

Klimakterik sendromda konnektif doku masajının etkinliği*

İnci AKARCALI

Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, ANKARA

Konnektif doku masajının postmenapozal döneme ait klimakterik semptomlar üzerindeki etkinliğini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmaya 19 postmenapozal olgu alınmıştır. Olgular, 15 seanstık konnektif doku masajı uygulamasının öncesi ve sonrasında hormon değerleri ve sübjektif klimakterik yakınmaları açısından değerlendirilerek sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın sonucunda Blatt Menapozal İndeksi (BMI) toplam puanlarında konnektif doku masajı uygulamasından sonra anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ayrıca, konnektif doku masajı öncesi ve sonrasında yapılan hormon tetkiklerinde, HL ve E2 de anlamlı bir artış bulunurken ($p<0.05$), FSH ve PRL değerlerinde önemli bir değişiklik olmamıştır ($p>0.05$). [Türk Tıp Araştırma 1992, 10 (3): 167-174]

Anahtar Kelimeler: Konnektif doku masajı, Klimakterium, Menapozal semptomlar

Menapozun birkaç yıl öncesinden başlayarak sonrasında da uzun süre devam eden klimakterik dönemde, hormon dengesinin değişmesi ile birlikte, kadınlarda birtakım psikofizyolojik sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Fizik tedavi yöntemlerinden biri olan konnektif doku masajı, günümüzde nöromüsküler ve vasküler hastalıkların tedavisinde geniş ölçüde kullanılmaktadır. Bu masaj konnektif doku üzerinde yapılmaktaysa da, esas etkisini otonom sinir sistemi üzerinde göstermekte ve bu sistem tarafından idare edilen çeşitli anatomik yapıların fonksiyonlarını düzenlemektedir (1,2).

Konnektif doku masajının endokrin bozukluklarda yararlı olduğu söylenmekte ise de yapılan literatür taramasında, klimakterik sendromda kullanışı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa ki konnektif doku masajının etki mekanizması gözönüne

alındığında klimakterik dönemde ortaya çıkan ateş basması ve terleme gibi vazomotor semptomlarla, yorgunluk, uyku bozuklukları, başağrıları, sinirlilik, depresyon, duygusal dengesizlik gibi kısmen hormonal kökenli psikolojik semptomların bu uygulamadan yarar görmesi beklenebilir.

Normal ovulatuvar menstruel siklus, hipotalamo-hipofizer gonadal aksı oluşturan değişik sistemlerin bir bütün halinde çalışması sonucu gelişir (3,4). Fizyolojik yaşlanma sonucu bu sistemler arasında koordinasyon bozukluğunun oluşması, klimakterik semptomlara neden olmaktadır (5). Konnektif doku masajı ile otonom sinir sistemini uyarak hipotalamo-hipofizer gonadal aksı kontrol altında tutan nöroendokrin sistemin düzenli çalışmasını sağlamak ve klimakterik semptomları hafifletmek mümkün olabilir.

Konnektif doku masajının klimakterik yakınmalardan etkinliğini araştırmak amacı ile yapılan bu çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları Doğum Anabilim Dalı ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na başvuran 19 postmenapozal olgu alınmıştır. Olgulara, üç hafta süreyle toplam 15 seans konnektif doku masajı uygulanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasında, klimakterik yakınmaların şiddeti ve hormon değerleri karşılaştırılarak konnektif doku masajının etkin bir yöntem olup olmadığı araştırılmıştır.

Geliş Tarihi: 11.3.1992

Kabul Tarihi: 13.4.1992

Yazışma Adresi: İnci AKARCALI

Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu
Samanpazarı - ANKARA

* Bu çalışma, 27 Ekim - 2 Kasım 1991 tarihinde Kapadokya'da yapılan 11. Ulusal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kongresi'nde sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, H.Ü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na klimakterik yakınmaları nedeniyle başvuran ve yaşları 25.5 ile 54.8 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 46.56 ± 1.59 olan toplam 19 olgu alınmıştır. Olguların hepsinde doğal yoldan menapoza girmiş olma ve postmenapozal 6-18 aylar arasında bulunma koşulu aranmıştır.

