



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εμμηνόπαυση και ποιότητα ζωής»

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Αγαπίου Μαλαματένια

A.M 18001

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Άννα Δελτσίδου, Καθηγήτρια

Τμήμα Μαιευτικής

Αθήνα

Μάιος 2021

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος με τίτλο "Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα" με κατεύθυνση στην "Κοινωνική Μαιευτική Φροντίδα" που απονέμει η Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Τριμελής επιτροπή εξέτασης:

Κα Δελτσίδου Άννα, Επιβλέπουσα

Κα Λυκερίδου Αικατερίνη

Κα Σαραντάκη Αντιγόνη

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Αγαπίου Μαλαματένια** του Ανδρέα, με αριθμό μητρώου 18001 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 2 έτη και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Αγαπίου Μαλαματένια

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	10
1. Εμμηνόπαυση	12
1.1 Ορισμός εμμηνόπαυσης.....	12
1.2 Φάσεις-Στάδια της Περιεμμηνόπαυσης.....	13
1.3 Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης.....	15
1.4 Αίτια της εμμηνόπαυσης.....	16
1.4.1 Φυσιολογία	16
1.4.2 Παθοφυσιολογία	17
2. Μεταβολές των ορμονών που συνοδεύουν την εμμηνόπαυση.....	18
2.1 Μεταβολές στα ανδρογόνα.....	18
2.2 Μεταβολές στην προγεστερόνη.....	19
2.3 Μεταβολές στην οιστραδιόλη	19
3. Κλινική εικόνα εμμηνόπαυσης	20
3.1 Αγγειοκινητικές Διαταραχές.....	20
3.2 Διαταραχές ύπνου	22
3.3 Κατάθλιψη.....	23
3.4 Σεξουαλική Δυσλειτουργία.....	24
3.5 Οστεοπόρωση.....	26
3.6 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό	27
4. Ποιότητα ζωής.....	28
4.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής.....	28
4.2 Ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση.....	29
5. Θεραπεία εμμηνόπαυσης	32
5.1 Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης	32
5.2 Φυτοοιστρογόνα, Βότανα και Βιταμίνες.....	33
5.3 Άσκηση και Εμμηνόπαυση.....	34
6. Μεθοδολογία.....	36
6.1 Σκοπός της μελέτης.....	36
6.2 Περιγραφή δείγματος	36

6.3 Εργαλείο μέτρησης.....	37
6.4 Άδεια διεξαγωγής έρευνας	38
6.5 Στατιστική ανάλυση	38
7. Αποτελέσματα	40
7.1 Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21).....	42
7.2 Κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (MENQOL).....	44
7.3 Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PSQI).....	45
7.4 Ποιότητα ζωής (SF-12).....	46
7.5 Κλίμακα εφιδρώσεων/εξάψεων (HFRS).....	47
7.6 Κλίμακα σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI).....	48
7.7 Συσχέτιση εφιδρώσεων/εξάψεων και συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την ποιότητα ζωής, ποιότητα ύπνου, σεξουαλική λειτουργικότητα και συμπτώματα άγχους/κατάθλιψης/στρες.....	50
7.8 Συσχέτιση ποιότητας ύπνου, σεξουαλικής λειτουργικότητας και συμπτωμάτων άγχους/στρες/κατάθλιψης των γυναικών σε εμμηνόπαυση με τις εφιδρώσεις/εξάψεις, τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης και τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά.....	57
7.9 Συσχέτιση ποιότητας ζωής στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ποιότητα ύπνου, σεξουαλική λειτουργικότητα, συμπτώματα άγχους/στρες/κατάθλιψης, εφιδρώσεις/εξάψεις, συμπτώματα εμμηνόπαυσης και κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	65
8. Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	68
8.1 Περιορισμοί της μελέτης	72
Βιβλιογραφία	73
Παράρτημα Α	80
Παράρτημα Β	96

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εμμηνόπαυση είναι μια σημαντική περίοδος για την ζωή κάθε γυναίκας. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής οι γυναίκες θα διανύσουν ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους (περίπου το 30- 40%) στην μετεμμηνόπαυση. Η έλλειψη των γυναικείων γεννητικών ορμονών έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής κάθε γυναίκας. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα όπως οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις, οι διαταραχές του ύπνου, η σεξουαλική δυσλειτουργία και η αύξηση βάρους είναι κοινά σωματικά συμπτώματα των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Ψυχολογικά συμπτώματα είναι το άγχος, η κατάθλιψη και η ευερεθιστότητα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διερεύνηση της επίπτωσής τους στην ποιότητα ζωής των γυναικών.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 100 γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση και 101 γυναίκες που δεν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση, προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την κλίμακα DASS-21 που μετρά την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, την κλίμακα MENQOL που αναφέρεται στα εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα και κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, το ερωτηματολόγιο Pittsburg Sleep Quality Index που μετρά τις διαταραχές του ύπνου, το ερωτηματολόγιο SF 12 που μετρά την ποιότητα ζωής, την κλίμακα HFRS που μετρά την συχνότητα των εξάψεων και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, την κλίμακα FSFI που μετρά την σεξουαλική λειτουργία, καθώς και ερωτήσεις με κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης σε σχέση με αυτές που δεν ήταν στην εμμηνόπαυση ($P < 0,001$). Τα επίπεδα κακής ποιότητας ύπνου ήταν

υψηλότερα στις γυναίκες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση (48,4%) σε σχέση με αυτές που δεν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση (18%) ($P < 0,001$). Οι γυναίκες που δεν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση εμφάνιζαν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία ($P < 0,001$), εντονότερη σεξουαλική επιθυμία σε σχέση με αυτές που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση ($P < 0,001$). Όσο περισσότερα σωματικά και σεξουαλικά εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους υγεία ($P < 0,001$). Όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική τους υγεία ($P < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης, κακή ποιότητα ύπνου, κακή σεξουαλική λειτουργία, περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση σε σχέση με τις γυναίκες που δεν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συμβουλευθούν τις γυναίκες και να προτείνουν θεραπείες σύμφωνα με το ιστορικό τους και τις προτιμήσεις τους. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής, η υγιεινή διατροφή και η σωματική άσκηση μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών.

Λέξεις- κλειδιά: εμμηνόπαυση, ποιότητα ζωής, αγγειοκινητικά συμπτώματα, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, σεξουαλική δυσλειτουργία, ορμονική θεραπεία, εναλλακτικές θεραπείες, σωματική άσκηση

Abstract

Introduction: Menopause is an important time for women's life. Given the prolongation in women's life expectancy, women will spend a large period of their lives (about 30- 40%) in postmenopausal period. The lack of female hormones causes physical and psychological symptoms that affect, negatively, the quality of life. Vasomotor symptoms such as hot flashes and night sweats, sleep disturbances, sexual dysfunction and weight gain are physical common symptoms referred by women in menopause. The psychological symptoms include anxiety, depression and irritability.

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the menopausal symptoms and to investigate their affect in women's quality of life.

Material and Method: The study sample consisted of 100 menopausal women aged 45-55 and of 101 non menopausal women, so that to do comparisons between the two groups. For data collection has been used an anonymous questionnaire that included the index DASS-21 that measures the depression, the anxious and the stress, the index MENQOL, that refers to menopausal symptoms and whether they affect the quality of life, the questionnaire Pittsburg Sleep Quality Index, that measures the sleep dysfunctions, the questionnaire SF-12, that measures the quality of life, the index HFRS, that measures the frequency of flushing and their affect in the quality of woman's life, the index FSFI, that measures the sexual dysfunction as well as sociodemographic questions. Data were analyzed using the statistic program SPSS 22.0.

Results: The menopausal women had higher levels of anxiety, stress and depression compared to non menopausal women ($P < 0,001$). The levels of poor sleep quality were higher in menopausal women (48,4%) compared to non menopausal women (18%) ($P < 0,001$). Non menopausal women had better physical and mental health ($P < 0,001$), higher sexual desire compared to menopausal women. The more physical and sexual menopausal symptoms women experienced in menopause, the worse their physical health was ($P < 0,001$). The more psychosocial menopausal symptoms women had in menopause, the worse their mental health was ($P < 0,001$).

Discussions: The transition to menopause is associated with higher levels of anxious, stress, depression, poor sleep quality, sexual dysfunction, more psychosomatic symptoms that affect the quality of life of menopausal women compared to non menopausal women. Health providers must advice women and suggest treatments according to their health history and preferences. Change in lifestyle, health food and exercise can reduce the symptoms of menopause and improve quality of life of these women.

Key-words: menopause, quality of life, vasomotor symptoms, sleep disturbances, depression, sexual dysfunction, hormonal therapy, alternative medicines, exercise

Εισαγωγή

Η εμμηνόπαυση σηματοδοτεί μια σημαντική αλλαγή στην ζωή κάθε γυναίκας (Minkin 2019). Υπολογίζεται ότι 6000 γυναίκες στις ΗΠΑ μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση κάθε μέρα και με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, θα περάσουν το 40% της ζωής τους στην φάση της μετεμμηνόπαυσης (Takahashi & Johnson 2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εμμηναρχή και η εμμηνόπαυση, που είναι κύρια χαρακτηριστικά του γυναικείου γεννητικού συστήματος σε σχέση με την σεξουαλική λειτουργία, αποτελούν βασικά ορόσημα κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής της γυναίκας (Nappi et al. 2016).

Αρκετές γυναίκες βιώνουν αυτή την αλλαγή με θετικό τρόπο, γιατί απαλλάσσονται από το άγχος μιας πιθανής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και όλα τα επακόλουθα προβλήματα που συνδέονται με τα γεννητικά όργανα. Άλλες γυναίκες όμως την βιώνουν αρνητικά, όπως συμβαίνει στους περισσότερους δυτικούς πολιτισμούς γιατί την συσχετίζουν με την ηλικία (Minkin 2019).

Η ηλικία της εμμηνόπαυσης είναι μια χρονική περίοδος που συνιστά πολλές αλλαγές στην ψυχοσωματική-κοινωνική ζωή των γυναικών με μειωμένη ορμονική δραστηριότητα των ωοθηκών άρα και των επιπέδων των οιστρογόνων (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Η έλλειψη αυτών των ορμονών κάνει τις γυναίκες επιρρεπείς σε κοινά συμπτώματα που περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά, διαταραχές ύπνου, αλλαγές στην διάθεση, εξάψεις, κατάθλιψη, λοιμώξεις του ουροποιητικού, κολπικές λοιμώξεις και αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση και καρδιαγγειακές παθήσεις (Smail, Jassim & Shakil 2020).

Εκτός από αυτά τα σωματικά συμπτώματα οι γυναίκες τείνουν επίσης να παρουσιάσουν πολλά αγγειοκινητικά, σωματικά, σεξουαλικά και ψυχολογικά συμπτώματα επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους (Smail, Jassim & Shakil 2020, Greenblum, C.A., Rowe, Neff, & Greenblum, J.S. 2013).

Η ποιότητα ζωής-η οποία προσδιορίζεται ως η διαφορετική άποψη κάθε ανθρώπου για την ζωή-τείνει να μειώνεται στις γυναίκες της μέσης ηλικίας και είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί εάν τα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται, συσχετίζονται με την μετάβαση στην εμμηνόπαυση και την πρόωρη μετεμμηνόπαυση. Η ποιότητα ζωής είναι ένα σημαντικό στοιχείο αξιολόγησης της υγειονομικής φροντίδας και η κατανόηση της επίπτωσης της εμμηνόπαυσης στην ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ουσιαστικό μέρος της παρεχόμενης φροντίδας των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών που εμφανίζουν συμπτώματα. Παρά την πλειοψηφία των γυναικών που αντιμετωπίζουν πολλαπλά συμπτώματα, στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά κενά σχετικά με τα συμπτώματα, την συχνότητα και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής (Greenblum, C.A., Rowe, Neff, & Greenblum, J.S. 2013).

Σε μερικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η μετάβαση στην εμμηνόπαυση έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ωστόσο, άλλες δεν έχουν διαπιστώσει καμία επίδραση στην εμμηνόπαυση αλλά περισσότερο μία επίδραση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής (Hess et al. 2012).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διερεύνηση της επίδρασής τους στην ποιότητα ζωής των γυναικών.

1.Εμμηνόπαυση

1.1 Ορισμός εμμηνόπαυσης

Η εμμηνόπαυση από την ελληνική λέξη μήνας (men) και παύση (cessation), ορίζεται ως το τέλος της γόνιμης ζωής της γυναίκας μετά από απώλεια της ωοθυλακικής λειτουργίας που συμβαίνει συνήθως στα τέλη της δεκαετίας των 40 ως τις αρχές της δεκαετίας των 50 (Stojanovska et al. 2014). Προσδιορίζεται αναδρομικά ως η διακοπή της εμμήνου ρύσεως για 12 μήνες (Takahashi & Johnson 2015). Είναι ένα στάδιο προσαρμογής, που περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχοκοινωνικές και φυσιολογικές αλλαγές (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016). Είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από σημαντικά γεγονότα όπως το τέλος της αναπαραγωγικής ικανότητας και η εγκατάλειψη του σπιτιού από τα παιδιά λόγω της ενηλικίωσής τους (Hess et al. 2012).

Στις ΗΠΑ η μέση ηλικία της εμμηνόπαυσης είναι τα 51 έτη. Υπολογίζεται ότι περίπου 6000 γυναίκες στις ΗΠΑ μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση κάθε μέρα και με αυξημένο το προσδόκιμο ζωής, θα περάσουν περίπου το 40% της ζωής τους στην φάση της μετεμμηνόπαυσης (Takahashi & Johnson 2015). Ενώ η πλειοψηφία των γυναικών εμφανίζει εμμηνόπαυση μεταξύ των 45 και 55 ετών, περίπου το 5% των γυναικών θα εισέλθουν στην εμμηνόπαυση νωρίς μεταξύ των 40 και 45. Η εμμηνόπαυση που εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 περιγράφεται ως πρόωρη και παρουσιάζεται στο 1% των γυναικών (Faubion et al. 2015). Αυτή η πρόωμη απώλεια της λειτουργίας των ωοθηκών μπορεί να σχετίζεται με διάφορες αιτιολογίες συμπεριλαμβανομένων των γενετικών διαταραχών, τα αυτοάνοσα νοσήματα, τις λοιμώξεις ή ιατρογενή αίτια που σχετίζονται με χημειοθεραπεία, ακτινοβολία ή χειρουργική επέμβαση (Faubion et al. 2015).

Οι αλλαγές και τα συμπτώματα μπορούν να ξεκινήσουν αρκετά χρόνια νωρίτερα. Περιλαμβάνουν: αλλαγή στον εμμηνορρυσιακό κύκλο-μικρότεροι ή μεγαλύτεροι κύκλοι, με περισσότερο ή λιγότερο αίμα, με εξάψεις και/ή νυχτερινές εφιδρώσεις, διαταραχές ύπνου, κολπική ξηρότητα, αλλαγές στην διάθεση, προβλήματα συγκέντρωσης και αραίωση μαλλιών, τριχοφυΐα στο

πρόσωπο. Οι γυναίκες όπως και οι άνδρες βιώνουν μια περίοδο που σχετίζεται με μείωση της σωματικής και ψυχικής ικανότητας (Krajewska et al. 2011).

Όλα αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζουν διαφορές από γυναίκα σε γυναίκα ως προς την διάρκεια, τη σοβαρότητα και την επίδραση. Μερικές γυναίκες βιώνουν σοβαρά τα συμπτώματα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η υγεία τους, οι κοινωνικές σχέσεις και η ποιότητα ζωής τους (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016).

Αν και η εμμηνόπαυση θεωρείται συχνά ως ένα χρονικό σημείο που σχετίζεται με την διακοπή της παραγωγής των ορμονών από τις ωοθήκες, η μετάβαση σε αυτήν συμβαίνει πραγματικά για αρκετά χρόνια και είναι μια δυναμική περίοδος όπου οι γυναίκες βιώνουν προβλέψιμες αλλαγές στον εμμηνορρυσιακό τους κύκλο (Takahashi & Johnson 2015).

1.2 Φάσεις-Στάδια της Περιεμμηνόπαυσης

Η περιεμμηνόπαυση είναι μια χρονική περίοδος που δεν μπορεί να προσδιοριστεί με σαφήνεια και εμφανίζεται στα τελευταία χρόνια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας (Santoro 2016). Περιλαμβάνει την μετάβαση στην εμμηνόπαυση και το πρώτο έτος μετά την ΤΕΡ (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2019).

Η μετάβαση δεν είναι ξαφνική ή απότομη, διαρκεί αρκετά χρόνια (5- 8) και συνήθως αναφέρεται ως αλλαγή της ζωής ή κλιμακτήριος (Stojanovska et al. 2014).

