sem einn hópur tók hormónið estrógen eingöngu (ERT), annar hópur tók samsett hormón (HRT) og þriðji hópurinn fékk lyfleysu. Heildarmarkmið rannsóknarinnar er að skilgreina kosti og galla hinna ýmsu aðgerða sem hugsanlega geta dregið úr tíðni hjarta- og æðasjúkdóma, brjóstakrabbameins, ristilkrabbameins, beinþynningar og beinbrota o.fl. Miklar vonir hafa verið bundnar við þessa rannsókn þar sem um er að ræða viðamestu slembivöldu, tvíblindu rannsóknina til þessa á notkun tíðahvarfahormóna. Sá hluti rannsóknarinnar, sem var stöðvaður, náði til tæplega 17 þúsund kvenna. Þær voru allar skilgreindar heilbrigðar og höfðu ekki farið í legnám. Um helmingur þeirra (8506 konur) tók inn samsett hormón en hinar lyfleysu. Niðurstöður voru, eins og að ofan greinir, þær að áhættan var greind það mikil að rannsóknin var stöðvuð. Sá hluti rannsóknarinnar, sem snýr að konum sem höfðu farið í legnám og tóku einungis inn estrógen, var ekki stöðvaður.

Að mínu mati var þetta stórfrétt. Miklar vonir hafa verið bundnar við þessa rannsókn og áttu fyrstu niðurstöður að birtast árið 2005. Að rannsóknin skyldi stöðvuð var nokkuð sem enginn hafði búist við. Ég heyrði af þessu í fréttum í útvarpi og sá svo smáumfjöllun í Morgunblaðinu. Í samskiptahópi, sem ég er í á netinu, hófust hins vegar miklar umræður en í þeim hópi eru rannsakenndur sem skoða rannsóknir á tíðahring kvenna út frá gagnrýnu sjónarhorni. Þar eru fræðimenn og fagfólk sem

starfar með konum (læknar, hjúkrunarfræðingar, sálfræðingar og fl.) sem í mörg ár hafa varað við því að þekking sé ekki næg til að standa undir svo útbreiddri notkun á hormónum um tíðahvörf eins og gert er. Í ljósi vægis rannsóknarinnar, sem fyrr er getið, bjóst ég við meiri almennri umfjöllun þegar þessar niðurstöður voru ljósar. Í þeim tilgangi að hvetja til umræðna var ég með erindi á ráðstefnu um íslenskar kvenna- og kynjarannsóknir í Háskóla Íslands 5. okt. sl. og ákvað að rita þessa grein. Fleiri hafa augljóslega ekki verið sáttir við þá litlu umræðu sem fram fór hérlendis því 10. október sl. birtist á heimasíðu landlæknis (www.landlaeknir.is) tilmæli til lækna um meðferð kvenna með samsettum tíðahvarfahormónum og í framhaldi af því varð nokkur opinber umræða hér.

Í þessari grein leitast ég við að gera grein fyrir hormónameðferð, sögu meðferðarinnar og hvenær konum er ráðlagt að nýta sér hormón. Jafnframt bendi ég á hvar hægt er að nálgast nýjustu rannsóknir á atriðum sem ná út fyrir þessa umfjöllun. Óumdeilanlegt er að hjúkrunarfræðingar, í heilsugæslu og sjúkragæslu, hafa mikil afskipti af konum á miðjum aldri og því mikilvægt að þeir þekki þessa umræðu.

Upphaf tíðahvarfahormónameðferðar

Árið 1923 var ‚eggjastokkahormón‘ einangrað í fyrsta sinn, árið 1926 kom það fyrst á markað og árið 1932 var fyrst fjallað um notkun estrógena til að meðhöndla einkenni breytingaskeiðsins (Wilbush, 1979). Það var þó ekki fyrr en á síðari hluta fjórða áratugarins, eftir að tilbúin (synthetic) estrógen komu fram á sjónarsviðið, að notkun þeirra jókst talsvert enda



Herdís Sveinsdóttir lauk doktorsprófi árið 2000 frá háskólanum í Umeå í Svíþjóð og er nú formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og dósent við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

¹ Ég nota orðið breytingaskeið nokkuð frjálst eða yfir það tímabil í lífi kvenna þegar blæðingar fara að verða óreglulegar, mismiklar að magni, einkenni fara að gera vart við sig og þar til konan sjálf telur þessu tímabili lokið. Þetta geta verið nokkrar vikur, mánuðir eða ár og sumar konur segjast aldrei fara á breytingaskeiðið, þær hætta bara að hafa blæðingar. Yfir það nota ég orðið tíðahvörf. Sagt er að tíðahvörf séu orðin þegar eitt ár er liðið frá síðustu blæðingum.

ódyrari í framleiðslu (Lewis, 1993) Árið 1966 varð svo sprengja í Bandaríkjunum á notkun estrógena við tíðahvörf samfara útkomu metsölubókarinnar *Feminine forever* eftir bandaríska kvensjúkdómalækninn Robert Wilson. Segja má að bók Wilsons hafi fært í orð hugmyndafræðilegan grunn tíðahvarfahormónameðferðar sem ríkir enn í dag, sem er að tíðahvörf séu hörgulsjúkdómur. Wilson lagði áherslu á að konan gæti verið kvenleg ævilangt, að hægt væri að skjóta elli kerlingu ref fyrir rass með því að taka inn estrógen. Að fjalla um tíðahvörf sem hörgulsjúkdóm og að geta „selt“ þá hugmynd að lyf viðhaldi unglegu útliti og kvenleika byggist á hugmyndum sem höfðu fest rætur löngu áður, þ.e. að efni (hormón), sem líkaminn byggir til sjálfur og væru að öllu jöfnu ætlað að viðhalda innra jafnvægi líkamans, væru einnig ráðandi í mótun kvenleika og karlmennsku. Þannig er ávallt talað um kvenhormón og karlhormón þó vissulega framleiði karlar estrógen og konur testósterón (sjá Roberts, 2002, og Laquer, 1990, um frekari umfjöllun um sögu hormónafræðinnar og áhrif á kynferði).