Olgular doktor kontrolünden geçirilerek sistemik bozuklukları ve onkolojik hastalıkları olmadığı saptanmıştır.

I. Olguların Değerlendirilmesi

Olgular tedavi öncesi ve tedavi bitiminde aynı yöntemlerle değerlendirilmişlerdir. Bu değerlendirmede:

a) Bütün olgulardan yukarıda belirtilen zamanlarda alınan kan numunelerinde follikül stimule edici hor-

mon (FSH), luteinize edici hormon (LH), prolaktin (PRL) ve östradiol (E₂) hormonlarına bakılmıştır. Kan hormon değerlerinin tayini, H.Ü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı endokrin laboratuvarında radioimmunoassay (RIA) yöntemi ile yapılmıştır.

b) Olgular ayrıca tedavi öncesi ve sonrasındaki klimakterik şikayetleri açısından "Blatt Menapozal İndeksi" (BMI) kullanılarak, puanlama sistemi ile değerlendirilmişlerdir.

BMI, klimakterik bozuklukların iyileştirilmesinde kullanılan çeşitli tedavi yöntemlerinin göreceli etkinliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan sayısal ağırlıklı bir indekstir. 1953'de geliştirilen bu indeks, daha sonra Neugarten ve Kraines tarafından modifiye edilmiştir (6). BMI'da her semptomu bir konversiyon faktörü verilmiştir. İndeksi hesaplamak için her semptomun konversiyon faktörü, şiddet skoru ile çarpılır. Bunların toplamı, menopozal indeksi verir.

Tablo 1'de 3 no'lu olguya ait tedavi öncesi BMI örneği görülmektedir.

Tablo 1.

Semptomlar	Şikayet yok (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli (3)	Faktör	BMI skoru
Ateş basması				X	4	12
Terleme			X		2	4
Parestezi	X				2	
İnsomnia				X	2	6
Kas-eklem-kemik ağrısı			X		1	2
Yorgunluk			X		1	2
Baş ağrısı		X			1	1
Irritabilite			X		1	2
Vertigo	X				1	
Depresyon		X			1	-1
Nefes darlığı			X		1	2
Palpitasyon			X		1	2
Psikolabilite					1	1

Semptomların şiddeti :

- 0 : Şikayet yok
- 1 : **Hafif**
- 2 : **Orta**
- 3 : **Şiddetli**

Çalışmamızda BMI, olgularla karşılıklı konuşarak lizyoterapist tarafından doldurulmuştur. Postmenapozal kadınlar arasında en sık görülen semptom olan ateş basmasını daha objektif değerlendirmek amacıyla olgulardan, tedaviden önceki günde ve tedavi bittikten sonraki günde semptom frekansını kaydetmeleri istenmiştir. Günde 5'ten az hafif, 5-15 arası orta, 15-25 arası şiddetli olarak değerlendirilmiştir.

II. Konnektif Doku Masajı Tedavisi

Olgulara haftada 5 gün olmak üzere 3 hafta süre ile toplam 15 seans konnektif doku masajı uygulanmıştır. Her seansın süresi yaklaşık 20 dakikadır.

Konnektif doku için etkili olan uyaran bir tür germedir. Bu germe orta parmağın distal falanksının palmar veya radial ucu ile uygulanan kısa ve uzun çekmeler şeklinde yapılmıştır. Bu teknik için hasta tabureye oturtularak kalça ve dizlerde 90°lik açı sağlamak amacıyla ayak tabanları desteklenmiştir. Hafif bir lumbal lordoz ile sırtın dik tutulması ve ellerin serbestçe uyluklar üzerine konması istenmiştir.