Αρκετές μελέτες έχουν περιγράψει την φυσιολογική διαδικασία της μετάβασης στην εμμηνόπαυση με πολλές λεπτομέρειες, με αποτέλεσμα αυτά τα στάδια να έχουν αναλυθεί και συνδεθεί με συγκεκριμένα ορμονικά συμβάντα. Τα στάδια της αναπαραγωγικής ηλικίας έχουν περιγραφεί σε 2 εργαστήρια με το ακρωνύμιο STRAW (Stages of Reproductive Aging) (Santoro 2016).

Τα στάδια STRAW έχουν ως εξής:

- 1) Στάδια της καθυστερημένης αναπαραγωγής (-3b και -3a)
- 2) Πρώτα και καθυστερημένα στάδια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (-2 και -1)
- 3) Πρώιμη μετεμμηνόπαυση (+1a και +1b)

Τα περισσότερα μαθηματικά μοντέλα απώλειας ωαρίων δείχνουν μια εκθετική διαδικασία και μια επιτάχυνση της απώλειας των ωοθυλακίων καθώς οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση, υποδεικνύοντας ότι μια γυναίκα χάνει τα ωοθυλάκια με ταχύτερους ρυθμούς όταν μειώνεται η αναπαραγωγική της ικανότητα (Santoro & Randolph 2011).

Τα στάδια -3b και -3a αποτελούν τα τελευταία χρόνια της αναπαραγωγικής ικανότητας όταν η μια σύλληψη μπορεί να είναι ακόμη εφικτή, αλλά λιγότερο πιθανή από ότι τα προηγούμενα χρόνια. Δεν παρατηρείται καμία αλλαγή στους εμμηνορρυσιακούς κύκλους των γυναικών ή μερικές φορές παρατηρείται μία μικρή διακύμανση στην μεταβλητότητα του μήκους αυτών (Santoro 2016).

Στο στάδιο -2, στην πρώιμη μετάβαση, τα ωοθυλάκια έχουν συρρικνωθεί σε ένα τόσο μεγάλο βαθμό ώστε συχνά η γυναίκα παρατηρεί απουσία της εμμηνορρυσίας για πρώτη φορά (Santoro 2016).

Εκτός από τις αλλαγές στους αριθμούς των ωοθυλακίων που είναι ο κύριος μοχλός της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, η δυναμική των ωοθυλακίων αλλάζει, επίσης, με την διαδικασία της εμμηνόπαυσης (Santoro & Randolph 2011).

Στο στάδιο -1, στην αργή μετάβαση στην εμμηνόπαυση, ο εμμηνορρυσιακός κύκλος εμφανίζει πολλές διαταραχές και οι περίοδοι της εμμηνορρυσίας σπανίζουν (Santoro 2016).

Το εργαστήριο Stages of Reproductive Aging (STRAW +10) τυποποιεί τον διαχωρισμό της καθυστερημένης αναπαραγωγικής ζωής μιας γυναίκας, ομαδοποιώντας ευρέως τις γυναίκες σε 3 κατηγορίες (αναπαραγωγική, μετάβαση στην εμμηνόπαυση και μετά την εμμηνόπαυση) περαιτέρω

υποδιαιρείται ανάλογα με την διάρκεια και την κανονικότητα του εμμηνορρυσιακού κύκλου (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Το στάδιο +1 περιλαμβάνει το χρονικό διάστημα που παρατηρείται η τελευταία εμμηνορρυσία και τον επόμενο χρόνο μετά από αυτή. Για την μέση γυναίκα, σημαντικός σταθμός της πρώιμης μετάβασης (στάδιο-2) είναι η ηλικία των 47, η αργή μετάβαση (στάδιο -1) συμβαίνει στα 49 και η τελευταία εμμηνορρυσία στα 51 έτη (Santoro 2016).

1.3 Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης

Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα πιο συνήθη συμπτώματα της εμμηνόπαυσης επιλέχθηκαν και ομαδοποιήθηκαν ως εξής (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014):

- ✓ Διαταραχές ύπνου –αϋπνία, αφύπνιση και δυσκολία στον ύπνο
- ✓ Σεξουαλική δυσλειτουργία –μειωμένη libido, ουρογεννητικές διαταραχές
- ✓ Καταθλιπτικές διαταραχές και ευερεθιστότητα
- ✓ Αγγειοκινητικές διαταραχές (εξάψεις και εφιδρώσεις)
- ✓ Δυσφορία που σχετίζεται με τους μύες, πόνος στις αρθρώσεις-δυσλειτουργία στις αρθρώσεις, οστεοπόρωση

Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν ένα από τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα και αναφέρονται από το 40-60% των γυναικών στην εμμηνόπαυση (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Ο μέσος όρος επιπολασμού για τη σεξουαλική δυσλειτουργία στην Αυστραλία διαπιστώθηκε ότι ήταν 82,3%, στην Ν. Αμερική 69,8%, στην Ασία 63,5%, στην Αφρική 60,3%, και τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην Ευρώπη 54,5% (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Όσον αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκε ότι μπορεί να εμφανίζονται σε περισσότερο από το 70% των γυναικών κατά την διάρκεια

της εμμηνόπαυσης σε σχέση με περίπου το 30% στα χρόνια πριν την εμμηνόπαυση (Soares 2017).

Για τις εξάψεις και εφιδρώσεις, ο επιπολασμός στην Ευρώπη (κατά την περίοδο 2007-2010) βρέθηκε στο 76,5%, στις γυναίκες της Β. Αμερικής (από το 2001-2014) στο 58,8%, στις γυναίκες της Αφρικής και Αυστραλίας στο 58%, 47% στις γυναίκες της Ν. Αμερικής, και σε χαμηλότερα ποσοστά, (45%) στην Ασία (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Προβλήματα με πόνο στις αρθρώσεις αναφέρονται από το 78% των γυναικών στην Ν. Αμερική, το 77% των γυναικών που ζουν στην Αφρική, στη Β. Αμερική από το 76,25%, στην Ασία κατά μέσο όρο από το 58%, ενώ στην Ευρώπη από το 48% των γυναικών. Το μικρότερο ποσοστό με πόνο στις αρθρώσεις διαπιστώνεται σε γυναίκες της Αυστραλίας (34,3%) (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

1.4 Αίτια της εμμηνόπαυσης

1.4.1 Φυσιολογία

Στην γυναίκα με τακτικό εμμηνορρυσιακό κύκλο, *«κάθε μήνα κατά την ωοθυλακική φάση, η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) διεγείρει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και τη σύνθεση οιστραδιόλης»* (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Η αύξηση της παραγωγής οιστραδιόλης από το κυρίαρχο ωοθυλάκιο προκαλεί αρνητική ανατροφοδότηση και καταστέλλει στην έκκριση της FSH και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH). *«Η σύνθεση οιστραδιόλης από το κυρίαρχο θυλάκιο συνεχίζεται μέχρις ότου επιτευχθεί ένα κρίσιμο επίπεδο και η θετική ανατροφοδότηση της οιστραδιόλης που προκαλεί θετική αύξηση της έκκρισης της LH και ωορρηξία. Η έκκριση της οιστραδιόλης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου επηρεάζει τις κολπικές εκκρίσεις και τον κολπικό βλεννογόνο»* (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

1.4.2 Παθοφυσιολογία

Οι γυναίκες γεννιούνται με μεγάλο αριθμό ωοκυττάρων, τα οποία κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής ελαττώνονται μέσω της ωοθυλακιορρηξίας και της ατρησίας. Η μείωση του αριθμού των ωοκυττάρων οδηγεί στην έκκριση λιγότερης ανασταλίνης Β, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την αρνητική ανταπόκριση των ωοθηκών στην θυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH) (Takahashi & Johnson 2015).

Οι μηχανισμοί που οδηγούν σε ανωμαλία του εμμηνορρυσιακού κύκλου περιλαμβάνουν τον μειωμένο αριθμό των ωοθυλακίων και την προσωρινή μη ανταπόκριση των ωοθηκών στην διέγερση της FSH. Με την αύξηση της FSH δεν παρατηρείται απόκριση από τις ωοθήκες (για ημέρες ή εβδομάδες), όμως ένα ωοθυλάκιο αρχίζει να αναπτύσσεται και ανταποκρίνεται με υψηλή συγκέντρωση E2 (Burger, Hale, Robertson & Dennerstein 2007).

Η πιο κοινή αιτία της πρόωρης ή πρώιμης εμμηνόπαυσης είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των ωοθηκών. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε πρόωρη ή πρώιμη εμμηνόπαυση είτε μετά από αμφοτερόπλευρη σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή είτε λόγω πρωτογενούς ανεπάρκειας ωοθηκών βιώνουν την πρώιμη απώλεια οιστρογόνων και άλλων ορμονών των ωοθηκών. Η φυσική εμμηνόπαυση που συμβαίνει πρόωρα ή νωρίς είναι συχνά μια σταδιακή διαδικασία (Faubion et al. 2015).

Οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι σε γυναίκες με όψιμη εμμηνόπαυση χαρακτηρίζονται από αυξημένη FSH, μειωμένη αναστολίνη Β και ακανόνιστη, σύντομη ή μεγάλη διάρκεια κύκλου (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Όταν όλα τα ωοθυλάκια έχουν εξαντληθεί, η ωοθήκη δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυξημένα επίπεδα FSH ούτε και στα μειωμένα επίπεδα των οιστρογόνων. Η μετεμμηνόπαυσιακή περίοδος χαρακτηρίζεται ορμονικά από αυξημένα επίπεδα θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH >30 Miu) και μειωμένα επίπεδα οιστραδιόλης (Takahashi & Johnson 2015).

Αντίθετα η χειρουργική αφαίρεση και των δύο ωοθηκών έχει ως αποτέλεσμα την απότομη πτώση των ορμονών των ωοθηκών συμπεριλαμβανομένων όχι μόνο των οιστρογόνων αλλά, επίσης, της προγεστερόνης, της τεστοστερόνης και της διακοπής του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- ωοθηκών (Faubion et al. 2015).

2. Μεταβολές των ορμονών που συνοδεύουν την εμμηνόπαυση

2.1 Μεταβολές στα ανδρογόνα

Οι στεροειδείς ορμόνες (ανδρογόνα, οιστρογόνα και προγεστερόνη) διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αναπαραγωγική και σεξουαλική λειτουργία του ανθρώπου (Traish et al. 2018).

Σε σύγκριση με την οιστραδιόλη τα επίπεδα ανδρογόνων στον ορό παρουσιάζουν μια σταθερή αλλά λιγότερο δραματική μείωση. Αυτή η αλλαγή σχετίζεται με την μείωση της σφαιρίνης που συνδέεται με τις ορμόνες του φύλου σε συνδυασμό με τον υποοιστρογονισμό (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα ανδρογόνα αποτελούν τους απαραίτητους προδρόμους της βιοσύνθεσης των οιστρογόνων (Traish et al. 2018).

Η θειϊκή δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEAS) είναι το πιο συχνά μετρούμενο ανδρογόνο των επινεφριδίων στις περισσότερες μελέτες της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (Santoro & Randolph 2011).

Σύμφωνα με μελέτες όμως, στο 85 % των γυναικών παρατηρήθηκε αύξηση της DHEAS και όχι μείωση αυτής στην αργή μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Ίσως γιατί η κυκλοφορία της συγκεκριμένης ορμόνης στο αίμα ποικίλλει ανάλογα με την εθνικότητα (Santoro & Randolph 2011, Lasley, Santoro, Randolph et al. 2002, Crawford, Santoro, Laughlin et al. 2009).

2.2 Μεταβολές στην προγεστερόνη

Λίγες μελέτες έχουν μετρήσει την προγεστερόνη στον ορό των γυναικών, στην διάρκεια των ακανόνιστων κύκλων ωορρηξίας κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση (Burger et al. 2007).

Μία μελέτη έδειξε σημαντική μείωση της προγεστερόνης στην ωχρινική φάση σε 3 άτομα που μελετήθηκαν για αρκετά χρόνια (Welt et al. 1999). Παρατηρήθηκαν κύκλοι ωορρηξίας που χαρακτηρίζονται από πολύ χαμηλά επίπεδα προγεστερόνης. Η ελαττωμένη παραγωγή προγεστερόνης στην ωχρινική φάση μπορεί να σημαίνει ότι το κυρίαρχο ωοθυλάκιο δεν έχει καλή ποιότητα (Burger et al. 2007).

Κατά το έτος που καθορίζει την τελευταία έμμηνορρυσία και το επόμενο έτος (Στάδιο +1), δεν παράγεται πλέον η προγεστερόνη, αλλά παρατηρούνται διακυμάνσεις στα οιστρογόνα. Στη συνέχεια, τα επίπεδα των ορμονών που καθορίζουν την εμμηνόπαυση παραμένουν σταθερά (Santoro 2016).

2.3 Μεταβολές στην οιστραδιόλη

Κατά την αναπαραγωγική ηλικία, τα επίπεδα της οιστραδιόλης στο πλάσμα ποικίλλουν κατά την διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου και κυμαίνονται από 40 έως 350 pg/ml (Traish et al. 2018).

Δεν υπάρχουν τιμές στις συγκεντρώσεις της E2 ή της FSH που αντιπροσωπεύουν ένα συγκεκριμένο στάδιο μετάβασης της εμμηνόπαυσης, αλλά το χαρακτηριστικό της είναι η αυξημένη μεταβλητότητα αυτών των ορμονών στις γυναίκες. Όταν μετρώνται οι FSH και η E2 στην TEP, τα επίπεδα της E2 μπορεί να αποδειχθεί ότι έχουν πέσει στο -50% και η FSH έχει αυξηθεί στο 50% (σε σχέση με την προεμμηνόπαυση) (Burger et al. 2007).

Μέχρι την TEP, τα επίπεδα οιστραδιόλης είναι εξίσου μεταβλητά σε γυναίκες στην περιεμμηνόπαυση (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Οι αλλαγές στην FSH δεν μπορούν να ερμηνευθούν με την πτώση των επιπέδων της οιστραδιόλης γιατί στην πραγματικότητα σε πολλές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η μέση συγκέντρωση της οιστραδιόλης στο πλάσμα παραμένει σταθερή ή είναι ελαφρά αυξημένη στην ώριμη αναπαραγωγική ηλικία (Santoro 2016).

Σε συνδυασμό με την διακύμανση και την σταδιακή μείωση των οιστρογόνων (συνήθως οιστραδιόλη) κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, παρουσιάζονται εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα που περιλαμβάνουν αγγειοκινητικές διαταραχές (εξάψεις και εφιδρώσεις), διαταραχές ύπνου και κατάθλιψη (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

3. Κλινική εικόνα εμμηνόπαυσης

3.1 Αγγειοκινητικές Διαταραχές

Ερευνητές αναφέρουν ότι οι περισσότερες από τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρουσίασαν αγγειοκινητικές διαταραχές όπως εξάψεις και κόπωση. Η συχνότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την συλλογή δεδομένων (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016, Gohar 2009).

Οι εξάψεις επηρεάζουν περίπου το 65% των γυναικών μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού με πολλές γυναίκες να τις χαρακτηρίζουν σοβαρές. Μεταξύ των προεμμηνόπαυσιακών γυναικών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και αντιοιστρογονική ορμονική θεραπεία, ο επιπολασμός των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων είναι τόσο υψηλός (90%) που μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της ενδοκρινικής θεραπείας. Παρόλο που η κατάθλιψη, η αδυναμία συγκέντρωσης και η αρνητική διάθεση θεωρούνται συμπτώματα που συσχετίζονται με την εμμηνόπαυση, οι αγγειοκινητικές διαταραχές είναι οι μόνες που συνδέονται άμεσα με αυτήν (Avis, Crawford & Green 2018).

Νωρίς στην εμμηνόπαυση, οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν εξάψεις οι οποίες μπορεί να επιμένουν για περισσότερα από 5 χρόνια. Ωστόσο δεν αναφέρουν όλες οι γυναίκες ως ενοχλητικές τις εξάψεις τους (Hessetal. 2012). Σε μελέτη που έγινε στην Σουηδία βρέθηκε ότι περισσότερο από το 40% των γυναικών εμφάνιζαν αγγειοκινητικά συμπτώματα έως την ηλικία των 65 (Abedel- Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016).

Κατά μέσο όρο οι γυναίκες βιώνουν 4-5 εξάψεις την ημέρα αν και υπάρχουν γυναίκες που διαμαρτύρονται για περισσότερες εξάψεις (έως και 20 την ημέρα). Οι νυχτερινές εφιδρώσεις αναφέρονται λιγότερο συχνά σε σχέση με τις εξάψεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, πιθανότατα λόγω δυσκολίας στην αντίληψη ή καταγραφή των νυχτερινών συμπτωμάτων (Avis, Crawford & Green 2018).