Því miður reyndist ekki einfalt að viðhalda æsku og vellíðan. Árin 1975 og 1976 birtust fjórar greinar í hinu virta lækna-tímariti *New England Journal of Medicine* sem tengdu estrógenmeðferð við krabbamein í legbol (Smith, Pentice, Donovan og Herrmann, 1975; Ziel og Finkle, 1975; Mack o.fl. 1976; Weiss, Szekely og Austin, 1976). Áhrif þeirra voru að konur og læknar voru skilin eftir ráðþrota um hvað væri best að gera ef einkenni gerðu vart við sig. Ráðstefna á vegum NIH í Bandaríkjunum, sem haldin var árið 1979, komst að þeirri niðurstöðu að estrógenmeðferð gagnaðist einungis til að draga úr hita- og svitakófum og gegn einkennum samfara þynningu slímhúðar í leggöngum (Pearson o.fl., 2002).

Sjúkdómshugmyndir tíðahvarfa

Ljóst er þó að sjúkdómshugmyndir breytingaskeiðisins var farin að spíra meðal leikra og lærðra. Með sjúkdómshugmyndingu á ég við að hugmyndafræði hins líffræðilega líkans hafði náð að festa sig í sessi. Hið líffræðilega líkan, í einfaldaðri mynd, gengur út frá því að skortur á einhverju ákveðnu efni leiði til einhvers, svo sem ákveðinna einkenna eða sjúkdóms, og sé frávik frá eðlilegu ferli. Afleiðingar skorts eru yfirleitt þær sömu hjá ólíkum einstaklingum og óháðar félagslegu og menningarlegu umhverfi. Í hinu líffræðilega líkani breytingaskeiðisins er gengið út frá að estrógen hafi meginhlutverki að gegna og umræðan öll er mjög sjúkdómatengd. Með því að bæta konum estrógen á að vera hægt að koma í veg fyrir ýmis einkenni sem tengd hafa verið breytingaskeiði kvenna. Þannig er breytingaskeiðinu líkt við hörgulsjúkdóm líkt og er í sykursýki eða við skort á thyroxíni. Þessu viðhorfi til stuðnings er m.a. bent á að um þarsíðustu aldamót hafi meðalaldur kvenna verið rúmlega 50 ár en sé nú vel yfir 70 ár. Konum hafi hreinlega ekki verið ætlað að lifa lengur en fram að lokum frjósemissskeiðs. Nú lifi konur hins vegar þriðjung ævinnar að loknum tíðahvörfum og því sé mikilvægt að meðhöndla estrógenskortinn.

Þessari sýn á miðaldra konur, og jafnvel á konur frá rúmlega þrítugu, þ.e. að líffræði þeirra sé frá náttúrunnar hendi gölluð, hefur verið hafnað. Í ræðu og riti hefur verið bent á að hjá miklum meirihluta kvenna gangi tíðahvörfin yfir áfallalaust. Bent er á að það séu aðrar ástæður en tíðahvörf sem ráði langlífi, t.d. mæðradauði, sóttsjúkdómar, skortur á hreinlæti o.fl. Það hafi ávallt verið til konur sem lifðu löngu og góðu lífi, það sé ekkert nýtt (sjá frekari umfjöllun í Derry, 2002; Pearson o.fl., 2002; Lorber, 1997; Ussher, 1997). Femínistar hafa líka bent á þá sögulegu tilhneigingu að sjúkdómshugmynd og meðhöndla kropp kvenna. Á nítjándu öld er að finna ótal dæmi um á hvern hátt frjósemissskeið kvenna og kynhvöt var sjúkdómshugmynd (sjá Herdís Sveinsdóttir, 1998). Tíðahvörfin hafa ekki farið varhluta af því. Tíðahvörf voru tilgreindur sjúkdómur í greiningabók geðlækna (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) til ársins 1980 að greiningin var felld niður. Fram til þess tíma var það viðtekin trú að tíðahvörfin væru orsök alvarlegra geðsjúkdóma. Sálgreinikenningar hvöttu jafnframt til þess að líta þannig á að tíðahvörf yllu geðsjúkdómum, en kenningararnar gengu sumar út á að við tíðahvörf syrgðu konur missi á kvenleika og frjósemi (Ussher, 1997).

Gagnrýni á hormónameðferð hefur beinst að því að skoða þurfi af gaumgæfni rannsóknir og þekkingu sem til staðar er áður en farið er að meðhöndla stóra hópa kvenna (fólks). En hversu algeng er notkun á tíðahvarfahormónum og hver er þekktur árangur hormónameðferðar?

Algengi tíðahvarfahormónameðferðar

Þær niðurstöður, að estrógenmeðferð leiði til aukins krabbameins í legi, urðu ekki til þess að horfið væri frá hugmyndum um að tíðahvörf væru í raun hörgulsjúkdómur. Rannsóknir héldu áfram og nú á áhrifum samsettrar meðferðar, þ.e. prógesteróni var bætt saman við estrógenið. Á 9. áratug síðustu aldar bentu ýmsar faraldursfræðilegar rannsóknir til þess að hættan á legkrabbameini, sem er til staðar við gjöf á estrógeni einu og sér, væri hverfandi þegar prógesteróni væri bætt við (Wysowski o.fl., 1995). Hægt og rólega jókst samsett hormónameðferð fram eftir níunda áratugnum. Á Íslandi fjórfaldaðist sala hormóna frá 1985 til 1995 og hlutfall 50-55 ára kvenna, sem tóku hormón, jókst úr 10% í 50% á sama tímabili. Að öllu jöfnu taka konur hormón inn í eitt til tvö ár og innan við þriðjungur þeirra í 5 ár eða lengur (Jón Hersir Elíasson o.fl., 1998). Í Bandaríkjunum nota u.þ.b. 38% kvenna, sem komnar eru á tíðahvörf, hormón (Keating o.fl., 1999). Þar er estrógen (Premarin) næstmest selda lyfið en árið 2000 voru 46 milljónir lyfseðla gefnir út á Premarin, og á Prempro, sem er samsett af estrógeni og prógesteróni, voru gefnir út 22,3 milljónir lyfjaávisana (Kreling o.fl., 2001). Í Frakklandi er algengi hormónameðferðar 55% og á Spáni 15% (Schneider, 1997). Á Nýja-Sjálandi hafa 32% kvenna á aldrinum 45-64 ára einhvern tíma tekið inn tíðahvarfahormón (North og Sharples, 2001) og jókst taka hormóna þar frá 19% upp í 32% á árunum 1991 til