İlk tedavi seansında "temel bölge" adı verilen sakroiliak ve lumbal bölgeler uygulama yapılmıştır. Çekmeler, bütün sahalar üzerinde 3-4 kez tekrarlanmıştır. Çekmeler sonucu deride oluşan vasküler reaksiyonlar dikkatle gözlenmiş ve uygulama sırasında sık sık hastaya ne gibi bir his duyduğu sorulmuştur. Normalde duyulması gereken kesilme veya tırmalanma hissi alınana dek temel bölge tedavisine devam edilmiş, daha sonraki seanslarda temel bölgeye ek olarak alt trokal bölge de tedaviye katılmıştır. Şekil 1'de konnektif doku masajının temel ve alt trokal bölge üzerine uygulanışı görülmektedir.

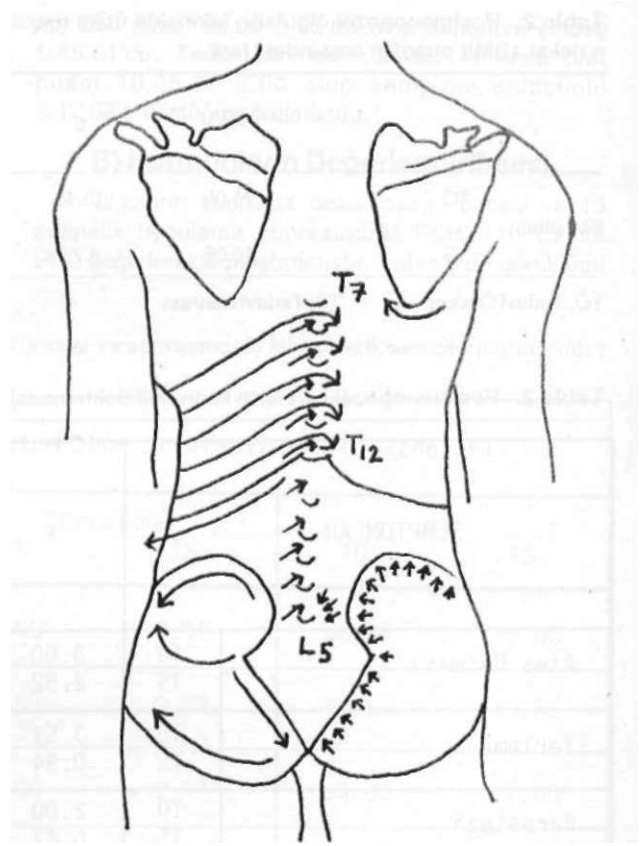
III. Analiz Yöntemleri

1. Üç hafta süren 15 seanslık konnektif doku masajını takiben olgulardan ikinci kez kan numunesi alınarak FSH, LH, E₂ ve PRL değerlerine bakılmış ve bu değerler tedavi öncesi hormon değerleri ile "İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi" uygulanarak karşılaştırılmıştır.

2. Tedavi bitiminde olgular ikinci kez Blatt Menapozal İndeksi'ni doldurmuşlar ve elde edilen puanlar, tedavi öncesi BMI puanları ile "İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi" ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza alınan 19 postmenapozal olgunun konnektif doku masajı öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmelerine ait istatistiksel sonuçlar şöyledir:



Şekil 1. Temel ve alt trokal bölge tedavisi.

A) Klimakterik Semptomların Değerlendirilmesi

Olguların tedavi öncesi ve sonrasında BMI kullanılarak elde edilen klimakterik semptom toplam puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 2). Tedavi sonrasında bu puanlarda görülen azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

BMI'da yer alan 13 klimakterik semptom, konnektif doku masajı öncesi ve sonrasında ayrı ayrı da değerlendirilmiştir. Konnektif doku masajından sonra bütün semptomların şiddetinde azalma olduğu görülmüştür. Ateş basması, terleme parestezi, insomnia, yorgunluk, baş ağrısı, irritabilite, depresyon, nefes darlığı, palpasyon ve psikolabiliteyi kapsayan 11 klimakterik semptomun şiddetindeki azalma, istatistiksel açıdan anlamlı iken ($p < 0.05$) kas-eklem-kemik ağrısı ve vertigo semptomlarının şiddetinde istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma olmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Postmenopozal olguların konneklif doku masajı uygulamasından önce ve sonra toplam Blatt Menapozal i ieksi (BMI) puanları arasındaki fark