Η διάρκεια των εξάψεων συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 1-5 λεπτών, ωστόσο, κάποιες μπορεί να διαρκέσουν περισσότερο από 60 λεπτά (Baker, Lampio, Saaresranta & Polo-Kantola 2018).

Ερευνητές διαπίστωσαν ότι η εμφάνιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων επηρεάζεται από το κλίμα, την διατροφή, τον τρόπο ζωής και την στάση των γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014, Freeman & Sherif 2007).

Οι γυναίκες με υψηλό δείκτη μάζας σώματος αναφέρουν εντονότερες εξάψεις όταν βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυση αλλά λιγότερες και ηπιότερες στην περίοδο της μετεμμηνόπαυσης (Santoro 2016).

Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα ή οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Οι αγγειοκινητικές διαταραχές εμφανίζονται κατά την διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση για περισσότερες από το 80% των γυναικών στις ΗΠΑ αλλά η συχνότητα της παρουσίας τους σε καθημερινή βάση ποικίλλει (Avis, Crawford & Green 2018).

3.2 Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν ένα από τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα της μετεμηνόπαυσης (Baker, Lampio, Saaresranta & Polo-Kantola 2018).

Η αϋπνία είναι το πρόβλημα του ύπνου, το οποίο χαρακτηρίζεται από μη επαρκή ανάπαυση ή δυσκολία στον ύπνο (λανθάνουσα κατάσταση), δυσκολία στη διατήρηση του ύπνου (διακοπτόμενος ύπνος) και αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο στον γενικό πληθυσμό των ανεπτυγμένων χωρών, όπου οι άνθρωποι δεν ακολουθούν τους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής. Μια ανασκόπηση μελετών υποδεικνύει ότι περίπου το 50% των γυναικών ηλικίας 40 έως 64 αναφέρουν διαταραχές στον ύπνο σε παγκόσμιο επίπεδο (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Επίσης, κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να παρατηρηθεί διαταραχή της αναπνοής που χαρακτηρίζεται από ροχαλητό, απόφραξη των αεραγωγών, περιορισμό της ροής του αέρα κατά την εισπνοή και υπερβολική υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας (Baker, Lampio, Saaresranta & Polo-Kantola 2018).

Ωστόσο, οι κλινικοί ιατροί και οι ασθενείς συχνά αμφισβητούν, εάν οι διαταραχές ύπνου στην μέση ηλικία υποδεικνύουν μια πρωταρχική κατάσταση ή μια έκφραση ενός υποκείμενου προβλήματος (π.χ παρουσία αγγειοκινητικών προβλημάτων ή κατάθλιψης) (Soares 2017).

Ο Kravitz και οι συνάδελφοί του, διερεύνησαν πιθανές αιτίες μεταξύ των αλλαγών στην εμμηνόπαυση και του ύπνου και ανακάλυψαν μια σχέση ανάμεσα στα πρότυπα αιμορραγίας κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση και την εμφάνιση διαταραχών του ύπνου (Soares 2017, Kravitz et al. 2008).

Εκτός από τις διακυμάνσεις και την μείωση στις συγκεντρώσεις των αναπαραγωγικών ορμονών, η ηλικία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η διαταραχή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου, οι πρωτοπαθείς διαταραχές ύπνου, άλλα συστηματικά νοσήματα, η φαρμακευτική αγωγή όπως οι ψυχοκοινωνικοί ή συμπεριφορικοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν

σε διαταραχές του ύπνου. Συνεπώς η αιτιοπαθογένεια των διαταραχών του ύπνου είναι πολυπαραγοντική και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους εξαρτάται από την διάγνωση (Lampio et al. 2017).

3.3 Κατάθλιψη

Στην περίοδο της εμμηνόπαυσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης ακόμη και για τις γυναίκες που δεν βίωσαν ποτέ καταθλιπτικά συμπτώματα (Krajewska et al. 2011).

Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που μπορεί να χαρακτηριστεί ως αναπηρία, η οποία έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Ο επιπολασμός της στην Βόρεια Αμερική είναι 1 στους 5 ενήλικες με τις γυναίκες να επηρεάζονται πολύ περισσότερο από τους άνδρες. Γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στη μέση ηλικία αποτελούν (Soares 2017):

1. Δημογραφικοί- Κοινωνικοί- οικονομικοί παράγοντες (π.χ. ανεργία, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η φυλή)
2. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την υγεία (πχ. μεγαλύτερος δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, η κακή υγεία και οργανικά προβλήματα εξαιτίας των χρόνιων προβλημάτων υγείας)
3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (πχ. κακή κοινωνική υποστήριξη, ιστορικό άγχους κλπ)

Υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ διαταραχών της διάθεσης και του ύπνου. Η σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και υποκειμενικών διαταραχών ύπνου έχει επίσης τεκμηριωθεί σε γυναίκες κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Η θεωρία «ντόμινο» που υποστηρίζει ότι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα προκαλούν αϋπνία, η οποία στην συνέχεια προκαλεί καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν τυχάνει προς το παρόν επαρκούς υποστήριξης (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Είναι σημαντικό να γίνει διάκριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών από την μείζονα κατάθλιψη, η οποία είναι μια πολύ σοβαρή ψυχιατρική πάθηση (Santoro 2016).

Η αμφοτερόπλευρη σαλπινγγο-ωοθηκεκτομή πριν από την φυσική εμμηνόπαυση έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και άγχους αλλά τα δεδομένα για την ηλικία είναι περιορισμένα. Μια προοπτική αξιολόγηση των γυναικών με ηλικία ίση ή μικρότερη των 45 ετών που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή στην Νέα Ζηλανδία διαπίστωσε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης μετά από αμφοτερόπλευρη σαλπινγγο-ωοθηκεκτομή σε σχέση με την διατήρηση των ωοθηκών (Faubion et al. 2015).

Δεδομένου ότι η διακύμανση και η ενδεχόμενη πτώση των οιστρογόνων ευθύνονται για την αλλαγή της διάθεσης και οι γυναίκες ως ευάλωτες στην ανάπτυξη συμπτωμάτων διάθεσης κατά την διάρκεια άλλων αναπαραγωγικών μεταβάσεων (πχ. προεμμηνορρυσιακή φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου ή μετά τον τοκετό) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την μετάβασή τους στην εμμηνόπαυση (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Επιπρόσθετα σε μια μελέτη παρέμβασης σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι σε προσαρμοσμένα μοντέλα η βελτίωση της κατάθλιψης προέβλεπε βελτίωση του ύπνου και αύξηση των οιστρογόνων E2 αλλά χωρίς μείωση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων. Συνεπώς η αιτιώδης σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και της μειωμένης λειτουργίας των ωοθηκών κατά την εμμηνόπαυση χρειάζεται ακόμα διερεύνηση (Soares 2017).

3.4 Σεξουαλική Δυσλειτουργία

Η σεξουαλικότητα στις γυναίκες είναι ένας σχετικά νέος τομέας της βιοϊατρικής έρευνας (Nappi et al. 2016).

Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες το τοίχωμα του κόλπου είναι παχύ, πολύστοιβο με καλή αγγείωση και λίπανση. Στην εμμηνόπαυση όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, το κολπικό τοίχωμα γίνεται λεπτό και ωχρο. Μπορεί να εμφανιστεί ατροφική κολπίτιδα ή φλεγμονή του κόλπου με αποτέλεσμα να αποκτήσει καφέ ή κίτρινο χρώμα. Ο κόλπος χάνει την ελαστικότητά του και μπορεί να γίνει πιο στενός και να συρρικνωθεί. Αυτές οι αλλαγές στον κόλπο και το αιδοίο μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορα συμπτώματα που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής και την σεξουαλική λειτουργία μιας γυναίκας (Takahashi & Johnson 2015).

Αποτελέσματα μελετών υποδεικνύουν ότι στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες είναι σεξουαλικά ενεργές κατά την διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου αλλά μια μεγάλη ομάδα γυναικών αναφέρει διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας η οποία εκφράζεται με μείωση της επιθυμίας για σεξουαλική επαφή ή αποφυγή της (περίπου 60% των γυναικών) (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στην ταξινόμηση των νοσημάτων DSM-IV αναφέρει συχνές σεξουαλικές δυσλειτουργίες την περίοδο της περιεμμηνόπαυσης (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014):

- Διαταραχές ή έλλειψη επιθυμίας για σεξουαλική επαφή
- Διαταραχή στην σεξουαλική διέγερση
- Έλλειψη οργασμού
- Διαταραχές που συνδέονται με πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή (δυσπαρέυνεια)

Η δυσπαρέυνεια συμβάλλει στην απώλεια ενδιαφέροντος για το σεξ για πολλές γυναίκες (Minkin 2019).

Οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρούνται υψίστης σημασίας για την επίδρασή τους στη σεξουαλική λειτουργία και συμπεριφορά. Πράγματι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της σεξουαλικότητας των γυναικών απαιτεί κάτι περισσότερο από την απλή κατανόηση μιας φυσιολογικής διαδικασίας (Nappi et al. 2016).

Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες αισθάνονται πιο άνετα όταν ο επαγγελματίας υγείας ξεκινά μια συζήτηση μαζί τους για σεξουαλικά ζητήματα και έχει διαπιστωθεί ότι αυτά σπάνια αναφέρονται (Minkin 2019).

Τόσο η σημαντική πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων με φυσική εμμηνόπαυση, όσο και η μείωση των ανδρογόνων με την ηλικία και τελικά με χειρουργική εμμηνόπαυση έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό σε σεξουαλικά συμπτώματα όπως μειωμένη επιθυμία, φτωχή διέγερση, δυσπαρεύνεια, μειωμένος οργασμός και μειωμένη ικανοποίηση. Από την άλλη πλευρά, η εμμηνόπαυση επηρεάζει συναισθηματικές και γνωστικές πτυχές της σεξουαλικότητας μέσω των μεταβολών στις ορμόνες της αναπαραγωγικής λειτουργίας, αλλά αυτό θα εξαρτηθεί εν μέρει από την προσωπική ιστορία της κάθε γυναίκας (Nappi et al. 2016).

3.5 Οστεοπόρωση

Τα συμπτώματα δυσφορίας που σχετίζονται με αλλαγές στην εκφύλιση των μυών και των αρθρώσεων, συχνά επιδεινώνονται κατά την εμμηνόπαυση. Η μέγιστη οστική μάζα παρατηρείται στην ηλικία των 30 περίπου και στην συνέχεια με την πάροδο του χρόνου υπάρχει η οστική πυκνότητα μειώνεται (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Η απώλεια οστού στην εμμηνόπαυση αναφέρεται σε περίοδο 5-7 ετών, ξεκινάει περίπου 2-3 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση, κορυφώνεται τα 3 πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση περίπου 2,4 % ετησίως και στην συνέχεια μειώνεται σε περίπου 1,2% ετησίως (Faubion et al. 2015).

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν (Minkin 2019) :

- Το ιστορικό προηγούμενων καταγμάτων
- Το οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης
- Το χαμηλό βάρος
- Το κάπνισμα
- Χρήση κορτικοστεροειδών
- Μεγάλες περίοδοι αμηνόρροιας

Επιπλέον η αποτελεσματικότητα της αναγέννησης των σκελετικών μυών μειώνεται με την ηλικία και σχετίζεται με την μείωση των ορμονών της αναπαραγωγικής λειτουργίας (Stojanovska et al. 2014).

Λόγω των ακούσιων αλλαγών και της εμφάνισης σωματικών διαταραχών, παρατηρείται εκφύλιση των αρθρώσεων των οστών και νευρολογικές αλλοιώσεις που συμβάλουν στην αίσθηση του μυϊκού πόνου των γυναικών κατά την εμμηνόπαυση με ποικίλα αίτια (Makara-Studzinska, Krys-Noszczyk & Jakiel 2014).

Μελέτες σχετικά με τον κίνδυνο κατάγματος στην πρώιμη εμμηνόπαυση σε σύγκριση με την φυσική, έχουν δείξει αύξηση των ποσοστών καταγμάτων τα οποία είναι συμβατά με την σχετική απώλεια οστού, με την ορμονική θεραπεία να παίζει προστατευτικό ρόλο (Faubion et al. 2015).

3.6 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό

Τόσο η καρδιαγγειακή νόσος όσο και η απώλεια του οστίτη ιστού συνδέονται με την απώλεια οιστρογόνων πέραν των κινδύνων που προκύπτουν από την φυσιολογική γήρανση (Minkin 2019).

Στην Μελέτη Framingham οι γυναίκες της δεκαετίας των 40 που ήταν μετεμμηνόπαυσιακές βρέθηκαν να έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν προεμμηνόπαυσιακές (Faubion et al. 2015, Kannel et al. 1976).

Αυτή η αρχική παρατήρηση προκάλεσε την υπόθεση ότι τα οιστρογόνα είναι προστατευτικά της καρδιαγγειακής νόσου (Faubion et al. 2015).

Ο Parashar και οι συνεργάτες διαπίστωσαν ότι η ηλικία στην εμμηνόπαυση επηρεάζει τον κίνδυνο στηθάγχης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι γυναίκες με φυσική ή χειρουργική εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 40 βρέθηκε ότι έχουν διπλάσιο κίνδυνο για εμφάνιση στηθάγχης και για σοβαρότερη μορφή στηθάγχης ένα έτος μετά το έμφραγμα του

μυοκαρδίου σε σύγκριση με γυναίκες που εμφάνισαν εμμηνόπαυση στα 50 έτη ή ήταν μεγαλύτερες (Faubion et al. 2015, Parashar et al.2010).

Η γυναίκα που δεν παρακολουθείται από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας σε τακτική βάση, θα πρέπει να ελέγχεται για παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. οικογενειακό ιστορικό, σωματικό βάρος, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα και σωματική δραστηριότητα και ιστορικό προεκλαμψίας). Εάν κατά τον έλεγχο διαπιστωθούν προβλήματα που δεν αντιμετωπίζονται από γυναικολόγο, η ασθενής πρέπει να παραπέμπεται στον κατάλληλο ιατρό (Minkin 2019).

4. Ποιότητα ζωής

4.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Στην βιβλιογραφία δεν υπάρχει συμφωνία αναφορικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής (Panzini et al. 2017).

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που σχετίζεται αυστηρά είτε με την σωματική είτε με την ψυχική υγεία με την πάροδο του χρόνου. Αναφέρεται στην αντίληψη των ατόμων για την θέση τους στη ζωή μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζουν καθώς και του συστήματος αξιών που έχουν αναπτύξει σε σχέση με τους στόχους που έχουν θέσει, τις προσδοκίες τους, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (Nappi et al. 2016).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ των εννοιών του προτύπου διαβίωσης και της ποιότητας ζωής. Το πρότυπο διαβίωσης περιλαμβάνει αντικειμενικούς κοινωνικο-οικονομικούς, δημογραφικούς και βασικούς δείκτες υγειονομικής φροντίδας, ενώ, η ποιότητα ζωής βασίζεται στις προσωπικές αντιλήψεις των ανθρώπων για την ζωή, οι οποίες μπορεί ή όχι να συμφωνούν με τους αντικειμενικούς δείκτες του προτύπου διαβίωσης (Panzini et al. 2017).

Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει 6 τομείς (Smail, Jassim & Shakil 2020):

- Σωματική Υγεία

- Κοινωνικές σχέσεις
- Ψυχολογική Κατάσταση
- Πνευματικές Ανησυχίες
- Περιβαλλοντικά Χαρακτηριστικά
- Επίπεδο Ανεξαρτησίας

Η Ομάδα Ποιότητας Ζωής του ΠΟΥ πρότεινε ότι αυτές οι αντιλήψεις προέρχονται από τον πολιτισμό στον οποίο ανήκουν τα άτομα. Συνεπώς, το πολιτισμικό σύστημα θεωρείται θεμελιώδες για την ποιότητα ζωής, καθώς διαφορετικοί πολιτισμοί αντιλαμβάνονται ως ουσιώδεις τις διαφορετικές πτυχές της έννοιας της ποιότητας ζωής προκειμένου να την προσδιορίσουν (Panzini et al. 2017).

4.2 Ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που έχει μελετηθεί ευρέως στην βιβλιογραφία και θεωρείται ως ένα σημαντικό στοιχείο της υγείας ειδικά για τις γυναίκες σε εμμηνόπαυση (Smail, Jasim & Shakil 2020).

Ενώ η βιολογική επίδραση της εμμηνόπαυσης (πχ. απώλεια οστού) προσδιορίζεται καλά, οι επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στην ζωή και την ευημερία μιας γυναίκας ή στην ποιότητα ζωής της είναι λιγότερο σαφείς (Hess et al. 2012).

Παρότι η πλειοψηφία των γυναικών εμφανίζει πολλαπλά συμπτώματα, στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά ερωτηματικά σχετικά με τα συμπτώματα, την συχνότητα και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των γυναικών (Greenblum, C.A., Rowe, Neff, & Greenblum, J.S. 2013).