1997. Japanar sker sig nokkuð úr öðrum þjóðum en þar taka einungis 4% kvenna tíðahvarfahormón (Nagata o.fl., 1996)

Það er athyglisvert að þar sem borin er saman notkun kvenkynslækna á tíðahvarfahormónum við aðrar konur þá eru lækarnir líklegri til að nota tíðahvarfahormón. Þetta á við um Bretland (Isaacs o.fl., 1995), Bandaríkin (McNagney o.fl., 1997) og Svíþjóð (Anderson o.fl., 1996). Í Svíþjóð og Bandaríkjunum eru kvenkynskvensjúkdómalæknar jafnframt líklegri til að taka inn tíðahvarfahormón en almennir kvenkynslæknar.

Markmið og árangur hormónameðferðar

Segja má að markmið hormónameðferðar sé tvíþætt, annars vegar að slá á einkenni, sem þegar eru til staðar, og hins vegar til að fyrirbyggja ýmsa sjúkdóma.

Notkun hormónna til að losna við einkenni

Fjölmörg einkenni eru oft nefnd til þegar fjallað er um breytingaskeiðið. Þau helstu eru hita- og svitakóf, vandamál frá þvagfærum, þunglyndi, kvíði, spenna, svefnleysi, skortur á einbeitingu, úthaldsleysi, minnistap og kynlífsvandí. Vert er að hafa í huga að sum þessara einkenna, eins og svefnleysi og úthaldsleysi, geta verið fylgifyskar hitakófa og önnur tengjast öldrun. Öll þessi einkenni og fleiri til finnast hjá báðum kynjum og á öllum aldri.

Fjöldi rannsókna hefur sýnt að hita- og svitakóf og óþægindi í leggöngum samfara þynningu á slímhúð minnka við hormónameðferð (Groeneveld o.fl., 1995; Budge o.fl., 2000). Jafnframt hafa þessi einkenni, þegar þau verða virkilega slæm, áhrif á almenna vellíðan konunnar. Í vestrænum löndum finna allt að 60-80% kvenna á breytingaskeiði fyrir hita- og svitakófum að einhverju marki (Samsioe, 1995). Hjá meirihluta þeirra hafa þau ekki nein meiriháttar áhrif á heilsu eða heilbrigðishegðan (Avis og McKinlay, 1995). Hjá allt að 25% þeirra kvenna, sem finna til kófa, geta þau þó varað fimm ár eða lengur og í sumum tilvikum haft slæm áhrif á allt líf konunnar (Samsioe, 1995). Það eru þó athyglisvert að það eru aðallega rannsóknir frá vestrænum löndum þar sem hitakóf eru svo algeng. Í þekktri rannsókn meðal ákveðinna þjóðflokka í Mexíkó kom fram að konur þekktu ekki hugtakið hitakóf og var það rakið til þess að við tíðahvörf fá konur bættu stöðu í samfélaginu auk þess að lifnaðarhættir og mataræði er allt annað en hjá vestrænum konum (Beyene, 1986). Rannsóknir frá Japan (Locke, 1993) og Indónesíu (Flint og Samil, 1990) hafa enn fremur sýnt að þar eru hita- og svitakóf mun fátíðari en í Bandaríkjunum t.d. Í ljósi þessa er ágætt að hafa í huga að „ef það er til einn ákveðinn þáttur sem hefur áhrif á reynslu kvenna af breytingaskeiðinu, þá eru það viðhorf þess samfélags sem þær búa í“ (Davis, 1993, bls.3).

Vandi frá leggöngnum verður algengari með hærri aldri. Helstu einkenni eru kláði, sviði, útferð, óþægindi við kynlíf og ýmis þvagvandamál. Hormónameðferð hefur áhrif á þessi einkenni. Rannsóknir hafa ekki sýnt að hormónameðferð hafi áhrif á önnur þau einkenni sem talin voru hér að framan. Þó

má nefna að þegar t.d. svefnleysi og þreyta eru fylgifyskar hita- og svitakófa minnka þau einkenni jafnframt við hormónameðferð og meðferðin bætir þannig líðan.

Notkun hormónna í fyrirbyggjandi tilgangi

Á undanförunum árum hefur fjöldi rannsækenda leitast við að sýna áhrif hormónameðferðar til að koma í vega fyrir hjartaáföll, hægja á beinþynningu, fækka beinbrotum og varna ótímabæru minnistapi. Í heildina hafa niðurstöður ekki sýnt óyggjandi árangur af meðferð. En hvað segja rannsóknirnar og hvað ræður tilkomu kenninga um ágæti hormónameðferðar í ofangreindum tilgangi?