		X	S	Sx	İki eş arasındaki farkın önemlilik testi	
					t	P
BMI puanı	TÖ	26.00	13.48	3.09	6.58	< 0.05
	TS	10.05	8.72	2.00		

TÖ: Tedavi Öncesi TS: Tedavi Sonrası

Tablo 3. Postmenopozal olguların konnektif doku masajı öncesi ve sonrasındaki klimakterik semptom şiddetleri .

SEMPTOMLAR		X	S	Sx	İki eş arasındaki farkın önemlilik testi	
					t	p
Ateş Basması	TÖ	8.00	4.00	1.83	7.18	< 0.05
	TS	2.52	3.04	0.69		
Terleme	TÖ	3.57	2.27	0.52	6.06	< 0.05
	TS	0.94	1.39	0.31		
Parestezi	TÖ	2.00	2.71	0.62	3.14	< 0.05
	TS	0.42	0.84	0.19		
İnsomnia	TÖ	2.84	2.77	0.63	3.39	< 0.05
	TS	1.05	1.80	0.41		
Kas-Eklem-Kemik Ağrısı	TÖ	1.63	1.26	0.28	1.68	> 0.05
	TS	1.26	1.24	0.28		
Yorgunluk	TÖ	1.78	1.03	0.23	3.44	< 0.05
	TS	0.94	1.08	0.24		
Baş ağrısı	TÖ	1.57	1.22	0.28	3.03	< 0.05
	TS	0.79	0.85	0.19		
İrritabilite	TÖ	1.31	1.00	0.22	3.15	< 0.05
	TS	0.63	0.90	0.20		
Vertigo	TÖ	0.42	0.77	0.17	1.84	> 0.05
	TS	0.10	0.32	0.07		
Depresyon	TÖ	0.47	0.61	0.14	2.36	< 0.05
	TS	0.15	0.37	0.08		
Nefes Darlığı	TÖ	0.63	0.68	0.15	2.88	< 0.05
	TS	0.31	0.48	0.11		
Palpitasyon	TÖ	0.84	0.76	0.17	2.65	< 0.05
	TS	0.42	0.51	0.12		
Psikolabi l i te	TÖ	0.94	1.03	0.23	2.67	< 0.05
	TS	0.47	0.84	0.19		

Klimakterik semptomların konnektif doku masajı öncesi ve sonrasındaki ortalama şiddetleri ve yüzdeleri Tablo 4'de görülmektedir. En yüksek semptom skoru, o semptomun konversiyon faktörünün 3 şiddeti ile çarpılması sonucu elde edilmiştir. Örneğin, konversiyon faktörü 4 olan ateş basmasının en yüksek skoru 12'dir. Bütün semptomlardan şiddetli şekilde yakınan bir olguda toplam BMI puanı 57 olacaktır. Bizim olgularımızda tedavi öncesinde ortalama

ma BMI puanı 26.00 ± 3.09 olup semptom şiddeti %45.61'dir. Tedavi sonrasında ise ortalama BMI puanı 10.05 ± 2.00 olup semptom şiddetinin %17.63'e düştüğü görülmüştür.

B) Hormonların Değerlendirilmesi

Olguların konnektif doku masajı öncesi ve 15 seanslık uygulama sonrasındaki FSH, LH, E2 ve PRL değerleri karşılaştırmıştır. Tablo 5'de görüldüğü

Tablo 4. Postmenopozal olgularda konnektif doku masajı öncesi ve sonrasındaki klimakterik semptomların şiddet ortalamaları ve yüzdeleri