Η συχνότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλει βασιζόμενη σε επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία εκτίμησης. Η επίδραση της εμμηνόπαυσης στην ποιότητα ζωής των γυναικών περιλαμβάνει αλλαγές στην σωματική υγεία, ψυχοσωματικούς τομείς και την προσωπική ζωή (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah

2016).

Μερικά συμπτώματα συνδέονται άμεσα με την έλλειψη των οιστρογόνων. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και η κολπική ατροφία που οδηγεί σε κολπική ξηρότητα συνδέονται με τα επίπεδα των ορμονών του φύλου. Άλλα συμπτώματα όπως διαταραχές του ύπνου, κόπωση, άγχος και αύξηση βάρους, παρότι αναφέρονται από αρκετές γυναίκες στην εμμηνόπαυση, μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες και συμβαίνουν και σε μη μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Greenblum,C.A.,Rowe, Neff, & Greenblum, J.S. 2013).

Συνολικά, μελέτες σε πληθυσμούς γυναικών που αναζητούν φροντίδα για συμπτώματα εμμηνόπαυσης, έχουν διαπιστώσει αρνητική επίδραση της εμμηνόπαυσης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την σωματική υγεία, ενώ οι μελέτες σε γενικό πληθυσμό ανέφεραν είτε αρνητικό αντίκτυπο μόνο στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, αλλά όχι στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία ή απέτυχαν να βρουν επίδραση στην εμμηνόπαυση (Hess et al. 2012).

Ένα σύμπτωμα ορίζεται ως η υποκειμενική εμπειρία σχετικά με τις αλλαγές στη βιοψυχοκοινωνική ή γνωστική λειτουργία ενός ατόμου (Dodd et al.2001). Η κατανόηση της εμπειρίας των συμπτωμάτων είναι σημαντική για την εκτίμηση και την μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που προκαλούν στην υγεία και την ποιότητα ζωής της γυναίκας (Greenblum, C.A., Rowe, Neff, & Greenblum, J.S.2013).

Πρόσφατα η SWAN (Study of Womens Health Across the Nation) Εθνική Μελέτη Υγείας των Γυναικών, σε δείγμα γυναικών κατά την μετάβασή τους στην εμμηνόπαυση, διαπίστωσε αρνητικό αντίκτυπο των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης στην ποιότητα ζωής (Hess et al. 2012).

Η υγεία των γυναικών αντιμετωπίζεται διαφορετικά σε διάφορους πολιτισμούς παρόλο που η ανάγκη για γνώσεις και πληροφορίες σε αυτόν τον τομέα είναι ζωτικής σημασίας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών σε εμμηνόπαυση προέρχεται κυρίως από ασιατικούς και βιομηχανικά ανεπτυγμένους δυτικούς πληθυσμούς. Στην

Ιαπωνία η εμμηνόπαυση θεωρείται ως περίοδος ανανέωσης και ενέργειας και ονομάζεται *konenki* ενώ, ο αντίστοιχος αραβικός όρος σημαίνει «απελπισμένη ηλικία» επειδή θεωρείται το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας. Στην πραγματικότητα το προσωπικό κίνητρο και οι αντιλήψεις για την εμμηνόπαυση ευνοούν την εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα, η κοινωνική και η ψυχολογική αλλά και η οικονομική υποστήριξη μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες να ανακουφιστούν από το βάρος της εμμηνόπαυσης. Συνεπώς, το πολιτισμικό πλαίσιο μπορεί να ευθύνεται για τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες βιώνουν και αντιμετωπίζουν την εμπειρία της εμμηνόπαυσης (Smail, Jasim & Shakil 2020).

Οι γυναίκες με υψηλότερη DHEAS ανέφεραν καλύτερη συνολικά ποιότητα ζωής, σωματική λειτουργία και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Η κυκλοφορία DHEAS ποικίλλει ανάλογα με την εθνικότητα. Οι Κινέζες έχουν τα υψηλότερα επίπεδα και σχετίζονται σημαντικά με τον δείκτη μάζας σώματος (Santoro & Randolph 2011).

Οι γυναίκες στην μέση ηλικία αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις και άγχος στην προσωπική τους ζωή όπως η αλλαγή των ρόλων της οικογένειας, η απώλεια σημαντικών προσώπων, οι αλλαγές και οι αυξανόμενες απαιτήσεις στην εργασία, ανησυχίες για την υγεία, για τη συνταξιοδότηση και τη γήρανση. Οι γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με τις γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση και την απασχόληση. Η καταθλιπτική διάθεση και η κακή αντίληψη για την υγεία είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στις γυναίκες της μέσης ηλικίας (Baker, Lampio, Saaresranta & Kantola 2018).

Οι επαγγελματίες υγείας και οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν αυτόν τον αντίκτυπο και να εργαστούν για την βελτίωση της ποιότητας ζωής, αντί να αναμένουν ότι η ποιότητα ζωής θα βελτιωθεί άμεσα όταν τα συμπτώματα υποχωρήσουν. Οι ερευνητές πρέπει να εξετάσουν εκτός από τα κλασικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, ένα πιο ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για να κατανοήσουν καλύτερα την φθίνουσα πορεία της ποιότητας ζωής κατά την εμμηνόπαυση (Hess et al. 2012).

Με βάση αυτά τα ευρήματα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση των αναγκών των γυναικών και στην αύξηση της ευαισθητοποίησής τους, παρέχοντας την κατάλληλη εκπαιδευτική συνεδρία όσον αφορά την περίοδο της εμμηνόπαυσης και τον τρόπο αντιμετώπισης των συνήθων προβλημάτων που συνδέονται με την εμμηνόπαυση (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεχίζουν να εξετάζουν και άλλες πτυχές της ζωής των γυναικών πέρα από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που εμφανίζονται ταυτόχρονα και μπορεί να υποδεικνύουν παρέμβαση (Hess et al. 2012).

5. Θεραπεία εμμηνόπαυσης

5.1 Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, η χρήση συνθετικών ορμονών οιστρογόνων και προγεστίνης σε γυναίκες με μήτρα ή μόνο οιστρογόνων σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή, ήταν η πιο αποτελεσματική θεραπεία για την ανακούφιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων αλλά περιλάμβανε πολλούς κινδύνους. Μια μεγάλη τυχαιοποιημένη δοκιμή από την Πρωτοβουλία για την Υγεία των Γυναικών ανέφερε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και καρδιακών παθήσεων (Stojanovska et al. 2014).

Αν και η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης είναι πολύ αποτελεσματική για τις αγγειοκινητικές διαταραχές, αυτές επαναλαμβάνονται συχνά μετά την διακοπή της. Σε μια πρόσφατη μελέτη, περισσότερο από το 90% των γυναικών που διέκοψαν την ορμονική θεραπεία είχαν υποτροπή με σοβαρά αγγειοκινητικά συμπτώματα (Avis, Crawford & Green 2018).

Παραδόξως μόνο ένας μικρός αριθμός τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών έχουν εξετάσει τα οφέλη της ορμονικής θεραπείας σε κλινικά καταθλιπτικές γυναίκες. Παρά τις ενδείξεις για τις αντικαταθλιπτικές ιδιότητες του οιστρογόνου E2-ιδιαίτερα σε καταθλιπτικές, περιεμμηνοπαυσιακές

γυναίκες –η αποδοχή της θεραπείας με οιστρογόνα παραμένει περιορισμένη (Soares 2017).

Τα χαμηλής δόσης αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν μόνο 20mg αιθινυλοιστραδιόλη και προγεστερόνη δεν αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά μόνο τις εξάψεις αλλά παρέχουν και αντισύλληψη στις γυναίκες που βρίσκονται στην περίοδο της περιεμμηνόπαυσης (Takahashi & Johnson 2015).

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μετα-ανάλυση η ορμονική θεραπεία βελτιώνει σε μέτριο βαθμό την υποκειμενική εκτιμώμενη διαταραχή του ύπνου (Baker, Lampio, Saaresranta & Polo-Kantola 2018).

Σε μελέτες περιπτώσεων βρέθηκε ότι, το διαδερμικό οιστρογόνο συσχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης σε σύγκριση με την ισοδύναμη δόση του οιστρογονικού σκευάσματος που χορηγείται από το στόμα (Takahashi & Johnson 2015).

Η ανάλυση της σεξουαλικής δραστηριότητας από την Πρωτοβουλία για την Υγεία των γυναικών δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ορμονικής θεραπείας και της συνέχισης της σεξουαλικής δραστηριότητας, υποστηρίζοντας ότι η θεραπεία με οιστρογόνα δεν αυξάνει την libido (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Υπάρχουν πολύ χαμηλής δόσης σκευάσματα οιστρογόνων και είναι αποτελεσματικά για την θεραπεία εξάψεων σε μερικές γυναίκες. Διατίθενται σε διάφορες μορφές: διαδερμικά πηκτώματα, γαλακτώματα, έμπλαστρα ή σπρέϊ. Πολλές γυναίκες αναφέρουν βελτίωση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων μετά την εμμηνόπαυση. Συνιστάται να ακολουθείται η ορμονική θεραπεία κάθε 6 έως 12 μήνες, να διακόπτεται και να ξαναρχίζει εάν είναι απαραίτητο (Takahashi & Johnson 2015).

5.2 Φυτοοιστρογόνα, Βότανα και Βιταμίνες

Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι ορισμένα φυτικά προϊόντα και βιταμίνες μπορεί να τις βοηθήσουν στην αποφυγή εξάψεων (Minkin 2019).

Τα φυτοοιστρογόνα, μια ομάδα χημικών ουσιών που προέρχονται από φυτά και βρίσκονται σε τρόφιμα όπως η σόγια, το κόκκινο τριφύλλι και η αλφα-αλφα θεωρούνται προστατευτικά για τα αγγειοκινητικά συμπτώματα λόγω της ομοιότητας (δομικής τους) με την E2 και του χαμηλότερου επιπολασμού των αγγειοκινητικών διαταραχών στις Ασιάτισσες γυναίκες. Ωστόσο σε μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων μελετών δεν βρέθηκε καμία ένδειξη ότι τα φυτοοιστρογόνα εμφανίζουν ευεργετική επίδραση στα αγγειοκινητικά συμπτώματα. Στη μελέτη SWAN, η βασική πρόσληψη γενιστεΐνης (ένας τύπος φυτοοιστρογόνου) δεν συσχετίστηκε με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και δεν εξηγούσε την μείωση των αναφερόμενων συμπτωμάτων σε Ασιάτισσες γυναίκες (Avis, Crawford & Green 2018).

Ο ρόλος της σόγιας είναι αμφιλεγόμενος. Υπάρχουν περιορισμένες μελέτες που δείχνουν ότι η σόγια μπορεί να βοηθήσει στις εξάψεις. Μερικοί ογκολόγοι πιστεύουν ότι είναι επικίνδυνη (Minkin 2019).

Αρκετές γυναίκες (50-75%) στην περίοδο της μετεμμηνόπαυσης δοκιμάζουν εναλλακτικές θεραπείες. Ωστόσο, δεν έχουν μελετηθεί αρκετά ικανοποιητικά και δεν ρυθμίζονται από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Takahashi & Johnson 2015).

5.3 Άσκηση και Εμμηνόπαυση

Η σωματική άσκηση ως παρέμβαση έχει διαπιστωθεί ότι ασκεί θετική επίδραση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, στην κατάθλιψη και στην ποιότητα ζωής (Stojanovska et al. 2014).

Η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα της χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, των απολιποπρωτεϊνών και της γλυκόζης και συνδέεται με την μείωση των εξάψεων (Stojanovska et al. 2014).

Περίπου οι μισές από τις Μελέτες Παρατήρησης δεν αναφέρουν καμία συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, ενώ άλλες αναφέρουν προστατευτική συσχέτιση (Avis, Crawford & Green 2018).

Σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή παρέμβασης αερόβιας άσκησης, η Μελέτη MsFLASH (Menopause Strategies: Finding Lasting Answers for Symptoms and Health) δεν βρέθηκε καμία θετική συσχέτιση μεταξύ της άσκησης και της συχνότητας ή της ενόχλησης από τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (Avis, Crawford & Green 2018).

Συμβουλευόντας τις γυναίκες σχετικά με τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και της άσκησης για τον έλεγχο του βάρους και τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και νόσων που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν την συνολική ποιότητα ζωής (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος 176 συμπτωματικές γυναίκες που ακολουθούσαν καθιστική ζωή, συμμετείχαν σε πρόγραμμα αερόβιας γυμναστικής διάρκειας 50 λεπτών, 4 φορές την εβδομάδα για 6 μήνες. Αυτές οι γυναίκες παρατήρησαν μείωση της συχνότητας των εξάψεων. Οι συνήθειες καθημερινές σωματικές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, η ποδηλασία, η κηπουρική και οι σχετικές με την εργασία σωματικές δραστηριότητες, που δεν διαρκούν πάνω από 60 λεπτά την ημέρα, έχει διαπιστωθεί ότι ασκούν ευνοϊκή επίδραση στα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής που συνδέεται με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Επηρεάζουν θετικά τη διάθεση και ενισχύουν την ψυχική ευφορία. Δεν έχει τεκμηριωθεί ότι η άσκηση αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, ωστόσο, οι γυναίκες που έχουν κάποια σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση φαίνονται λιγότερο αγχωμένες και έχουν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής. Το πιο σημαντικό είναι ότι, η άσκηση επιφέρει καλά αποτελέσματα και είναι ασφαλής χωρίς αναφερόμενες παρενέργειες (Stojanovska et al. 2014).

6. Μεθοδολογία

6.1 Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διερεύνηση της επίπτωσής τους στην ποιότητα ζωής των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Υπόθεση 1: Τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης συσχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών

Υπόθεση 2: Τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης συσχετίζονται αρνητικά με την σεξουαλική λειτουργία των γυναικών

Υπόθεση 3: Οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες που δεν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

Υπόθεση 4: Οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν περισσότερες διαταραχές ύπνου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

6.2 Περιγραφή δείγματος

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στο Γυναικολογικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας. Οι γυναίκες που προσήλθαν για γυναικολογική εξέταση ρωτήθηκαν για την συμμετοχή τους στην μελέτη και όσες συμφώνησαν να συμμετάσχουν, συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν.

Τα κριτήρια επιλογής ήταν:

- Γυναίκες ηλικίας 45-55
- Να μην ακολουθούν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης
- Να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα

- Να μην πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, καρδιακό νόσημα και θυρεοειδοπάθεια

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο έως και τον Οκτώβριο του 2020. Οι γυναίκες συμπλήρωναν το έντυπο ερωτηματολόγιο στην αίθουσα αναμονής του Γυναικολογικού Ιατρείου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Ο χρόνος συμπλήρωσής του ήταν 15-20 λεπτά. Στις γυναίκες που είχαν απορίες σχετικά με τις ερωτήσεις δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις.

Αρκετές γυναίκες πήραν το ερωτηματολόγιο για να το συμπληρώσουν στο σπίτι τους, όπου θα είχαν ευχέρεια χρόνου. Βέβαια μερικές από αυτές, δεν το επέστρεψαν ποτέ με αποτέλεσμα να μην συμπεριληφθούν στην μελέτη.

Πήραν μέρος 100 γυναίκες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση και 101 γυναίκες που δεν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Όλες οι συμμετέχουσες παρείχαν γραπτή συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης η οποία φυλάσσονταν σε χωριστό φάκελο προκειμένου να διατηρηθεί η ανωνυμία τους.

6.3 Εργαλείο μέτρησης

Τα εργαλεία μέτρησης είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που εκτός από ερωτήσεις που αφορούν κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνει τα κάτωθι:

1. Την κλίμακα DASS21 που μετρά την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες και αποτελείται από 21 ερωτήσεις με απαντήσεις από 0-3. Το 0 αντιστοιχεί στο δεν ίσχυε για μένα καθόλου, ενώ το 3 στο ίσχυε για μένα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό (Lovibond S. & Lovibond P.1995).
2. Την κλίμακα (Menopause specific quality of life questionnaire MENQOL) που περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις και αναφέρεται στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την

ποιότητα ζωής. Αν η γυναίκα είχε αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα, πρέπει να αξιολογήσει πόσο έχει ενοχληθεί σε κλίμακα τύπου Likert από το 0 έως το 6 (Lewis, Hilditch & Wong 2005).