Hjartasjúkdómar

Í flestum vestrænum löndum eru hjartasjúkdómar ein helsta dánarorsök kvenna auk þess að vera ein helsta ástæða örorku (disability). Á Íslandi eru hjarta- og æðasjúkdómar og krabba-mein helstu dánarorsakir beggja kynja. Dauðsföll vegna hjartasjúkdóma eru þó algengari hjá körlum fram á miðjan aldur en eftir tíðahvörf hjá konum dregur saman með kynjunum (sjá töflu 1). Það hefur því legið beint við að álykta að estrógen væri verndandi fyrir konur og að kanna þá tilgátu að gjöf á estrógeni eftir tíðahvörf veitti vörn gegn hjartasjúkdómum. Vörn estrógens er talin felast í mörgum þáttum, m.a. dregur það úr styrk „low-density“ lípópróteina og eykur styrk „high-density“ lípópróteina (sjá Mendelson og Karas, 1999 um hvernig estrógen er talið vernda hjarta- og æðakerfið). Fyrstu rannsóknir á ágæti estrógenmeðferðar til að fyrirbyggja hjartasjúkdóma bentu einnig til þess að svo væri. Stórar þverskurðarrannsóknir og langtímarannsóknir á konum, þar sem bornar voru saman konur sem tóku inn hormón og aðrar sem tóku þau ekki, sýndu ótvírætt jákvæða niðurstöðu. Rannsakendur greindu frá fækkun dauðsfalla af völdum hjartasjúkdóma og að hjartasjúkdómar væru fátíðari í þeim hópi kvenna sem tók inn hormón en hinum (Stampfer o.fl., 1991; Grodstein o.fl., 1997). Með þessar jákvæðu vísbendingar í huga hefur konum verið ráðlagt að taka hormón inn til að fyrirbyggja hjartasjúkdóma. Hérlandis eru nokkur dæmi þess (sjá töflu 2).

Tafla 1. Fjöldi karla og kvenna 69 ára og eldri sem létust af völdum hjarta- og æðasjúkdóma árið 1998.

| | Konur | Karlar |
|-----------------|-------|--------|
| 69 ára og yngri | 18 | 63 |
| 70 ára – 79 ára | 34 | 77 |
| 80 ára – 84 ára | 48 | 48 |
| 85 ára og eldri | 119 | 78 |

Ofangreindar rannsóknir voru ekki taldar gefa nægilega óyggjandi niðurstöður um ágæti hormónameðferðar vegna þess að ekki var um slembivaldar, tvíblindar rannsóknir að ræða. Þannig skiptir miklu máli að skoða betur hvað skilgrein-

ir þann hóp kvenna sem er tilbúin til að fara í langtíma meðferð án þess að finna til einkenna. Er ekki sá hópur líklegri til að beita öðrum heilsuverndandi og hvetjandi aðferðum líka? Getur ekki verið að þær konur séu hreinlega heilbrigðari fyrir? Konum með þekkt hjartasjúkdóma eða æðasjúkdóma í ættinni er síður ráðlagt að taka hormón vegna meiri hættu á blóðtappa og hærri blóðþrýstingi og það hefur að sjálfsgöðu áhrif á niðurstöður. Hormónamedferð er dýr þannig að efnaðri konur eru líklegri til að taka inn hormón. Hvað greinir efnaðri konur frá þeim sem eiga minna? (Pearson o.fl., 2002).

Tafla 2. Nokkur dæmi um fjölmiðlaumræðu um jákvæð áhrif hormónamedferðar.

Dæmi 1: „Östrógen kemur í veg fyrir beinþynningu og verndar jafnframt hjarta- og æðakerfið... Þótt þær (konur) finni ekki til óþæginda getur hormónamedferð verið þeim góð vörn gegn hjarta- og æðasjúkdómum og beinþynningu.“ (Morgunblaðið, nóvember 1998).

Dæmi 2: Á heimasíðu Beinverndar (beinvernd.is) stóð fram í október 2002 að staðreyndir um hormónamedferð séu m.a. að meðferðin „lækki sennilega dánartíðni af völdum kransæðasjúkdóma“. Þessu hefur verið breytt í kjölfar niðurstöðu bandarísku rannsóknarinnar. Þar stendur um brjóstakrabbamein: „Hormónamedferð eykur tíðni brjóstakrabbameins við langtímanotkun, en líkur eru á að dánartíðni af völdum þess sé lægri hjá þeim konum sem taka hormón.“

Dæmi 3: „Hormónamedferð getur minnkað um helming líkur á kransæðasjúkdómum hjá konum“. Nýtt líf, 1991.

Dæmi 4: „Sem betur fer er hægt að lækna þá kvilla sem konur fá á breytingaskeiðinu, og það er meira að segja mjög auðvelt...Kostir hormónamedferðar á breytingaskeiði eru mjög margir...gallarnir eru fáir og áhættan afar lítil...hormónarnir lengja lífið.“ Morgunblaðið, nóvember 1992.

Árið 1998 birtust niðurstöður fyrstu tvíblindu, slembivöldu rannsóknarinnar á áhrifum hormónamedferðar og hjartasjúkdóma. Þátttakendur voru konur sem höfðu greinst með hjartasjúkdóma. Niðurstöður voru að hætta á hjartaáföllum jókst fyrsta árið eftir að konurnar hófu töku hormónalyfa (samsett meðferð) (Hulley o.fl., 1998). Þegar niðurstöður þeirrar rannsóknar lágu fyrir var talsvert um það rætt af hverju niðurstöður voru á þennan veg þvert á það sem fjöldi þverskurðar-rannsókna hafði sýnt. Var því um að kenna að þátttakendur rannsóknarinnar væru konur sem höfðu greinst með hjartasjúkdóm, að rannsóknin hefði verið stöðvuð of snemma eða að notuð hefði verið röng samsetning estrógens og prógesterón? Ef niðurstöður væru réttar áttu þær þá við um heilbrigðar konur, til að fyrirbyggja hjartasjúkdóma? Þessar röksemdir voru gangrýndar og bent á að algengasta samsetta meðferðin hafði verið prófuð í rannsókninni og að ekki sé til það lyf sem sé notað til að fyrirbyggingja ákveðinn sjúkdóm

sem virki ekki á sjúkdóminn sjálfan (Pearson, 2002). Og svo benda niðurstöður WHI-rannsóknarinnar til þess að samsett hormónamedferð verndi ekki heldur heilbrigðar konur gegn hjartaáföllum heldur, ef eitthvað er, auki hættuna á að þær fái áfall.

Íslensk rannsókn, sem náði til allra fimmtugra kvenna á Stór-Reykjavíkursvæðinu og hafði m.a. að markmiði að athuga meðferð einkenna breytingaskeiðs, sýndi að rúmlega helmingur þátttakenda tók inn hormón. Þær sem tóku inn hormón fundu marktækt síður fyrir hjartsláttarköstum en þær sem voru ekki á hormónum, en ekki var munur á tíðni kransæðasjúkdóma hjá hópunum tveimur (Bryndís Benediksdóttir o.fl., 2000).