SEMPTOMLAR	En Yüksek Semptom Skoru	Semptom Skor Ortalamaları ve Yüzdeleri			
		Tö	Ortalama TS	Tö %	İSLR
Ateş Basması	12	8.00	2.52	66.66	28.00
Teri eme	6	3.57	0.94	59.50	15.66
Parestezi	6	2.00	0.42	33.33	7.00
İnsomnia	6	2.84	1.05	47.33	17.50
Kas-Eklem-Kemik Ağrısı	3	1.63	1.26	54.33	42.00
Yorgunluk	3	1.78	0.94	59.33	31.30
Baş ağrısı	3	1.57	0.79	52.33	26.33
İrritabilite	3	1.31	0.63	43.66	21.00
Vertigo	3	0.42	0.10	14.00	3.33
Depresyon	3	0.47	0.15	15.66	5.00
Nefes Darlığı	3	0.63	0.31	21.00	10.33
Palpitasyon	3	0.84	0.42	28.00	14.00
Psikolabilite	3	0.94	0.47	31.33	15.66
TOPLAM	57	26.00	10.05	45.61	17.63

Tablo 5. Postmenopozal olguların konnektif doku masajı öncesi ve sonrasındaki hormon değerleri farkı

HORMONLAR		X	S	Sx	İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi		
FSH (mlu/ml)	Ö	62.09	17.41	4.00	0.63	>	0.05
	S	58.80	20.34	4.67			
LH (mlu/ml)	ö	56.21	21.66	4.97	2.32	<	0.05
	s	78.75	43.01	9.88			
E ₂ (pg/ml)	ö	18.09	10.43	2.39	2.11	<	0.05
	s	27.55	24.90	5.72			
PRL (ng/ml)	ö	6.64	3.43	0.78	0.87	>	0.05
	s	6.13	2.69	0.61			

gibi tedavi öncesi ve sonrasındaki FSH ve PRL değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). LH ve E₂ değerlerinde tedavi öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Tedavi sonrasında bu değerlerde artış görülmüştür.

TARTIŞMA

Kadının yaşamında önemli bir evre olan doğurganlık yaşının sona ermesi ile başgösteren klimakterik semptomların tedavisinde konnektif doku masajının etkinliği araştırılmıştır.

Konnektif doku masajının çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanıldığını belirten çok sayıda araştırma varsa da yapılan literatür taramasında, klimakterik sendromun tedavisinde kullanımı ile ilgili bir çalışmaya rastlayamadık. Bununla birlikte konnektif doku masajının otonom sinir sistemi ve cevapları üzerinde etkili olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

Teirich - Leube (1962), bu masajın otonom sinir sistemi üzerindeki etkisinin parasempatik yönde olduğunu belirtmiştir (7). Kisner ve Taslitz (1968) ise otonomik cevaplara objektiflik kazandırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, konnektif doku masajı öncesi ve sonrasında kalp hızı, kan basıncı, galvanik deri rezistansı ve periferik deri sıcaklığını ölçmüş ve masaj sonunda, sempatik aktivitede bir artış olduğunu bulmuşlardır (8). Ebner (1978) de masaj sonucu

otonomik yapıların fonksiyonlarında bir koordinasyon oluşmakla birlikte, etkilerin daha çok parasempatik olduğunu savunmuştur (9). Bu çelişkili görüşlere karşın, konnektif doku masajının otonom sinir sistemindeki dalgalanmalardan ileri gelen semptomların tedavisinde etkili olduğu ve parasempatik-empatik sistemler arasında bir denge oluşturduğu kabul edilmektedir (1).

Klimakterik semptomların hormonlarla ve özellikle de östrojenle ilgili olduğu kabul edilse de etyolojik kanıtlar, hipotalamus ve otonom sinir sistemi arasındaki dengede bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir (10,11,12). Klimakterik yakınmaların özellikle hipotalamusla ilgili olanların konnektif doku masajı ile gerilemesi, bu masajın otonom sinir sistemini uyarak hipotalamo-hipofizer gonadal aksı kontrol altında tutan nöroendokrin sistemin düzenli çalışmasını sağladığı şeklindeki varsayımımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada konnektif doku masajı ile LH düzeylerinde önemli bir artış olmuştur ($p<0.05$). LH'nin kan düzeylerinin stres ile arttığı bilinmektedir (6). Diğer bir deyişle hipotalamustaki değişik merkezlerin uyarılması LH'da artışa neden olabilmektedir. Bu çalışmada LH düzeylerinin artmış olması, konnektif doku masajının, otonom sinir sistemi aracılığı ile hipotalamo-hipofizer gonadal aksı etkileyen mekanizmaları etkilediğini göstermektedir. Yine klimakterik dönemde bozulan tubero-infundibular sis-