3. Ένα ερωτηματολόγιο που μετρά τις διαταραχές του ύπνου (Pittsburgh Sleep Quality Index) και αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Οι 4 ερωτήσεις είναι ανοικτού τύπου και οι άλλες 5 σε κλίμακα τύπου Likert με απαντήσεις από το 0 έως το 3 (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer 1989).
4. Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής (SF12) που περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις (Ware, Kosinski & Keller 1996).
5. Την κλίμακα HFRS (Hot Flush Rating Scale) που μετρά την συχνότητα των εξάψεων και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής της γυναίκας και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert και απαντήσεις από το 1 έως το 10 (Hunter & Liao 1995).
6. Την κλίμακα που μετρά την σεξουαλική λειτουργία Female Sexual Function Index (FSFI) και αποτελείται από 20 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert με απαντήσεις από το 1 έως το 5. Μόνο η τελευταία ερώτηση έχει διαβάθμιση από το 1 έως το 10 (Rosen et al. 2000).

6.4 Άδεια διεξαγωγής έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατόπιν χορήγησης αδείας για την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης από την 2^η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, όπου υπάγεται το Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας και κατόπιν εγκρίσεως από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΠΑΔΑ.

6.5 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι

απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών όπου ήταν απαραίτητο χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες κατάθλιψης, σεξουαλικής λειτουργικότητας και ποιότητα ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την κλίμακα ποιότητας ύπνου έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Όσον αφορά τον δείκτη cronbach' s alpha όλοι ήταν πάνω από 0,7 που είναι το αποδεκτό όριο.

Αναλυτικά ο δείκτης cronbach' s alpha για όλες τις διαστάσεις των κλιμάκων και υποκλιμάκων παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Cronbach's a
DASS-21	
Βαθμολογία κατάθλιψης	0,93
Βαθμολογία άγχους	0,86
Βαθμολογία στρες	0,92
Συνολική βαθμολογία άγχους, κατάθλιψης, στρες DASS-21	0,96
MENQOL	
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	0,93
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	0,92
Σωματικά συμπτώματα	0,96
Σεξουαλικά συμπτώματα	0,96
Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PSQI)	0,71
Ποιότητα ζωής(SF-12)	
Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	0,73
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	0,72
Κλίμακα εφιδρώσεων/εξάψεων (HFRS)	
Συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων ανά εβδομάδα	-
Έλεγχος/Αντιμετώπιση	0,98
Προβλήματα	0,98
Κλίμακα γυναικείας σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI)	
Σεξουαλική επιθυμία	0,99
Διέγερση	0,99
Εφύγρανση	0,98
Οργασμός	0,97
Ικανοποίηση	0,98
Πόνος	0,75
Συνολικό σκορ	0,98

7. Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 201 γυναίκες από τις οποίες οι 100 (49,8%) βρίσκονται σε εμμηνόπαυση. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με το αν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των γυναικών του δείγματος

		Σύνολο δείγματος	Μη εμμηνόπαυσιακές	Εμμηνόπαυσιακές	P Pearson's x2 test
		N(%)	N(%)	N(%)	
Εθνικότητα	Ελληνική	192(95,5)	99(98)	93(93)	0,101 ⁺
	Άλλη	9(4,5)	2(2)	7(7)	
Αν άλλη ποια	Αλβανική	6(3)	2(2)	4(4)	-
	Ρωσική	3(1,5)	0(0)	3(3)	
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		50(2,7)	49,7(2,6)	50,3(2,9)	0,114 ⁺⁺
Δ.Μ.Σ, Μέση τιμή (SD)		26,8 (3,5)	26,6(3,5)	26,9(3,5)	0,471 ⁺⁺
Δ.Μ.Σ	Φυσιολογική	63(31,3)	30(29,7)	33(33)	0,322
	Υπέρβαρη	108(53,7)	59(58,4)	49(49)	
	Παχύσαρκη	30(14,9)	12(11,9)	18(18)	
Εργάζεστε	Όχι	90(44,8)	45(44,6)	45(45)	0,949
	Ναι	111(55,2)	56(55,4)	55(55)	
Αν ναι τι επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	37(33,3)	18(32,1)	19(34,5)	0,792
	Ελεύθερος επαγγελματίας	21(18,9)	12(21,4)	9(16,4)	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	53(47,7)	26(46,4)	27(49,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	11(5,5)	1(1)	10(10)	0,031 ⁺
	Γυμνάσιο	38(18,9)	15(14,9)	23(23)	
	Λύκειο	115(57,2)	64(63,4)	51(51)	
	ΤΕΙ	22(10,9)	12(11,9)	10(10)	
	ΑΕΙ	8(4)	4(4)	4(4)	
	Μεταπτυχιακό	5(2,5)	3(3)	2(2)	
	Διδακτορικό	2(1)	2(2)	0(0)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	20(10)	13(12,9)	7(7)	0,264
	Έγγαμη με παιδιά	127(63,2)	59(58,4)	68(68)	
	Διαζευγμένη	16(8)	6(5,9)	10(10)	
	Σε συμβίωση	29(14,4)	18(17,8)	11(11)	
	Άγαμη	9(4,5)	5(5)	4(4)	
Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα σε ευρώ	0-5.000	11(5,5)	6(5,9)	5(5)	<0,001
	5.000-12.000	58(28,9)	15(14,9)	43(43)	
	12.000-20.000	107(53,2)	66(65,3)	41(41)	
	>20.000	25(12,4)	14(13,9)	11(11)	

+Fisher's exact test ++Student's t-test

Το 95,5% των συμμετεχουσών ήταν Ελληνίδες, η μέση ηλικία τους ήταν τα 50 έτη (SD=2,7 έτη), ενώ το 53,7% αυτών ήταν υπέρβαρες. Επίσης, το 55,2% εργάζονταν εκ των οποίων το 47,7% εργάζονταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 57,2% είχαν τελειώσει το Λύκειο ενώ τα ποσοστά αυτών που είχαν τελειώσει Δημοτικό ή Γυμνάσιο ήταν υψηλότερο στις συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση.

Επίσης το 63,2% ήταν έγγαμες με παιδιά και το 53,2% είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 12-20.000 ευρώ, ενώ τα ποσοστά όσων είχαν ετήσιο εισόδημα 5-12.000 ευρώ ήταν σημαντικά υψηλότερα στις συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση.

Ακολουθεί ο πίνακας 2 με στοιχεία που αφορούν στην έμμηνο ρήση των συμμετεχουσών.

Πίνακας 2. Συγκριτικά στοιχεία γυναικών με εμμηνόπαυση σε σχέση με αυτές χωρίς εμμηνόπαυση

		<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>		<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>	
		N(%)		N(%)	
Βρίσκεστε σε περιεμμηνόπαυση	Όχι	52(51,5)			
	Ναι	49(48,5)			
Πριν πόσες μέρες ήταν η τελευταία περίοδος, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. Εύρος)		13,3(8,8)	10(7-20)		
Πριν πόσα χρόνια είχατε την τελευταία περίοδο, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. Εύρος)				1,9(0,9)	2(1-2)
Εάν δεν έχετε περίοδο έχετε πάρει κάποια φάρμακα για ορμονική υποκατάσταση	Όχι			99(99)	
	Ναι			1(1)	

Το 48,5% των συμμετεχουσών που είχαν ακόμα εμμηνορρυσία βρίσκονταν σε περιεμμηνόπαυση, ενώ για τις υπόλοιπες ο μέσος αριθμός ημερών της τελευταίας εμμηνορρυσίας ήταν 13,3 ημέρες (SD=8,8 ημέρες).

Όσον αφορά στις συμμετέχουσες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση, η τελευταία τους εμμηνορρυσία ήταν κατά μέσο όρο πριν από 1,9 έτη (SD=0,9 έτη) ενώ μόνο μια εξ αυτών είχε πάρει φάρμακα για ορμονική υποκατάσταση.

7.1 Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21)

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η βαθμολογία και τα αντίστοιχα επίπεδα στις διαστάσεις της κλίμακας άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21) ανάλογα

με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες(DASS-21) των συμμετεχουσών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση σε σχέση με αυτές που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση

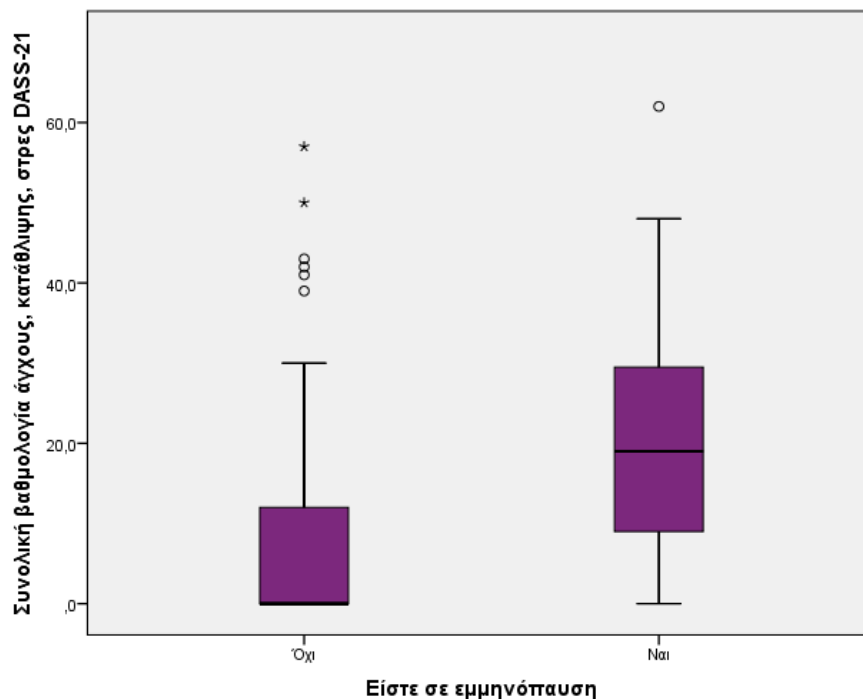
		<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>		<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	
Βαθμολογία κατάθλιψης		5,7(5,3)	4,5(1-10)	2,3(4)	0(0-3)	<0,001
Επίπεδα κατάθλιψης, N(%)	Φυσιολογικό	50(50)		80(79,2)		<0,001⁺
	Ήπιο	9(9)		9(8,9)		
	Μέτριο	19(19)		5(5)		
	Υψηλό	15(15)		3(3)		
	Πολύ υψηλό	7(7)		4(4)		
Βαθμολογία άγχους		5,3(4,2)	4,5(2-8)	1,7(3,5)	0(0-1)	<0,001
Επίπεδα άγχους, N(%)	Φυσιολογικό	43(43)		86(85,1)		<0,001⁺
	Ήπιο	7(7)		4(4)		
	Μέτριο	18(18)		3(3)		
	Υψηλό	15(15)		1(1)		
	Πολύ υψηλό	17(17)		7(6,9)		
Βαθμολογία στρες		8,9(5,2)	9(5-13)	4,1(5,5)	0(0-7)	<0,001
Επίπεδα στρες, N(%)	Φυσιολογικό	41(41)		78(77,2)		<0,001⁺
	Ήπιο	13(13)		7(6,9)		
	Μέτριο	19(19)		7(6,9)		
	Υψηλό	18(18)		4(4)		
	Πολύ υψηλό	9(9)		5(5)		
Συνολική βαθμολογία άγχους, κατάθλιψης, στρες DASS-21		19,9(13,1)	19(9-29,5)	8,1(12,2)	0(0-12)	<0,001

+Pearson's χ^2 test

Η βαθμολογία τόσο στις 3 διαστάσεις όσο και συνολικά ήταν σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση συνεπώς είχαν υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που δε βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχουσες με εμμηνόπαυση είχαν σημαντικά υψηλότερα τα μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Στο γράφημα 1 απεικονίζεται η συνολική βαθμολογία άγχους, κατάθλιψης, στρες των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση ή όχι.

Γράφημα 1. Επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες(DASS-21) των συμμετεχουσών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση σε σχέση με αυτές που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση



7.2 Κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (MENQOL)

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία στις διαστάσεις της κλίμακας εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (MENQOL), ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Υψηλότερες τιμές σε κάθε διάσταση υποδηλώνουν αντίστοιχα περισσότερα συμπτώματα.

Πίνακας 4. Σύγκριση εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση σε σχέση με αυτές που δεν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

	<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>		<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>		P Mann-Whitney test
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	5(1,7)	5(3,7-6,3)	3,3(1,5)	2,3(2,3-4)	<0,001
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	3,5(1,7)	3,3(2,2-4,8)	2,1(1,5)	1,4(1-2,9)	<0,001
Σωματικά συμπτώματα	3,6(1,4)	3,6(2,6-4,5)	2(1,4)	1,2(1-2,7)	<0,001
Σεξουαλικά συμπτώματα	4,3(2,2)	4,3(2,3-6,2)	1,8(1,8)	1(1-1)	<0,001

Η βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις ήταν σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση. Συνεπώς αντιμετώπιζαν περισσότερα αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά, σωματικά και σεξουαλικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες που δε βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση.

7.3 Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PSQI)

Στον πίνακα 5 δίνεται η ποιότητα ύπνου των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι.

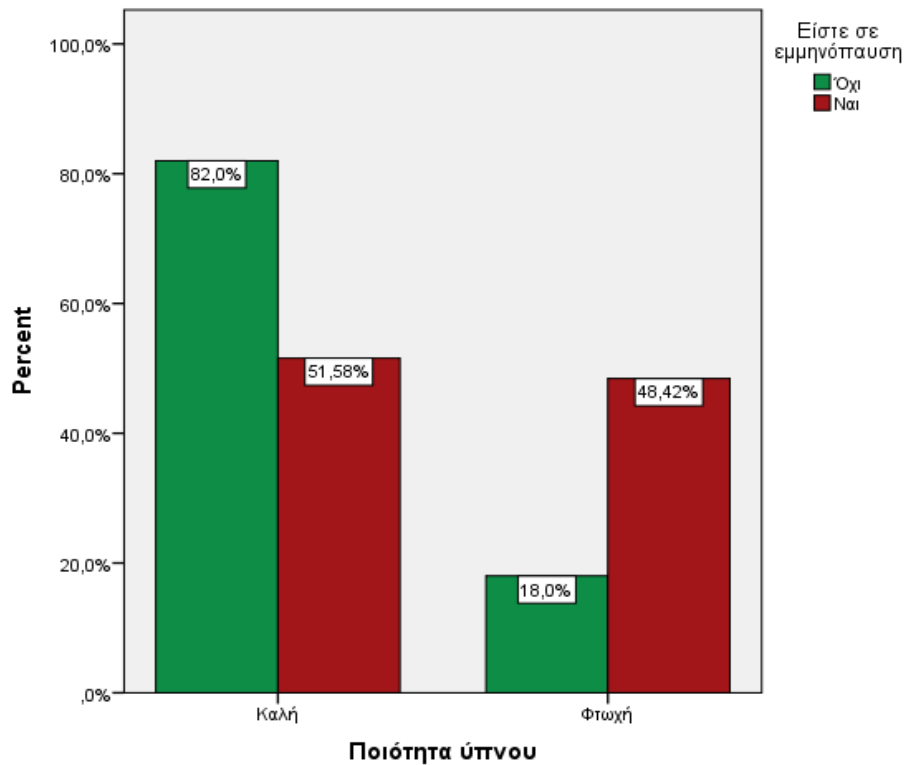
Πίνακας 5. Σύγκριση της ποιότητας ύπνου των γυναικών σε εμμηνόπαυση σε σχέση με αυτές που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση

		<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>	<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>	P Pearson X2 test
		N(%)	N(%)	
Ποιότητα ύπνου	Καλή	49(51,6)	82(82)	<0,001
	Κακή	46(48,4)	18(18)	

Τα επίπεδα κακής ποιότητας ύπνου ήταν σημαντικά υψηλότερα στις συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση.

Στο γράφημα 2 απεικονίζεται διαγραμματικά η ποιότητα του ύπνου των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση ή όχι.