Beinþynning

Vitað er að konum er þrefalt hættara við að fá beinþynningu en körlum. Það er m.a. rakið til þess að hámarksbeinþéttni kvenna er minni en karla og eftir tíðahvörf eykst niðurbrot beina til muna hjá konum. Fjöldi rannsókna hefur sýnt - að það hægir á beintapi eftir tíðahvörf og dregur úr tíðni beinbrota (New Zealand Guideline Group, 2001). Að sjálfsgöðu er það lokamarkmiðið að draga úr tíðni beinbrota. WHI-rannsóknin sýndi einnig að færri beinbrot urðu í hópi þeirra sem tóku samsett hormón en meðal hinna kvennanna. Þannig mældist fækkun beinbrota, sem rakin voru til beinþynningar, um 0,39%, eða sem svarar um 39 tilfellum fyrir hverjar 10 þúsund konur sem meðhöndlaðar eru í 1 ár. Reikna má með út frá þessu að mjaðmabrotum fækki um 5 fyrir hverjar 10 þúsund konur sem meðhöndlaðar eru í 1 ár. Þetta hefur gífurlegan fjárhagslegan ávinning og eykur vellíðan. Og þessar niðurstöður hafa verið notaðar til að sýna mikilvægi hormónamedferðar. Það er svo sem rétt að hormónamedferð dregur úr tíðni beinbrota. Það er líka rétt að beinbrot eru algengust hjá hvítum konum. Það er líka rétt að beinbrotum fer fjölgandi í heiminum vegna hærri aldurs og beinbrotum fer fjölgandi í aldursbilum. Þ.e. herra hlutfall fólks á aldrinum 70 – 75 ára t.d. brotnar nú á dögum en fyrir 100 árum. Þetta segir að það er eitthvað í lifnaðarháttum sem veldur beinþynningu og beinbrotum. Niðurstöður segja líka að verndandi áhrif hormónamedferðar virðast vara á meðan hormón eru tekin, áhrifin fjara út eftir að töku hormóna er hætt. Hægt er að hefja hormónatöku mörgum árum eftir tíðahvörf og það hægir á beinþynningu. Jafnframt sýna niðurstöður að litlir skammtar af hormóni virðist hafa verndandi áhrif.

Ráðleggingar nú eru þannig að besti aldurinn til að taka inn hormón til að fyrirbyggja beinbrot sé á sjötugs- og átt-ræðisaldri þegar hættan á beinbrotum er hvað mest. Konur um og undir fimmtugu fara töluvert í beinþéttmælingar enda slíkar mælingar mikið auglýstar. Talsverðar umræður eru um hraða beinþynningar og hvernig eigi að nota þekkingu á beinþéttni konu um fimmtugt til að ákvarða hormónamedferð, m.ö.o. hvort beinþéttni á þeim aldri segi fyrir um beinþéttni og beinbrot tuttugu árum síðar. Árið 2000 komust fremstu

rannsakendur á þessu sviði að þeirri niðurstöðu að rannsóknir á beinþéttimælingum hjá konum um tíðahvörf hafi ekki tekist að spá fyrir um beinbrot síðar (Pearson, 2002). Á heimasíðu landlæknis er vísað í leiðbeiningar frá Nýja-Sjálandi um stöðu þekkingar á hormónameðferð við tíðahvörf. Í töflu 3 eru ráðleggingar sem þar birtast um hvenær eigi að mæla beinþéttni.

Tafla 3. Hvenær er ráðlagt að fara í beinþéttimælingu

Viðmið til að fara eftir þegar mælt er með beinþéttimælingu:

- Konur sem komnar eru á tíðahvörf og hafa orðið fyrir beinbroti/um af völdum lítilla áverka.
- Konur eldri en sextíu ára með áhættuþætti, svo sem beinbrot hjá nákomnum ættingja, léttari en 60 kg, reykingar, fóru mjög ungar á tíðahvörf.
- Allar konur eldri en 65 ára sem huga að sérstökum aðgerðum til að fyrirbyggja beinþynningu.
- Konur sem notað hafa ákveðin lyf (sykurstera).

Heimild: The New Zealand Guidelines Group (maí, 2001). Best Practice Evidence-based Guideline for the Appropriate Prescribing of Hormone Replacement Therapy. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/gynae_hrt/index.cfm

Afleiðingar WHI-rannsóknarinnar

Raunhæft er að ætla að niðurstöður WHI-rannsóknarinnar leiði til afturkipps í tíðahvarfahormónameðferð. Hvaða áhrif hafa niðurstöður WHI-rannsóknarinnar á viðhorf kvenna til notkunar tíðahvarfahormóna? Gallup í Bandaríkjunum kannaði í sumar, eftir að ofangreindar niðurstöður lágu fyrir, notkun hormónalyfja og mat þátttakenda á hættu af að nota hormón meðal 935 bandarískra kvenna (Saad, 2002). Helstu niðurstöður þessarar könnunar er að sjá í töflu 4. Í heildina er athyglisverðast að mati aðstandenda könnunarinnar að niðurstöður WHI-rannsóknarinnar hafi gert konum erfiðara fyrir að taka ákvörðun um töku hormóna og að meirihluti kvenna geti ekki gert upp við sig kosti og galla þess að taka inn hormón. Þessi könnun gefur þó ljóslega til kynna að konur þurfa að ræða ákvörðun sína við einhvern. Athyglisvert væri að skoða áhrif þessarar rannsóknar á íslenskar konur en umræðan hér hófst ekki að neinu marki fyrr en í október, þremur mánuðum eftir að niðurstöður lágu fyrir. Í töflu 5 er að finna ráðleggingar til kvenna sem eru að huga að samsettri hormónameðferð og eru birtar á síðu landlæknisembættisins.