KLİMAKTERİK SENDROMDA KONNEKTİF DOKU MASAJININ ETKİNLİĞİ

tem entegrasyonu, konnektif doku masajı ile olumlu yönde etkilenebilmektedir. Konnektif doku masajının kan E₂ düzeylerinde önemli bir artışa neden olması ($p<0.05$), dopaminerjik ve noradrenerjik sinir hücreleri üzerinde östrojen reseptörlerinin bulunması da yoruma açıktır. Yükselen E₂ düzeylerinin söz konusu yol ile tübero-infundibular dopamin sistemlerini etkilemesi mümkündür.

Olgularda en şiddetli semptomlar olan ateş basması ve terlemede tedaviden sonra oldukça çarpıcı bir iyileşme meydana gelmiştir ($p<0.05$). Klimakterik dönemde %50-75 gibi yüksek bir oranda görülen (13,14) ateş basmalarının nedeni, otonom sinir sistemi dengesizliğine bağlı olarak vasküler tonusta ve dolaylı olarak kan akımında meydana gelen bozuluktur (15). Sturdee ve arkadaşları (1978), ateş basmalarının başlaması ile birlikte, sempatik aktivitede ani ve geçici bir artış olduğunu ileri sürmüşlerdir (16). Ateş basmaları sırasında hem LHRH serbestleşmesinin hem de termoregülatuar değişikliklerin olası mediatörü katekolamin sistem, daha da spesifik olarak noradrenerjik sistemdir. Ateş basmalarının hafifletilmesinde sempatik deşarji azaltan bir mekanizmanın etkili olması mümkündür. Konnektif doku masajı, noradrenerjik hiperaktiviteyi azaltarak ateş basmalarını hafifletmiş olabilir. Ateş basması termoregülatuar bir olay olup ısının dağıtılması için başlatılmakta ve genellikle terleme ile sonuçlanmaktadır. O halde tedaviden sonra azalan ateş basması ile terleme şiddetinin de azalması doğaldır.

Çalışmamızda, hormonal kökenli psikolojik semptomların (parestezi, insomnia, yorgunluk, baş ağrısı, irritabilite, depresyon, nefes darlığı, palpitation ve psikolabilite) şiddetlerinin tedaviden sonra önemli ölçüde azalmış olması ($p<0.05$), değişen endokrin profile bağlanabilir.

Perimenapozal dönemde uyku bozuklukları ile ilgili çalışmalara göre uykuya dalmadaki güçlüğü ve sık sık uykudan uyanmanın, hormonal değişikliklere, vazomotor semptomlara ve kısmen de psikolojik etkenlere bağlı olduğu, östrojen düzeyleri düştükçe bu yakınmaların arttığı ileri sürülmektedir (17). Ballinger (1976), 40-55 yaşları arasındaki 358 kadından oluşan bir grup üzerinde yaptığı incelemede, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan postmenapozal grupta önemli derecede uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü saptamıştır (18).

1979'da Schiff ve arkadaşları, bir grup hipogonadal kadında plasebo ve östrojenin gonadotropin düzeyleri, ateş basmaları, polisomnografik uyku paternleri ve psikolojik durum üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. 4 haftalık östrojen tedavisinin, uyku latensisinde (uykuya dalmak için gereken süre) bir

azalmaya ve toplam REM (rapid eye movement) uykusu süresinde ve REM uykusu yüzdesinde bir artışa neden olduğunu bulmuşlardır (19).