Γράφημα 2. Διαγραμματική απεικόνιση της ποιότητας ύπνου μεταξύ των γυναικών σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση



7.4 Ποιότητα ζωής (SF-12)

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

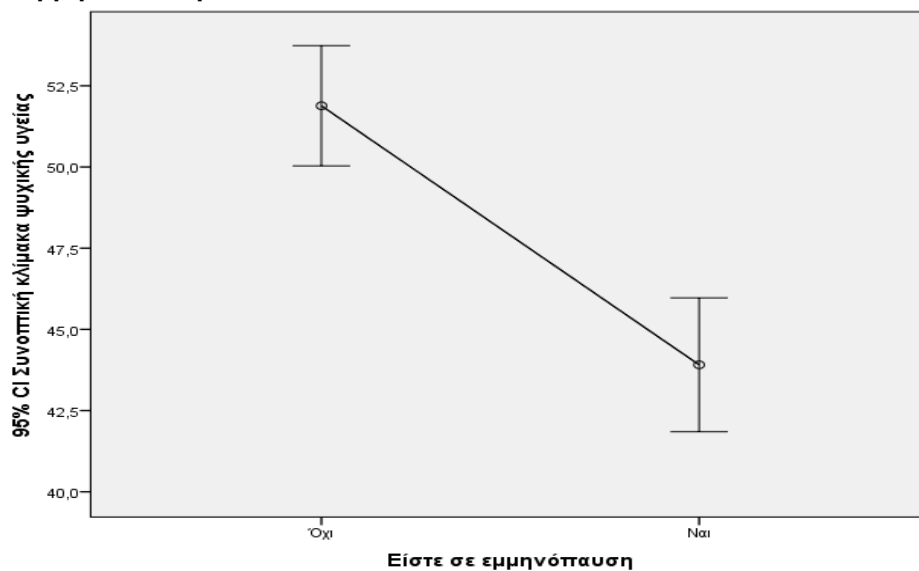
Πίνακας 6. Σύγκριση επιπέδων ποιότητας ζωής μεταξύ γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

	<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>	<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>	P Students t test
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	46,1(9,6)	53,9(7,9)	<0,001
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	43,9(10,4)	51,9(9,4)	<0,001

Οι τιμές τόσο στη συνοπτική κλίμακα φυσικής όσο και ψυχικής υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερες στις γυναίκες που δε βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση, συνεπώς οι μη εμμηνοπαυσιακές συμμετέχουσες είχαν συνολικά καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία.

Στο γράφημα 3 απεικονίζεται διαγραμματικά η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση ή όχι.

Γράφημα 3. Διαγραμματική απεικόνιση της βαθμολογίας στην κλίμακα ψυχικής υγείας μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση



7.5 Κλίμακα εφιδρώσεων/εξάψεων (HFRS)

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας εφιδρώσεων/εξάψεων HFRS, ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν περισσότερες εξάψεις/εφιδρώσεις σε εβδομαδιαία βάση, περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με αυτές, αλλά καλύτερη αντιμετώπιση και έλεγχος αυτών.

Πίνακας 7. Σύγκριση διαστάσεων της κλίμακας εφιδρώσεων/εξάψεων HFRS μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση

	<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>		<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>		P Mann-Whitney test
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	
Συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων ανά εβδομάδα	32,8(35,3)	21(14-37,5)	8,7(17,9)	2(2-10)	<0,001
Έλεγχος/Αντιμετώπιση	6,5(2,6)	6(5-9)	8,9(2,1)	10(9-10)	<0,001
Προβλήματα	4,5(3)	4,3(1,7-6,8)	2,3(2,4)	1(1-2,7)	<0,001

Η βαθμολογία στις διαστάσεις «Συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων ανά εβδομάδα» και «Προβλήματα» ήταν σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση, συνεπώς οι εμμηνοπαυσιακές συμμετέχουσες εμφάνιζαν περισσότερες εξάψεις/εφιδρώσεις εβδομαδιαίως ενώ αντιμετώπιζαν και περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με αυτές. Αντίθετα υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος/Αντιμετώπιση» είχαν οι συμμετέχουσες που δε βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση, δηλαδή αντιμετώπιζαν/έλεγχαν καλύτερα τις ενδεχόμενες εξάψεις/εφιδρώσεις.

7.6 Κλίμακα σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI)

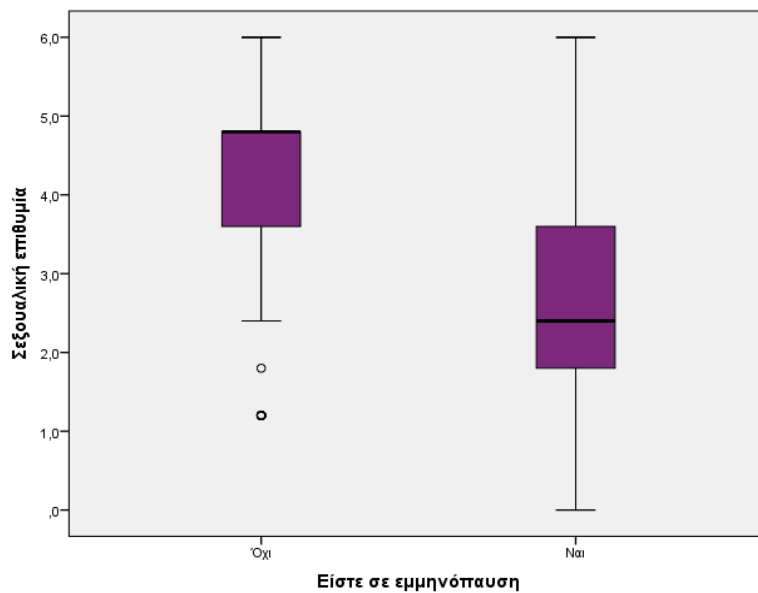
Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας γυναικείας σεξουαλικής λειτουργικότητας FSFI, ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα στον εκάστοτε τομέα και συνολικά.

Πίνακας 8. Σύγκριση των επιπέδων σεξουαλικής λειτουργικότητας μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση

	<i>Εμμηνοπαυσιακές</i>		<i>Μη εμμηνοπαυσιακές</i>		P Mann-Whitney test
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	
Σεξουαλική επιθυμία	3(1,5)	2,4(1,8-3,6)	4,1(1,4)	4,8(3,6-4,8)	<0,001
Διέγερση	3,1(1,9)	3,6(1,7-4,8)	4,1(1,7)	4,8(3,6-4,8)	<0,001
Υγρασία	3,3(1,8)	3,6(2,4-4,8)	4,2(1,7)	4,8(3,6-4,8)	<0,001
Οργασμός	3,4(1,9)	3,6(2,2-4,8)	4,2(1,7)	4,8(3,6-5,2)	<0,001
Ικανοποίηση	3,4(1,8)	3,6(1,6-4,8)	4,2(1,5)	4,8(3,6-4,8)	<0,001
Πόνος	3,5(1,2)	4(2,8-4,2)	4,2(1)	4,4(3,6-5,2)	<0,001
Συνολικό σκορ	19,7(9)	20,9(12,3-27)	25(8,2)	28(20,8-29,6)	<0,001

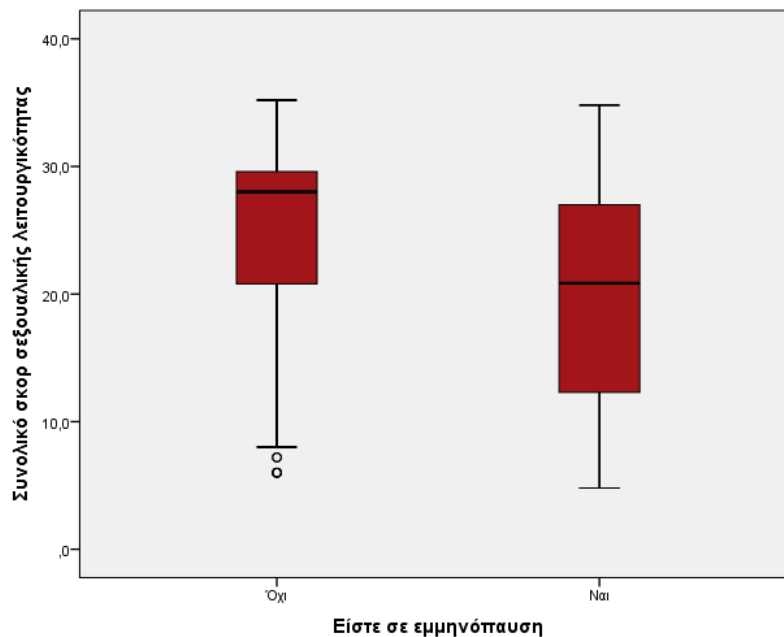
Οι συμμετέχουσες που δε βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση είχαν καλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα σε κάθε τομέα αλλά και συνολικά σε σχέση με τις εμμηνοπαυσιακές συμμετέχουσες. Στο διάγραμμα 4 απεικονίζεται διαγραμματικά η σεξουαλική επιθυμία μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση όπου παρατηρείται ότι οι γυναίκες που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση εμφανίζουν εντονότερη σεξουαλική επιθυμία σε σχέση με τις γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση.

Γράφημα 4. Διαγραμματική απεικόνιση της σεξουαλικής επιθυμίας μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση



Στο γράφημα 5 απεικονίζεται διαγραμματικά η σεξουαλική λειτουργικότητα των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση ή όχι.

Γράφημα 5. Διαγραμματική απεικόνιση της σεξουαλικής λειτουργικότητας μεταξύ γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και αυτών που δεν βρίσκονται σε εμμηνόπαυση



7.7 Συσχέτιση επιδρώσεων/εξάψεων και συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την ποιότητα ζωής, ποιότητα ύπνου, σεξουαλική λειτουργικότητα και συμπτώματα άγχους/κατάθλιψης/στρες

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στις κλίμακες άγχους/κατάθλιψης/στρες, ποιότητας ζωής και σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση ανάλογα με τη βαθμολογία στην κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων.

Πίνακας 9. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των κλιμάκων άγχους/ κατάθλιψης/ στρες, ποιότητας ζωής και σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνοπαυση σε σχέση με την κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων

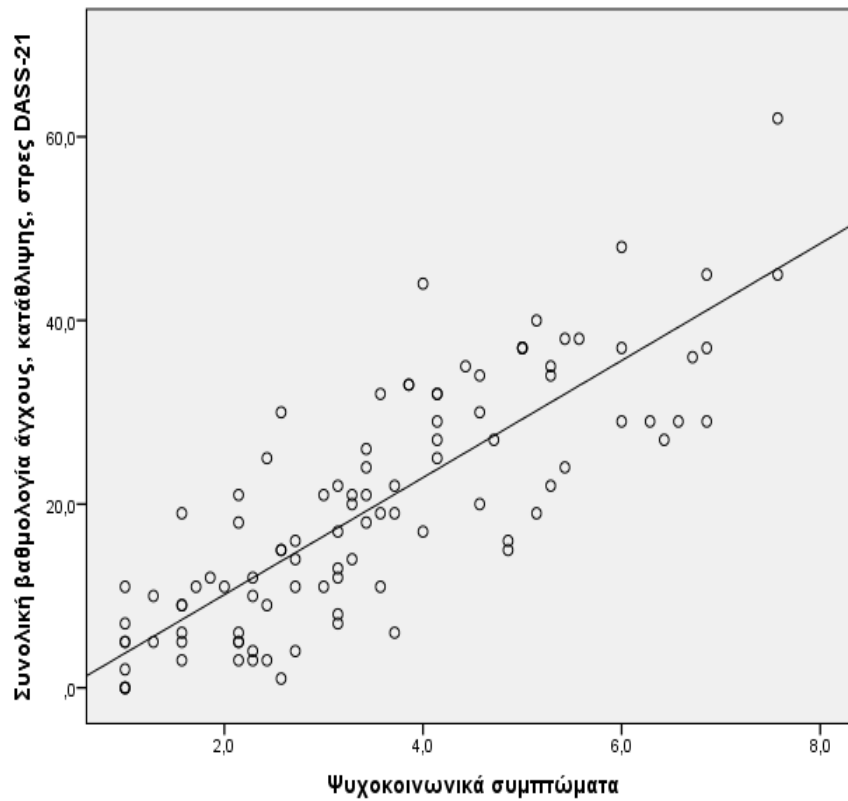
			<i>Κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (MENQOL)</i>			
			Αγγειοκινητικά	Ψυχοκοινωνικά	Σωματικά	Σεξουαλικά
<i>Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21)</i>	Βαθμολογία κατάθλιψης	r	0,27	0,73	0,34	0,34
		P	0,007	<0,001	0,001	<0,001
	Βαθμολογία άγχους	r	0,20	0,67	0,44	0,39
		P	0,050	<0,001	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία στρες	r	0,24	0,82	0,52	0,35
		P	0,016	<0,001	<0,001	<0,001
	Συνολική βαθμολογία DASS-21	r	0,25	0,83	0,48	0,41
		P	0,011	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Ποιότητα ζωής SF-12</i>	Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	r	-0,29	-0,36	-0,62	-0,23
		P	0,004	<0,001	<0,001	0,023
	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	r	-0,32	-0,69	-0,34	-0,28
		P	0,001	<0,001	0,001	0,005
<i>Κλίμακα γυναικείας σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI)</i>	Σεξουαλική επιθυμία	r	-0,40	-0,21	-0,39	-0,72
		P	<0,001	0,036	<0,001	<0,001
	Διέγερση	r	-0,46	-0,26	-0,42	-0,71
		P	<0,001	0,009	<0,001	<0,001
	Υγρασία	r	-0,40	-0,26	-0,40	-0,74
		P	<0,001	0,010	<0,001	<0,001
	Οργασμός	r	-0,42	-0,26	-0,41	-0,71
		P	<0,001	0,008	<0,001	<0,001
	Ικανοποίηση	r	-0,43	-0,29	-0,43	-0,72
		P	<0,001	0,004	<0,001	<0,001
	Πόνος	r	-0,26	-0,39	-0,33	-0,40
		P	0,009	<0,001	0,001	<0,001
	Συνολικό σκορ FSFI	r	-0,43	-0,28	-0,43	-0,74
		P	<0,001	0,005	<0,001	<0,001

Περισσότερα ψυχοκοινωνικά, σεξουαλικά, σωματικά και αγγειοκινητικά συμπτώματα σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Επίσης, όλα τα συμπτώματα διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται τόσο με χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία όσο και με χειρότερη σεξουαλική λειτουργικότητα των συμμετεχουσών.

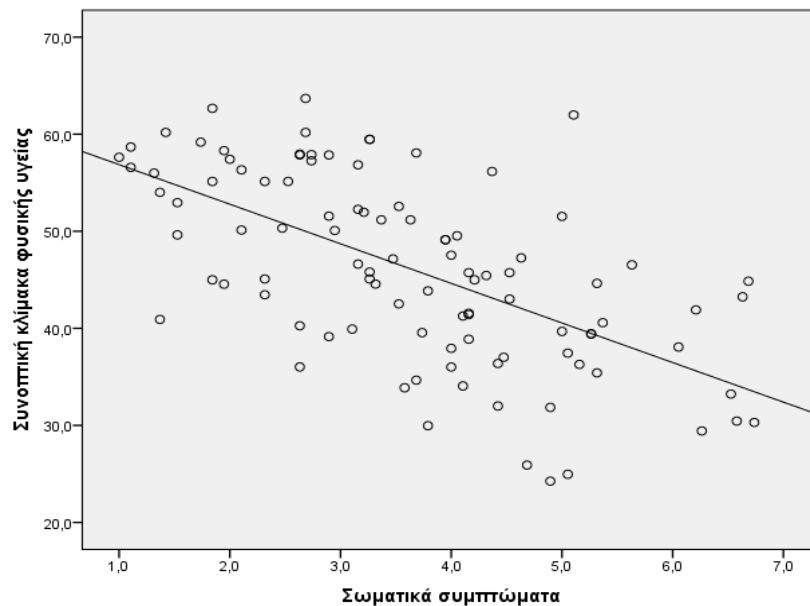
Στο γράφημα 6 απεικονίζεται η συσχέτιση της κλίμακας άγχους, κατάθλιψης, στρες των γυναικών σε εμμηνοπαυση με την παρουσία ψυχοκοινωνικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων.

Γράφημα 6. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της κλίμακας άγχους, κατάθλιψης, στρες των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία ψυχοκοινωνικών εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων



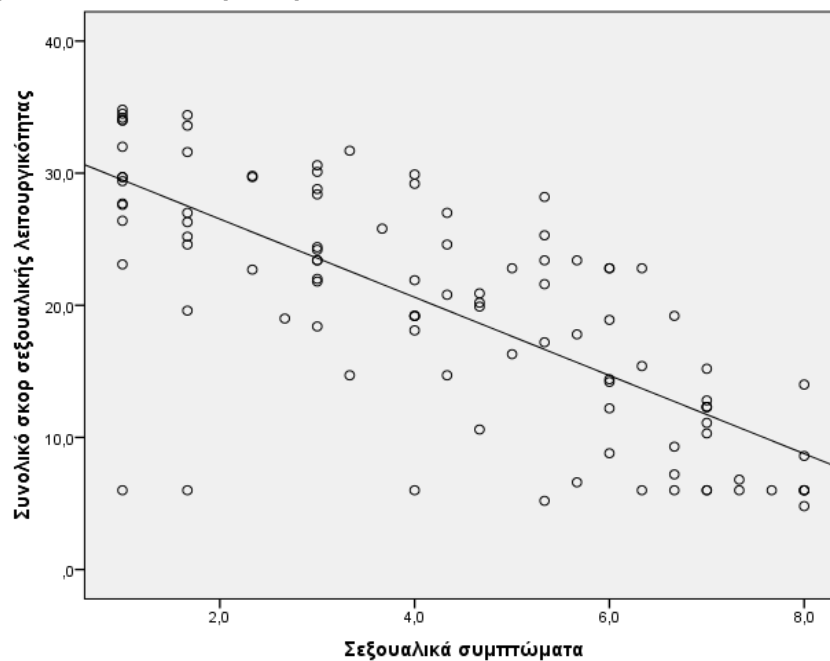
Στο γράφημα 7 απεικονίζεται διαγραμματικά η συσχέτιση της φυσικής υγείας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία σωματικών εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων.