The National Women's Health Network eru óháð bandarísk samtök sem fylgjast grannt með rannsóknum á og meðferð við ýmsu því sem tengist heilbrigði kvenna. Með óháð er átt við að þau hafna öllum styrkjum frá lyfjafyrirtækjum og öðrum hagsmunaaðilum. Afstaða þeirra er að hormónameðferð skuli einungis veita konum sem hafa mjög slæm ein-kenni, konum sem eru í mikilli hættu á að beinbrjóta sig eða hafa þegar brotnað vegna mikillar beinþynningar og konum sem undirgangast brottmát á eggjastokkum ungar (Pearson o.fl., 2002).

Tafla 4. Mat bandarískra kvenna á áhrifum WHI-rannsóknarinnar á ákvarðanatöku þeirra um notkun á hormónalyfjum

- 44% þátttakenda sagði að niðurstöður WHI-rannsóknarinnar gerðu þeim erfiðara fyrir um ákvarðanatöku
- 37% sögðust eiga betra með að taka upplýsta ákvörðun
- 19% kvennanna töldu að ókostir hormónameðferðar vægju þyngra en kostir
- 25% töldu kosti vega þyngra en ókosti
- 55% voru ekki viss um hvort vægi þyngra kostir eða ókostir þess að vera í hormónameðferð
- 54% þátttakenda, sem voru í hormónameðferð, sögðust ekki íhuga að hætta meðferð þrátt fyrir niðurstöðurnar
- 55% þeirra sem ekki tóku hormón sögðu að niðurstöðurnar snertu þær ekki
- 35% þeirra sögðu niðurstöðurnar hafa áhrif í þá veru að þær myndu trúlega ekki hefja töku á hormónunum.

Saad, L. (2002). *Women mostly uncertain about hormone replacement therapy. Relatively few have ceased using hormone drugs in recent weeks.* <http://www.gallup.com/poll/releases/pr020826.asp?Version=p>

Tafla 5. Ráðleggingar til kvenna um samsetta hormónameðferð (SHM)

- Konur, sem eru í hormónameðferð eða hyggjast hefja hormónameðferð með það eina markmið að fyrirbyggja hjarta- og æðasjúkdóma, ættu að hætta við það vegna þess að gögn benda til hins gagnstæða, þ.e. að hætta á kransæðasjúkdómi og heilaáföllum aukist. Einnig eykst hættu á brjóstakrabbameini og blóðtappa (í lungum og fótum). Aðrar leiðir til að fyrirbyggja hjarta- og æðasjúkdóma eru heppilegri. Samsett hormónameðferð er heldur ekki gagnleg til að hindra versnun á hjarta- og æðasjúkdómi hjá konum sem komnar eru með sjúkdóminn. Hjá þeim konum, sem greinast með kransæðasjúkdóm og eru á SHM, þarf að skoða ábendingar fyrir áframhaldandi meðferð í hverju tilfelli fyrir sig.
 - Konur, sem nota hormóna til að fyrirbyggja beinþynningu, ættu að ræða við lækni um kosti og galla meðferðar. Meta þarf áhættu hvernar konu á beinþynningu og beinbrotum í ljósi ofantalinna ókosta SHM. Einnig er ástæða til að benda á aðrar leiðir til að fyrirbyggja beinþynningu, s.s. hreyfingu, hollt mataræði o. fl.
 - Konur, sem þjást af breytingaskeiðseinkennum, eins og hita- og svitakófum, þar sem vitað er að SHM verkar vel, ættu að ræða við lækni um kosti og galla meðferðar. Ef ákveðið er að nota SHM ætti að miða við skammtímanotkun (1 ár eða skemur).
- Heimild: Heimasíða landlæknisembættisins, landlaeknir.is.

Hver hagnast á hormónameðferð

Hormónanotkun er algengust í aldurshópnum 50 – 55 ára og ætti skv. því aðallega að vera til einkennameðferðar. Þar sem færri en 25% kvenna þurfa hormón vegna einkenna á þessum aldri er athyglisvert að velta fyrir sér af hverju yfir 50% kvenna nota hormón þrátt fyrir rannsóknir og ráðleggingar rannsækenda. Það eru trúlega ýmsar ástæður sem liggja þar að baki. Helstar tel ég þó vera:

1. Hugmyndafræði hins læknisfræðilega líkans ríkir í okkar samfélagi en það líkan byggir á ofurtrú á að unnt sé að „lækna“ einkenni, finna leiðir til að fyrirbyggja og meðhöndla.
2. Vilji til að koma í veg fyrir öldrunareinkenni og sjúkdóma sem fylgja öldrun og trúin á að læknavísindin geti fundið leið til þessa.
3. Velviljaðir lækna sem vilja aðstoða fólk í vanda með því að hagnýta jákvæðar rannsóknaniðurstöður.
4. Fjárhagslegur ávinningur lyfjafyrirtækja og áróður þeirra þar sem byggt er á ofangreindum þáttum og velvilja lækna til að nýta þekkingu sem til staðar er til hagsbóta fyrir sjúklinginn.

Ég tel að það sé nokkuð ljóst hver hefur ávinning af því að sem flestar konur þiggi tíðahvarfameðferð. Félagsfræðingurinn Jane Lewis skoðaði umræðu um hormónameðferð meðal lækna í Bretlandi og Bandaríkjunum á sjöunda og fram á áttunda áratuginn og birti niðurstöðurnar í *Feminist Review* árið 1993. Hún bendir á að þó að rannsakendur og almennir lækna hafi tekið virkan þátt í umræðunni á þeim tíma hafi afstaða þeirra verið misjöfn. Í Bandaríkjunum vöruðu rannsakendur mjög við hættu samfara estrógenmeðferðinni. Þrátt fyrir það fjölgaði mjög ávísunum almennra lækna á lyfið. Í Bretlandi gerðu rannsakendur minna úr hættu samfara meðferðinni, lögðu meiri áherslu á árangur, en lækna ávísuðu lyfjunum ekki mikið. Fyrirkomulag á sambandi lyfjafyrirtækja við rannsakendur og lækna var þannig háttáð í Bretlandi að þar var það meira á stefnumótunar- og rannsóknastigi en í Bandaríkjunum hafa lyfjafyrirtæki beint áhrif á starfandi lækna. Að mati Lewis hafði þessi munur á samskiptum við lyfjafyrirtæki einn og sér áhrif í þá veru að breskir lækna voru mun íhaldssamari varðandi nýja meðferð.