Erlık ve arkadaşları (1981), objektif fizyolojik ölçümler kullanarak 9 semptomatik postmenapozal kadında, uyku sırasındaki menapozal ateş basmaları ile uyanmalar arasında önemli bir ilişki bulmuşlardır. Bu hastaların dördünde 30 gün süreyle verilen östrojen, hem ateş basmalarında hem de uyanma sıklıklarında azalma ile sonuçlanmıştır (20).

Çalışmamızda da 19 postmenapozal olguda tedavi öncesinde %47.33 olan insomnia şiddeti, konnektif doku masajı uygulamasından sonra %17.50'ye düşmüş olup bu azalma istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Konnektif doku masajı uygulaması sonucu sempatik hipertonusun inhibe olması ile ateş basması frekanslarının azalması ve bunun da uykudan uyanma veya uykuya geç dalma şeklindeki yakınmaları hafifletmiş olması doğaldır. Benzer bir yaklaşımla Teirich-Leube (1969), kalça ve ayak segmentai bölgesindeki sempatik hipertonusa bağlı sık idrar yapma ve ayakların ısınmaması nedeniyle görülen uyku bozukluklarını, konnektif doku masajı ile başarılı bir şekilde tedavi etmiştir (21).

Baş ağrılarında da konnektif doku masajı yaygın olarak kullanılmaktadır. 1973'te yaptığı çalışmada Ortalan, 40 migren hastasını konnektif doku masajı ile tedavi ederek bunların %93.3'ünde, migren nöbetlerinin sıklığı ve şiddetinde azalma kaydetmiştir (22). Çalışmamızda da tedavi öncesinde %52.33 olan baş ağrısı şiddeti, konnektif doku masajından sonra %26.33'e düşerek anlamlı bir iyileşme göstermiştir ($p<0.05$). İyileşme oranının nisbeten az olmasını, baş ağrılarında özgü sahalara tedaviye katılmamasına bağlayabiliriz.

Yorgunluk, irritabilite, psikolabilite, depresyon, nefes darlığı, palpitation ve parestezi gibi kısmen hormonal kökenli psikolojik semptomlarda da konnektif doku masajı ile önemli bir iyileşme görülmüştür ($p<0.05$). Konnektif doku masajının depresif ruh durumu üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir (1,23). Ayrıca anksiyete ve gerilim durumlarında da iyi sonuçlar verdiğine dair çalışmalar vardır. Mc Kechnie (1983), bu tür semptomları olan ve diğer yöntemlerden yarar görmeyen 5 hastaya konnektif doku masajı uygulamıştır. Tedavi öncesi ve sonrasında kalp hızı, frontal EMG, önkol ekstansör EMG ve deri rezistansı kayıtları karşılaştırılmıştır. Tedaviden sonra, kalp hızında önemli bir azalma ($p<0.001$), deri rezistansında önemli bir artış ($p<0.001$), frontal EMG aktivitesinde (bu kas depresyonda oldukça aktiftir) bir azalma ($p<0.001$) ve önkol ekstansör EMG aktivitesinde (önkol ekstansör, kasları anksiyete durumlarında hiperaktiftir) önemli bir azalma olduğu görülmüştür (24).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, konnektif doku masajının klimakterik semptomları iyileştirmesinde etkin olduğunu göstermektedir. Konnektif doku masajı, uygulanması kolay, ekonomik ve yan etkileri olmayan bir tedavi yöntemidir. Klimakterik sendromun tedavisinde yaygın olarak kullanılan östrojenin olası riskleri gözönüne alındığında, bu hastalar için konnektif doku masajı bir seçenek olabilir.

Effectiveness of connective tissue massage in climacteric syndrome

Nineteen postmenopausal women were treated with connective tissue massage (CTM) in order to assess its effectiveness on climacteric symptoms. The subjects were treated for 15 sessions and subjective climacteric complaints before and after treatment were compared.