Γράφημα 7. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της κλίμακας φυσικής υγείας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία σωματικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων



Στο γράφημα 8 απεικονίζεται διαγραμματικά η συσχέτιση της σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία σεξουαλικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων.

Γράφημα 8. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της κλίμακας της σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία σεξουαλικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων



Ακολουθεί ο πίνακας 10 με τους συντελεστές συσχέτισης του Spearman των κλιμάκων άγχους/κατάθλιψης/στρες, ποιότητας ζωής και σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση, σε σχέση με την κλίμακα επιδρώσεων/εξάψεων.

Πίνακας 10. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των κλιμάκων άγχους, κατάθλιψης, στρες, ποιότητας ζωής και σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση, σε σχέση με την κλίμακα επιδρώσεων/εξάψεων

			<i>Κλίμακα επιδρώσεων/εξάψεων (HFRS)</i>		
			Συχνότητα εξάψεων/επιδρώσεων ανά εβδομάδα	Έλεγχος/ Αντιμετώπιση	Προβλήματα
<i>Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21)</i>	Βαθμολογία κατάθλιψης	r	0,23	-0,26	0,28
		P	0,019	0,008	0,005
	Βαθμολογία άγχους	r	0,21	-0,18	0,17
		P	0,041	0,074	0,100
	Βαθμολογία στρες	r	0,16	-0,16	0,22
		P	0,117	0,109	0,027
	Συνολική βαθμολογία DASS-21	r	0,21	-0,22	0,24
		P	0,038	0,031	0,016
<i>Ποιότητα ζωής SF-12</i>	Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	r	-0,10	0,20	-0,24
		P	0,308	0,042	0,016
	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	r	-0,25	0,33	-0,34
		P	0,013	0,001	0,001
<i>Κλίμακα γυναικείας σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI)</i>	Σεξουαλική επιθυμία	r	-0,29	0,39	-0,45
		P	0,004	<0,001	<0,001
	Διέγερση	r	-0,35	0,45	-0,51
		P	<0,001	<0,001	<0,001
	Υγρασία	r	-0,35	0,42	-0,46
		P	<0,001	<0,001	<0,001
	Οργασμός	r	-0,36	0,451	-0,487
		P	<0,001	<0,001	<0,001
	Ικανοποίηση	r	-0,34	0,42	-0,48
		P	0,001	<0,001	<0,001
	Πόνος	r	-0,24	0,10	-0,23
		P	0,016	0,319	0,023
	Συνολικό σκορ FSFI	r	-0,34	0,42	-0,49
		P	<0,001	<0,001	<0,001

Όσο περισσότερες επιδρώσεις/εξάψεις εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες την εβδομάδα τόσο πιο υψηλά ήταν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ενώ, υψηλότερα, επίσης, ήταν τα επίπεδα στρες και κατάθλιψης όσα περισσότερα ήταν και τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν σχετιζόμενα με τις ενδεχόμενες

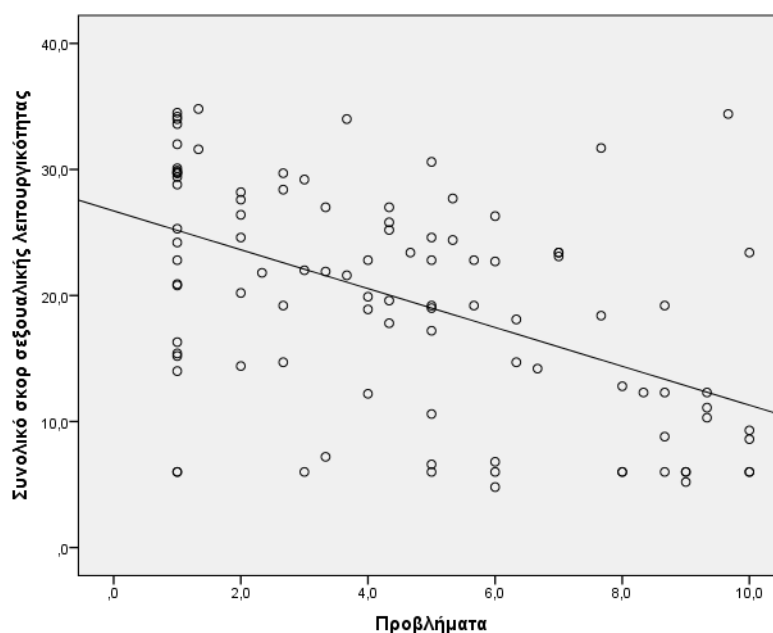
εφιδρώσεις/εξάψεις. Αντίθετα όσο περισσότερο τις έλεγχαν και τις αντιμετώπιζαν τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Όσο πιο συχνά εμφάνιζαν εξάψεις/εφιδρώσεις εβδομαδιαίως τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική υγεία των συμμετεχουσών. Επίσης, όσο περισσότερα προβλήματα είχαν σχετιζόμενα με τις ενδεχόμενες εξάψεις/εφιδρώσεις και όσο λιγότερο τις έλεγχαν/αντιμετώπιζαν τόσο χειρότερη ήταν τόσο η σωματική όσο και η ψυχική τους υγεία.

Τέλος οι συχνότερες εφιδρώσεις/εξάψεις και τα περισσότερα προβλήματα σχετικά με αυτές σχετιζόνταν με χειρότερη σεξουαλική λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενώ ο περισσότερος έλεγχος/αντιμετώπιση αυτών σχετιζόνταν με βελτιωμένη σεξουαλική λειτουργικότητα σε όλες τις διαστάσεις εκτός από τον τομέα του πόνου.

Στο γράφημα 9 απεικονίζεται διαγραμματικά η συσχέτιση της κλίμακας της σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία προβλημάτων σχετιζόμενων με τις εξάψεις/εφιδρώσεις.

Γράφημα 9. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της κλίμακας της σεξουαλικής λειτουργικότητας των γυναικών σε εμμηνόπαυση με την παρουσία προβλημάτων σχετιζόμενων με τις εξάψεις/εφιδρώσεις



Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η ποιότητα ύπνου των γυναικών σε εμμηνόπαυση σε σχέση με την παρουσία εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων και εφιδρώσεων/εξάψεων.

Πίνακας 11. Ποιότητα ύπνου των γυναικών σε εμμηνόπαυση σε σχέση με την κλίμακα εφιδρώσεων/εξάψεων

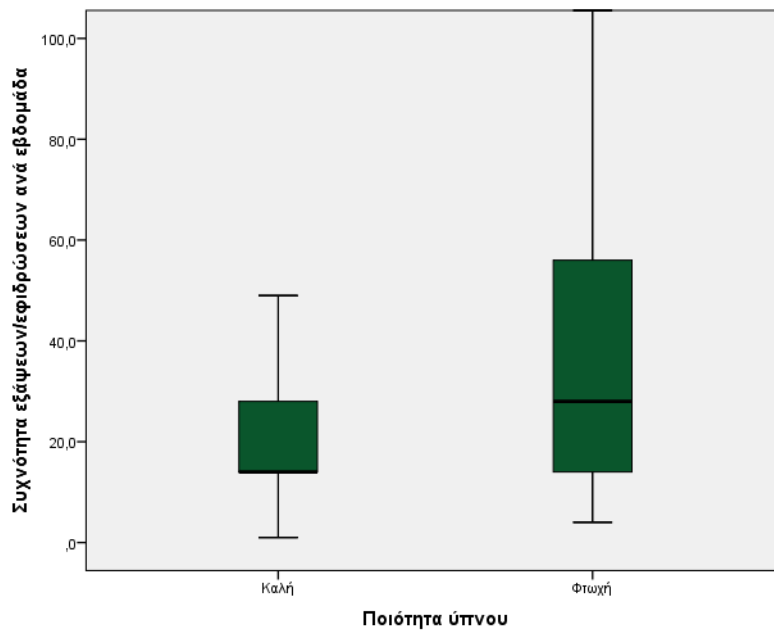
		Ποιότητα ύπνου				P Mann-Whitney test
		Καλή		Κακή		
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος)	
Κλίμακα εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (MENQOL)	Αγγειοκινητικά	4,3(1,5)	4(3-5)	5,7(1,6)	5,8(4,7-7)	<0,001
	Ψυχοκοινωνικά	2,9(1,4)	2,7(1,9-3,7)	4,3(1,7)	4,1(3,1-5,3)	<0,001
	Σωματικά	2,9(1,1)	2,9(1,9-3,7)	4,4(1,3)	4,3(3,5-5,3)	<0,001
	Σεξουαλικά	3,2(1,9)	3(1,7-4,3)	5,5(2)	6(4-7)	<0,001
Κλίμακα εφιδρώσεων/εξάψεων (HFRS)	Συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων ανά εβδομάδα	21,9(12)	14(14-28)	45,4(47,4)	28(14-56)	0,001
	Έλεγχος/Αντιμετώπιση	7(2,6)	7,5(5-10)	6(2,3)	5(4,5-8)	0,053
	Προβλήματα	3,5(2,5)	2,7(1-5)	5,8(2,9)	5,8(3,7-8,7)	<0,001

Η κακή ποιότητα ύπνου βρέθηκε να σχετίζεται με περισσότερα αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά, σωματικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Επίσης, όσες γυναίκες είχαν κακή ποιότητα ύπνου εμφάνιζαν πιο συχνά εξάψεις/εφιδρώσεις και αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα που σχετίζονταν με την εμφάνιση τους.

Στο γράφημα 10 απεικονίζεται διαγραμματικά η συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων σε εβδομαδιαία βάση σε σχέση με την ποιότητα ύπνου των γυναικών σε εμμηνόπαυση.

Γράφημα 10. Διαγραμματική απεικόνιση της συχνότητας εξάψεων/εφιδρώσεων σε εβδομαδιαία βάση σε σχέση με την ποιότητα ύπνου των γυναικών σε εμμηνόπαυση



7.8 Συσχέτιση ποιότητας ύπνου, σεξουαλικής λειτουργικότητας και συμπτωμάτων άγχους/στρες/κατάθλιψης των γυναικών σε εμμηνόπαυση με τις εφιδρώσεις/εξάψεις, τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης και τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά

Πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις των γυναικών σε εμμηνόπαυση, έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας άγχους, κατάθλιψης, στρες και ως ανεξάρτητες τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες(12,13,14 και 15).

Πίνακας 12. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση κατάθλιψη και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις επιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	0,173	0,018	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κατάθλιψη». Συγκεκριμένα όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα κατάθλιψης.

Πίνακας 13. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση άγχος και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις επιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

		β+	SE++	P
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα		0,118	0,016	0,001
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	Έως 12.000 (αναφορά)			
	12-20.000	0,058	0,055	0,296
	>20.000	-0,218	0,089	0,016

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η παρουσία ψυχοκοινωνικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος». Συγκεκριμένα:

- Περισσότερα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα άγχους.
- Οι συμμετέχουσες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 20.000 ευρώ είχαν λιγότερο άγχος σε σχέση με όσες είχαν εισόδημα έως 12.000 ευρώ.

Πίνακας 14. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση στρες και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	0,081	0,023	0,001
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	0,148	0,012	<0,001
Προβλήματα από εξάψεις/εφιδρώσεις	0,058	0,014	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα αγγειοκινητικά και ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, καθώς και τα προβλήματα που σχετίζονται με τις εξάψεις/εφιδρώσεις των συμμετεχουσών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Στρες». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα αγγειοκινητικά και ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα του στρες
- Όσο περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις αντιμετώπιζαν οι συμμετέχουσες τόσο περισσότερο στρες είχαν.

Πίνακας 15. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση κατάθλιψη, άγχος και στρες και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	0,168	0,015	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία άγχους, κατάθλιψης, στρες. Συγκεκριμένα όσο περισσότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Ακολούθησαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις των γυναικών σε εμμηνόπαυση, έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας σεξουαλικής

λειτουργικότητας και ως ανεξάρτητες τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες(16,17,18,19,20,21 και 22).

Πίνακας 16. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της σεξουαλικής επιθυμίας και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	-0,024	0,008	0,002
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,050	0,006	<0,001
Προβλήματα από εξάψεις/εφιδρώσεις	-0,018	0,004	<0,001
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	Έως 12.000 (αναφορά)		
	12-20.000	0,067	0,006
	>20.000	0,049	0,196

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, τα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις καθώς και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχουσών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σεξουαλική επιθυμία». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερη ήταν η σεξουαλική τους επιθυμία.
- Όσο περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις αντιμετώπιζαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερη ήταν η σεξουαλική τους επιθυμία.
- Οι συμμετέχουσες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 12-20.000 ευρώ περισσότερη σεξουαλική επιθυμία σε σχέση με όσες είχαν εισόδημα έως 12.000 ευρώ.

Πίνακας 17. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της διέγερσης και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Προβλήματα από εξάψεις/εφιδρώσεις	-0,057	0,014	<0,001
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,073	0,010	<0,001
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	-0,035	0,013	0,011
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	-0,053	0,024	0,027

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και τα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Διέγερση». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερη διέγερση αισθάνονταν κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Επίσης λιγότερη διέγερση κατά τη σεξουαλική επαφή αισθάνονταν όσο περισσότερα προβλήματα είχαν σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις αντιμετώπιζαν οι συμμετέχουσες.

Πίνακας 18. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της υγρασίας και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,072	0,011	<0,001
Έλεγχος/Αντιμετώπιση εξάψεων/εφιδρώσεων	0,028	0,009	0,002
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	-0,032	0,014	0,032

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα καθώς και η αντιμετώπιση/έλεγχος των εξάψεων/εφιδρώσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Υγρασία». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερη υγρασία εμφάνιζαν κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Αντίθετα όσο καλύτερα αντιμετώπιζαν/έλεγχαν τις ενδεχόμενες εξάψεις/εφιδρώσεις τόσο περισσότερη υγρασία εμφάνιζαν κατά τη σεξουαλική επαφή.

Πίνακας 19. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση του οργανισμού και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,064	0,010	<0,001
Έλεγχος/Αντιμετώπιση	0,024	0,009	0,007

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και η αντιμετώπιση/έλεγχος των εξάψεων/εφιδρώσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Οργανισμός». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο πιο δύσκολα έφταναν σε οργασμό κατά τη σεξουαλική επαφή.

Πίνακας 20. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της ικανοποίησης και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P	
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,049	0,007	<0,001	
Προβλήματα από εξάψεις/εφιδρώσεις	-0,022	0,005	<0,001	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	Έως 12.000 (αναφορά)			
	12-20.000	0,078	0,029	0,009
	>20.000	0,030	0,05	0,555
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό/Γυμνάσιο (αναφορά)			
	Λύκειο	0,091	0,030	0,003
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακό	0,106	0,045	0,020

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, τα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχουσών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερη ικανοποίηση αισθάνονταν κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Επίσης λιγότερη ικανοποίηση κατά τη σεξουαλική επαφή αισθάνονταν και όσο περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις αντιμετώπιζαν οι συμμετέχουσες.
- Τόσο οι συμμετέχουσες που ήταν απόφοιτες Λυκείου όσο και αυτές που ήταν απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού αισθάνονταν περισσότερη ικανοποίηση κατά τη σεξουαλική επαφή σε σχέση με όσες είχαν τελειώσει Δημοτικό/Γυμνάσιο.
- Οι συμμετέχουσες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα από 12-20.000 ευρώ αισθάνονταν περισσότερη ικανοποίηση κατά τη σεξουαλική επαφή σε σχέση με όσες είχαν εισόδημα έως 12.000 ευρώ.