Ég veit ekki hvernig þessum samskiptum er háttáð hérlandis en það er örugglega vert að athuga það.

Lokaorð

Hvatinn að þessari grein var skortur á umræðu hérlandis á niðurstöðum WHI-rannsóknarinnar sem birtist í júlí sl. Tilgangurinn er að upplýsa hjúkrunarfræðinga um stöðu hormónameðferðar, hvað er vitað og hvar þekkingu er ábótavant. Ekki var farið út í að skilgreina mismunandi tegundir hormóna sem notuð eru en hérlandis er samsetning samsettra hormóna aðeins öðruvísi en samsetningin sem notuð var í WHI-rannsókninni. Ekki eru til framsýnar, slembivaldar rannsóknir á notkun þeirra hormóna. Það er þó ljóst að rannsóknir

á hormónameðferð kvenna hafa leitt til þess að í dag er til meðferð sem slær á slæm einkenni breytingaskeiðsins. Ekki er ástæða til annars en að nýta sér þá meðferð ef slæm einkenni eru til staðar.

Heimildir

- Anderson, K., Mattson, L.Å., og Milsom, I. (1996). Use of hormone replacement therapy. *The Lancet*, 348, 1521-1529.
- Avis, N.E., og McKinley, S.M. (1995). The Massachusetts women's health study: An epidemiological investigation of the menopause. *Journal of the American Medical Women's Association*, 50,45-49, 63.
- Bell, S.E. (1990). The medicalization of menopause. Í Ruth Formanek (ritstj.), *The Meanings of Menopause: Historical, Medical, and Clinical Perspectives*. Hillsdale, N.J.: Analytical Press.
- Beyene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cultural and Medical Psychiatry*, 10, 1, 47-71.
- Bromberger, J.T., Matthews, K.A., Kuller, L.H., Wing, R.R., Meilahn, E.N., og Plantinga, P. (1997). Prospective study of the determinants of age at menopause. *American Journal of Epidemiology*, 145, 2, 124-133.
- Bryndis Benediktisdóttir, Kristinn Tómasson og Þórarinn Gíslason (2000). Einkenni breytingaskeiðs og meðferð þeirra hjá 50 ára íslenskum konum. *Læknablaðið*, 86, 501-507.
- Budge, R.C., Stephens, C., Carryer, J. (2000) Decision-making: New Zealand women speak about doctors and HRT. *New Zealand Family Physician*, 27, 6, 41-47.
- Davis, P.A. (1993). *A change for the better: a woman's guide through the menopause*. Esse, Bretlandi: CW Danies.
- Derry, P.S. (2002). What do We Mean by "The Biology of Menopause?" *Sex Roles* 46, 13-23
- Eliásson J.H. Tryggvadóttir, L. Tulinius, H. Guðmundsson, J.A. Hormónameðferð kvenna á Íslandi. *Læknablaðið* 1998; 84: 25-31
- Flint, M., og Samil, R.S. (1990). Cultural and subcultural meanings of the menopause. Í *Multidisciplinary Perspectives on Menopause* (ritstjórar Flint, M., Kronenberg, F., og Utian, W.) New York: New York Academy of Sciences.
- Grodstein, F., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Joffe, M., Rosner, B., Fuchs, C., Hankinson, S.E., Hunter, D.J., Hennekens, C.H., og Speizer, F.E. (1997). Postmenopausal hormone therapy and mortality. *The New England Journal of Medicine*, 336, 25, 1769-1775.
- Groeneveld, F.P.M.J., Breman, F.P., Barentsen, R., Dokter, H.J., Drogendijk, A.C., Hoes, A.W. (1995). Determinants of first prescription of hormone replacement therapy. A follow-up study among 1689 women aged 45-60 years. *Maturitas* 20, 81-89.
- Herdís Sveinsdóttir (1998). Heilbrigði kvenna. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4, 74, 7-13
- Hulley, S., og fl. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary heart disease in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 280,7, 605-613.
- Isaacs, A.J., Britton, A.R., og McPherson, K. (1995). Utilization of hormone replacement therapy by women doktors. *British Medical Journal*, 311,1399-1401.
- Jón Hersir Eliásson, Laufey Tryggvadóttir, Hrafn Tulinius og Jens A. Guðmundsson (1998). Hormónameðferð kvenna á Íslandi. *Læknablaðið*, 84, 1, 25 – 31.
- Keating, N., Cleary, P., Aossi, A., Zaslavsky, A., og Ayanlan, J. (1999). Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. *Annals of internal medicine*, 130, 545-553.
- Kreling, D., Matt, D., Wiederholt, J., Lundy, J., og Levitt, L. (2001). *Prescription drug trends: a chartbook update*. Menlo Park, Calif: Kaiser Family Foundation. Sagt frá í Fletcher, S.A., og Colditz, G.A. (2002). Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 288, 366-368.
- Laquer, T. (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lewis, J. (1993). Feminism, the menopause and hormone replacement therapy. *Feminist Review*, 43, 38-56.
- Lock, M. (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lorber, J. (1997). *Gender and the Social Construction of Illness*. California: SAGE Publications, Inc.
- Mack, T., Pike, M., Henderson, B., Pfeffer, R., Gerkins, V., Arthur, M., og