At the end of the treatment there had been a significant decrease in the total Blatt Menopausal Index (BMI) scores. Also the humoral analysis showed a significant increase in LH and E2 ($p < 0.05$) while no significant changes in the FSH and PRL values were observed. [Turk J Med Res 1992, 10(3): 167-174]

Key Words: Connective tissue massage, Climacterium, Menopausal symptoms

KAYNAKLAR

1. Ebner M. Connective Tissue Massage. Edinburgh and London: E and S Livingstone Ltd, 1962: 95-107.
2. Tappan FM. Healing Massage Techniques. California: Appleton and Lange, 1988: 219-66.
3. Ojeda JR, Mc Cann SM. Control of LH and FSH release by LHRH: Influence of putative neurotransmitters. Clin Obstet Gynaecol 1978; 5:283-6.
4. Richards JS, Farookhi R. Gonadotrophins and ovarian-follicular growth. Clin Obstet Gynaecol 1978; 5:363-6.
5. Beksaç MS, Kişnişçi HA, Çakar AN, Beksaç M. The endocrinological evaluations of bilateral and unilateral oophorectomy in premenopausal women. Int J Fertil 1983; 28:219-23.
6. Neugarten B, Kraines R. Menopausal symptoms in women of various ages. Psychosom Med 1965; 27(3):266-73.
7. Teirich-Leube H. Connective tissue massage in bladder disorders. Arch Phys Ther (Lpz.) 1962; 14:383-7.
8. Kisner CD, Taslitz N. Connective tissue massage: Influence of the introductory treatment on autonomic functions. Phys Ther 1968; 48:107-18.
9. Ebner M. Connective tissue massage. Physiotherapy 1978;64(7):208-10.
10. Abe T, Furuhashi N, Yamaya Y, Wada Y, Hoshiai A, Suzuki M. Correlation between climacteric symptoms and serum levels of estradiol, progesterone, follicle stimulating hormone, and luteinizing hormone. Am J Obstet Gynecol 1977; 129:65-7.
11. Gambone J, Meldrum DR, Laufer L, Chang RJ, Lu JKH, Judd HL. Further delineation of hypothalamic dysfunction responsible for menopausal hot flashes. J Clin Endocrinol Metabolism 1984; 59(6):1097-102.
12. Jern HZ. Hormone therapy of the menopause and aging. USA: Charles C Thomas Publishers 1973:16-28.
13. Berg G, Hammar M. Epidemiology of the climacterium Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1985; 132:9-12.
14. Jaszmann LJB. Epidemiology of the climacteric syndrome. In: Campbell S, ed. The Management of the Menopause and Post-Menopausal Years: England: MTP Press Ltd, 1976:11-23.
15. Hammond CB. Menopause an American view. In: Campbell S, ed. The Management of the Menopause and Post-Menopausal Years: England: MTP Press Ltd, 1976:405-21.
16. Sturdee DW, Wilson KA, Pipili E. Physiological aspects of menopausal hot flush. Br Med J 1978; 2:79-81.
17. Fry JM. Sleep disorders. Med Clin North Am (US) 1987; 71(1):95-110.
18. Ballinger B. Subjective sleep disturbance at the menopause. J Psychosom Res 1976; 20:509-13.
19. Schiff I, Regestein W, Tulchinsky D. Effects of estrogens on sleep and psychological state of hypogonadal women. JAMA 1979; 242:2405-7.
20. Erlik Y, Tataryn IV, Meldrum DR. Association of waking episodes with menopausal hot flashes. JAMA 1981; 254:1741-4.
21. Teirich-Leube H. Massage of the connective tissue in sleep disorders. Hippokrates 1969; 40:511-4.
22. Ortalan S. Migrenli hastaların tedavisinde konnektif doku masajının etkisi. Fizyoterapi-Rehabilitasyon 1974; 1(1):59-66.
23. Helmrich HE. Psychosomatic aspect of connective tissue massage. Z Psychosom Med 1969; 15:56-62.
24. Mc Kechnie A, Wilson F, Watson N, Scott D. Anxiety states: A preliminary report on the value of connective tissue massage. J Psychosom Res 1983; 27(2): 125-9.