- Brown, S. (1976). Estrogens and endometrial cancer in a retirement community. *New England Journal of Medicine*, 294, 1262-1267.
- McNagny, S.E., Wegner, N.K., og Frank, E. (1997). Personal use of postmenopausal hormone replacement therapy by women physicians in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 127, 1093-1096
- Mendelsohn, M.E., og Karas, R.H. (1999). The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1801-1811.
- Nagata, C., Matsushita, Y., og Shimizu, H. (1996). Prevalence of hormone replacement therapy and user's characteristics: a community survey in Japan. *Maturitas*, 25, 201-207.
- New Zealand Guideline Group (2001). Best Practice Evidence-based Guideline for the Appropriate Prescribing of Hormone Replacement Therapy. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/gynae_hrt/index.cfm
- North, F.M., og Sharples, K. (2001) Changes in the use of hormone replacement therapy in New Zealand from 1991 to 1997. *The New Zealand Medical Journal*, 114, 250-253.
- Pearson, C., Fugh-Berman, A., Allina, A., Massion, C., Whatley, M., Worcester, N., og Zones, J. (2002). *The truth about hormone replacement therapy. How to break free from the medical myths of menopause*. National Women's Health Network. California: Prima Publishing.
- Saad, L. (2002). *Women mostly uncertain about hormone replacement therapy. Relatively few have ceased using hormone drugs in recent weeks*. <http://www.gallup.com/poll/releases/pr020826.asp?Version=p>
- Samsioe, G. The menopause revisited. *International Journal of Gynecological Obstetrics*; 51:1-13.
- Schneider, H.P. (1997). Cross-national study of women's use of hormone replacement (HRT) in Europe. *International Journal of Fertility & Women's Medicine*, 42, Suppl. 2:365-75.
- Smith, D., Pentice, A., Donovan, J., og Herrmann, W. (1975). Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *New England Journal of Medicine*, 293, 1164 - 1167.
- Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Rosner, B., Speizer, F.E., og Hennekens, C.H. (1991). Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. Ten-year follow-up from the nurses' health study. *New England Journal of Medicine*. 325, 756-62.
- Ussher, J.M. (1997). *Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. London: Routledge.
- Weiss, N., Szekeley, D., og Austin, F. (1976). Increasing incidence of endometrial cancer in the U.S. *New England Journal of Medicine*, 294, 1259-1262.
- Wilbush, J. (1979). La menopause - the birth of a syndrome. *Maturitas*, 1, 145.
- Wilbush, J. (1982). Historical perspectives. Climacteric expression and social context. *Maturitas*, 4, 195-205.
- Working Group for the Women's Health Initiative (2002). Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 288, 321-333.
- Wysowski, D.K., o.fl. (1995). Use of menopausal estrogens and medroxy-progesterone in the United States, 1982-1992. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 1, 6-10.
- Ziel, H., og Finkle, W. (1975). Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *New England Journal of Medicine*, 293, 1167-1170.

Fjöldatakmörkunir við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands tók upp fjöldatakmörkun árið 1993 vegna takmarkaðs framboðs á námsplássum á heilbrigðisstofnunum. Lengi vel var miðað við að deildin gæti boðið upp á 60 námspláss en síðar var framboðið aukið í 65 námspláss. Deildin hefur útbúið reglur til að samræma framboð á námsplássum fjölda þeirra sem stunda nám. Í ljósmóðurfræði var fjöldi námsplássu upphaflega takmarkaður við 8 en var síðar aukinn í 10. Framboð á námsplássum og eftirspurn hefur flest ár verið í nokkuð góðu jafnvægi í ljósmóðurnámi.

Aðsókn að hjúkrunarnámi hefur verið sveiflukenndari. Á árunum 1993 til 1996 innrituðust yfir 100 nýnemar á hverju ári. Frá 1997 fækkaði nýnemum og innan við 100 innrituðust frá 1997 til 2001. Staðan varð alvarleg á vormisseri 2002 þegar þau námspláss, sem í boði voru, fylltust ekki vegna gildandi reglna og fárra nýnema. Háskólaráð veitti hjúkrunarfræðideild þá heimild til að víkja afturvirkir frá gildandi reglum um val stúdenta til áframhaldandi náms. Í vor var reglum um inntöku nemenda breytt á þann veg að framvegis verður miðað við meðaleinkunn úr öllum prófum en þess ekki krafist að stúdentar standist öll próf. Þessar nýju reglur munu tryggja að námspláss verði nýtt meðan nægur nemendafjöldi þreytir öll próf.

Í kjölfar slakrar aðsóknar í námið á síðasta skólaári (2001-2002) var hrundið af stað viðamikilli kynningu á hjúkrunarfræðinámi síðastliðið vor. Þróunin snerist þá við og nú í haust skráðu 155 nýnemar sig til náms. Í þessu sambandi má geta þess að aðsókn í allt háskólanám jókst til muna á þessu hausti.

Hjúkrunarfræðideild hefur áformað hægfara fjölgun nemenda á næstu árum. Til þess að svo megi verða þarf deildin að útvega fleiri námspláss í samstarfi við heilbrigðisstofnanir, einkum Landspítala – háskólasjúkrahús, og er það starf nú í gangi. Einnig þarf að endurskoða námskrá í hjúkrunarfræði og fer endurskoðun á henni fram á þessu ári. Í þessu sambandi er brýnt að deildin fái leiðréttingu á reiknilíkani menntamálaráðuneytisins til að geta fjölgað kennurum og greitt fyrir þann kostnað sem aukin starfsemi hefur í för með sér.

Nú eiga sér stað viðræður milli Háskóla Íslands og menntamálaráðuneytis um fjárveitingar og væntir hjúkrunarfræðideild góðs árangurs af þeim viðræðum. Fjármálanefnd Háskóla Íslands telur þróunaráform hjúkrunarfræðideildar óraunhæf nema leiðrétting fái á flokkun deildarinnar í samningi við menntamálaráðuneytið um fjármögnun kennslu. Fjármálanefndin hefur óskað eftir því við ráðuneytið að fjárveitingar til hjúkrunarfræðináms hér á landi verði í samræmi við breytingar sem þegar hafa orðið á flokkun hjúkrunarfræðináms í Svíþjóð og miðað hefur verið við.

Af ofansögðu er ljóst að fjölgun nemenda krefst margra samstilltra aðgerða og er það ekki síst undir stjórnvöldum komið hvort hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands verða veittir þeir fjármunir sem nauðsynlegir eru til aukinna umsvifa.

Marga Thome,
deildarforseti hjúkrunarfræðideildar HÍ