Πίνακας 21. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση του πόνου και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	-0,021	0,008	0,009
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,016	0,006	0,010

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Πόνος». Συγκεκριμένα όσο περισσότερα σεξουαλικά και ψυχοκοινωνικά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο περισσότερο πονούσαν κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Πίνακας 22. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της συνολικής σεξουαλικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β +	SE++	P
Προβλήματα από εξάψεις/εφιδρώσεις	-0,046	0,011	<0,001
Σεξουαλικά συμπτώματα	-0,068	0,008	<0,001
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	-0,042	0,019	0,027
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα	-0,021	0,011	0,048

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και τα προβλήματα σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα σεξουαλικής λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά, σεξουαλικά και αγγειοκινητικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι συμμετέχουσες τόσο χειρότερη ήταν η σεξουαλική τους λειτουργικότητα συνολικά.
- Όσο περισσότερα προβλήματα αντιμετώπιζαν σχετιζόμενα με τις εξάψεις/εφιδρώσεις οι συμμετέχουσες τόσο χειρότερη ήταν η σεξουαλική τους λειτουργικότητα συνολικά.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση έχοντας ως εξαρτημένη την κλίμακα ποιότητας ύπνου και ως ανεξάρτητες τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 23.

Πίνακας 23. Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα της ποιότητας ύπνου και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	OR (95% ΔΕ)*	P
Σωματικά συμπτώματα	2,17(1,32-3,56)	0,002
Σεξουαλικά συμπτώματα	1,37(1,03-1,83)	0,033
Συχνότητα εξάψεων/εφιδρώσεων	1,04(1-1,07)	0,026

+σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Τα σωματικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα καθώς και η συχνότητα των εφιδρώσεων/εξάψεων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχουσες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα του ύπνου τους. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ήταν τα σωματικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα τόσο πιο πιθανό ήταν να έχουν κακή ποιότητα ύπνου.
- Όσο περισσότερα ήταν τα σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα τόσο πιο πιθανό ήταν να έχουν κακή ποιότητα ύπνου.
- Όσο περισσότερες ήταν οι εξάψεις/εφιδρώσεις που είχαν μέσα στη βδομάδα τόσο πιο πιθανό ήταν να έχουν κακή ποιότητα ύπνου.

7.9 Συσχέτιση ποιότητας ζωής στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ποιότητα ύπνου, σεξουαλική λειτουργικότητα, συμπτώματα άγχους/στρες/κατάθλιψης, εφιδρώσεις/εξάψεις, συμπτώματα εμμηνόπαυσης και κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες την ποιότητα ύπνου, τη σεξουαλική λειτουργικότητα, τα συμπτώματα άγχους/στρες/κατάθλιψης, τις εφιδρώσεις/εξάψεις, τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης και τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των γυναικών σε εμμηνόπαυση. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους πίνακες 24 και 25.

Πίνακας 24. Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνόπαυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της κλίμακας φυσικής υγείας της ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις εφιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης

	β+	SE++	P	
Σωματικά συμπτώματα	-3,76	0,61	<0,001	
Σεξουαλικά συμπτώματα	-2,35	0,47	<0,001	
Σεξουαλική επιθυμία	2,50	0,65	<0,001	
Πόνος	1,32	0,62	0,036	
Δ.Μ.Σ	-0,79	0,19	<0,001	
	Όχι >(αναφορά)			
Γυμνάζεστε	Ναι	3,56	1,35	0,010

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι διαστάσεις «Σεξουαλικά συμπτώματα» και «Σωματικά συμπτώματα» της κλίμακας εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, οι διαστάσεις «Σεξουαλική επιθυμία» και «Πόνος» της κλίμακας σεξουαλικής λειτουργικότητας, ο δείκτης μάζας σώματος και το αν γυμνάζονταν οι συμμετέχουσες βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα σωματικά και σεξουαλικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι συμμετέχουσες τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία.
- Όσο περισσότερη σεξουαλική επιθυμία και λιγότερο πόνο αισθάνονταν κατά τη σεξουαλική επαφή τόσο καλύτερη ήταν η φυσική τους υγεία.
- Όσο μεγαλύτερος ήταν ο δείκτης μάζας σώματος των συμμετεχουσών τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία.
- Οι συμμετέχουσες που γυμνάζονταν είχαν κατά 3,56 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη σωματική υγεία, σε σχέση με όσες δε γυμνάζονταν.

Πίνακας 25. Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση των γυναικών σε εμμηνοπάυση με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της κλίμακας ψυχικής υγείας της ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις επιδρώσεις/εξάψεις και τα συμπτώματα εμμηνοπάυσης

		$\beta+$	SE++	P
Κατάθλιψη		-0,59	0,20	0,004
Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα		-2,82	0,63	<0,001
Είστε έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,90	1,68	0,022

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η διάσταση «Ψυχοκοινωνικά συμπτώματα» της κλίμακας εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, η διάσταση «Κατάθλιψη» της κλίμακας άγχους/κατάθλιψης/στρες και η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι συμμετέχουσες τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική τους υγεία.

- Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετίζονταν επίσης με χειρότερη ψυχική υγεία.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες είχαν κατά 3,90 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ψυχική υγεία, σε σχέση με όσες δεν ήταν έγγαμες.

8. Συζήτηση- Συμπεράσματα

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διερεύνηση της επίπτωσής τους στην ποιότητα ζωής των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Πολλές γυναίκες, κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, θα αναφέρουν ελάχιστα συμπτώματα. Ορισμένες θα υποφέρουν σημαντικά και πολλές θα αντιμετωπίσουν προβλήματα που ούτε οι ίδιες ούτε οι επαγγελματίες υγείας θα συσχετίσουν με την εμμηνόπαυση (Minkin 2019).Τυπικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης που διαρκούν 4-5 χρόνια είναι οι εξάψεις, οι νυχτερινές εφιδρώσεις, η κοιλιακή ξηρότητα και οι διαταραχές του ύπνου. Επιπλέον οι γυναίκες αναφέρουν μια ποικιλία άλλων συμπτωμάτων όπως σεξουαλική δυσλειτουργία, κατάθλιψη, άγχος, απώλεια μνήμης, κόπωση, πονοκέφαλο, πόνους στις αρθρώσεις και αύξηση βάρους, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με την γήρανση ή την εμμηνόπαυση (Moilanen et al. 2010).

Αν και συμπτώματα όπως κατάθλιψη, αδυναμία συγκέντρωσης και κακή διάθεση πιστεύεται ότι σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, οι αγγειοκινητικές διαταραχές είναι το μόνο σύμπτωμα που σχετίζεται σαφώς και άμεσα με την εμμηνόπαυση (Avis, Crawford & Green 2018).

Σε μια μελέτη της Gold και των συνεργατών(2006), βρέθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζονται περισσότερο με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα. Στην μελέτη SWAN, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος όταν εμφανίζονται με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα σχετίζονται με μεγαλύτερη διάρκεια αυτών. Επίσης βρέθηκε ότι το άγχος και γενικά η ευαισθησία στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια των αγγειοκινητικών διαταραχών (Nancy et al. 2015).Στην παρούσα έρευνα τα αγγειοκινητικά συμπτώματα σχετίζονταν με τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ψυχικής υγείας των γυναικών.

Οι Elavsky και McAuley (2005) στη μελέτη τους διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στις γυναίκες σχετικά με την αναφορά συμπτωμάτων στην διάρκεια της εμμηνόπαυσης, με βάση την κατάσταση της σωματικής

δραστηριότητας. Οι γυναίκες που είχαν υιοθετήσει κάποια σωματική δραστηριότητα, ανέφεραν χαμηλότερη σοβαρότητα και συχνότητα συμπτωμάτων (αγγειοκινητικά και γενικά σωματικά) σε σύγκριση με εκείνες που δεν γυμνάζονταν. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμπίπτουν με τα ευρήματα μιας μεγάλης μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Φιλανδία (Moilanen et al. 2010) στην οποία, οι γυναίκες που γυμνάζονταν είχαν λιγότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα σε σχέση με αυτές που δεν γυμνάζονταν. Επίσης, στην μελέτη των Col et al. (2009) περισσότερη σωματική άσκηση συσχετίστηκε με μικρότερη διάρκεια εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και στην παρούσα μελέτη αφού οι γυναίκες που γυμνάζονταν είχαν κατά 3,56 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική υγεία, δηλαδή καλύτερη σωματική υγεία, σε σχέση με όσες δε γυμνάζονταν.

Συνολικά τα δεδομένα από συγχρονικές μελέτες υποδεικνύουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών κατά την διάρκεια της εμμηνοπαύσεως (πάνω από το 70%) σε σύγκριση με περίπου 30% στα προεμμηνοπαυσιακά χρόνια (Soares 2017).

Μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κατάρ ανέφερε την σημασία της εξέτασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, του τρόπου ζωής και της διαχείρισης των χρονίων παθήσεων όσον αφορά την καθοδήγηση για την υγεία των γυναικών στην εμμηνοπαύση και την μετεμμηνοπαύση, για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και να μειώσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης και άγχους. Τα δεδομένα της συγκεκριμένης έρευνας υποδεικνύουν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης άγχους και στρες στην εμμηνοπαύση και στην μετεμμηνοπαύση (Bener et al. 2016). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στην οποία παρατηρήθηκε ότι όσο περισσότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είχαν οι γυναίκες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Στη μελέτη του Wang et al. (2013) διαπιστώθηκε ότι το οικογενειακό εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Παρόμοια αποτελέσματα διαπίστωσαν οLικαι οι συνεργάτες του, ότι δηλαδή το χαμηλότερο εισόδημα είναι ένας παράγοντας κινδύνου που σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ των Κινέζων γυναικών (Li et al. 2008). Στην

παρούσα έρευνα οι γυναίκες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 20.000€ είχαν λιγότερο άγχος σε σχέση με όσες είχαν εισόδημα έως 12.000€.

Η σεξουαλική υγεία και δραστηριότητα είναι απαραίτητα συστατικά της φροντίδας των γυναικών της εμμηνόπαυσης. Οι περισσότερες γυναίκες στην εμμηνόπαυση θεωρούν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελεί σημαντικό μέρος της ζωής τους και επιθυμούν έντονα να διατηρήσουν μια καλή σεξουαλική ζωή (Thornton, Chervenak & Neal-Perry 2015).

Τα δεδομένα από την μελέτη SWAN (Cain et al. 2003), έδειξαν ότι οι γυναίκες που ανέφεραν οικονομική δυσκολία ήταν πιθανότερο να αναφέρουν μειωμένη συχνότητα σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης καθώς και χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής και σωματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με γυναίκες με καλή οικονομική κατάσταση. Παρά την μείωση της επιθυμίας και της διέγερσης, οι περισσότερες ανέφεραν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα ήταν από μέτρια έως πολύ σημαντική για αυτές. Τα δεδομένα αυτής της έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καθώς οι γυναίκες με υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα διαπιστώθηκε ότι είχαν περισσότερη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση κατά τη σεξουαλική επαφή σε σχέση με όσες είχαν χαμηλότερο εισόδημα.

Μια μεγάλη έρευνα στην οποία έλαβαν μέρος 2.467 γυναίκες της Δυτικής Ευρώπης που επικεντρώθηκε στην γυναικεία σεξουαλική λειτουργία, διαπίστωσε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής επιθυμίας με την σεξουαλική διέγερση, τον οργασμό και τη σεξουαλική ευχαρίστηση. Οι γυναίκες με χαμηλή επιθυμία ήταν επίσης πολύ πιθανό να παρουσιάσουν χαμηλή διέγερση, ευχαρίστηση ή διαταραχές στον οργασμό (Dennerstein et al. 2006). Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερα ψυχοκοινωνικά, σεξουαλικά και αγγειοκινητικά εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα εμφάνιζαν οι γυναίκες τόσο χειρότερη ήταν η σεξουαλική τους λειτουργικότητα.

Ερευνητές διαπίστωσαν ότι η μετάβαση στην εμμηνόπαυση συσχετίζεται με αυξημένες διαταραχές ύπνου αλλά οι επιπτώσεις στον ύπνο είναι αντιφατικές (Lampio et al. 2017).

Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα συσχετίζονται έντονα με τις διαταραχές του ύπνου και συχνά οδηγούν σε αφύπνιση κατά την διάρκεια της νύχτας. Αυτή η σχέση αιτίας-αποτελέσματος έχει επαληθευτεί με πολυσωματογραφία.

Οι γυναίκες με εξάψεις έχουν χειρότερη ποιότητα ύπνου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν εξάψεις (Moe 1999). Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και στην παρούσα μελέτη.

Στην μελέτη του Yazdi et al. (2013) διαπιστώθηκε η αρνητική επίδραση των διαταραχών του ύπνου, ιδίως της αϋπνίας και της υπνηλίας, στην ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η αϋπνία και η υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικούς πόνους, λιγότερες κοινωνικές σχέσεις και ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά προβλήματα. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η παρούσα μελέτη αν και χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό ερωτηματολόγιο.

Η μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση, ανεξάρτητα από την παρουσία των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων (εξάψεις και κολπική ξηρότητα) σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής. Συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να γνωρίζουν αυτή την επίδραση ώστε να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική για την βελτίωσή της (Hess et al. 2011).

Η παροχή συμβουλευτικής στις γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γίνεται ατομικά λαμβάνοντας υπόψη τα συμπτώματα, το ιστορικό υγείας, και τις προτιμήσεις κάθε γυναίκας και την εξέταση των θεραπευτικών επιλογών για την μείωση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση και την πρώιμη μετεμμηνόπαυση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Greenblum, C.A., Rowe, Neff, & Greenblum, J.S. 2013).

Τα προγράμματα παρέμβασης με άσκηση έχουν δείξει ότι μειώνουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης συμπεριλαμβάνοντας τα σωματικά, ψυχολογικά και σε μικρότερο βαθμό τα αγγειοκινητικά και σεξουαλικά συμπτώματα. Συνολικά, τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η άσκηση είναι μια χρήσιμη στρατηγική παρέμβασης κατά την διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η άσκηση δεν έχει αποδειχθεί ότι θεραπεύει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, ωστόσο οι γυναίκες που γυμνάζονται είναι λιγότερο αγχωμένες και έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά. Η άσκηση ως παρέμβαση έχει, επίσης, αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, στην κατάθλιψη και στην ποιότητα ζωής. Η απόσπαση της προσοχής και η κοινωνική αλληλεπίδραση είναι μερικές από τις εξηγήσεις του ψυχολογικού

οφέλους που συνδέεται με την συμμετοχή στην άσκηση (Stojanovska et al. 2014).

Μεγαλύτερη σημασία από την συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα σωματικής δραστηριότητας, είναι η παρακίνησή τους να υιοθετήσουν την τακτική άσκηση σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Είναι δύσκολο για κάποιες γυναίκες στην διάρκεια της εμμηνόπαυσης να εντάξουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους, λόγω της παρουσίας ορισμένων συμπτωμάτων. Για να προσφέρει η άσκηση μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία πρέπει να προγραμματιστεί στις ανάγκες, στις προτιμήσεις και στους περιορισμούς των γυναικών ιδίως σε σχέση με το μυοσκελετικό σύστημα και την καρδιαγγειακή λειτουργία (Agil et al. 2010).

Η αλλαγή στον τρόπο ζωής, δηλαδή υγιεινή διατροφή και η αποφυγή τροφών που προκαλούν εξάψεις όπως (πικάντικα και ζεστά φαγητά, καφεΐνη, αλκοόλ) μπορεί να βοηθήσουν στην μείωση των εξάψεων (Abedel-Azim Mohamed & Mansour Lamadah 2016).

Καθώς η επιστήμη εξελίσσεται και οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και ζουν πολλά χρόνια σε κατάσταση εμμηνόπαυσης, είναι απαραίτητη η παροχή συμβουλευτικής για υιοθέτηση συμπεριφορών από αυτές τις γυναίκες οι οποίες θα τις βοηθήσουν να ζήσουν πιο υγιείς και ευτυχισμένες (Minkin 2019).

8.1 Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν μικρό προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα και να γίνει η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο πληθυσμό από τον οποίο προήλθε το δείγμα, ενώ συμμετείχαν γυναίκες οι οποίες στην πλειοψηφία τους ήταν Ελληνίδες (μόνο 6 ήταν Αλβανίδες και 3 ήταν Ρωσίδες). Δεν συμμετείχαν γυναίκες άλλων εθνικοτήτων ή γυναίκες μειονοτήτων όπως οι Ρομά, γιατί δεν κατανοούσαν την γλώσσα.

Βιβλιογραφία

- Abedel-AzimMohamed, H.A. &MansourLamadah, S. (2016). Improving women's practices for reducing the severity of menopausal symptoms. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4), 72-83
doi:10.5430/jnep.v6n4p72
- Agil, A., Abik, F., Daskapan, A., Alaca, R., &Tuzun, H. (2010). Short-Term Exercise Approaches on Menopausal Symptoms, Psychological Health, and Quality of Life in Postmenopausal Women. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7
- Avis, N. E., Colvin, A., Bromberger, J.T., Hess, R., Matthews, K.A., Ory, M., &Schocken, M. (2009). Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 16(5), 860-869
- Avis, N. E., Crawford, S.L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences among women *Obstetrics andGynecology Clinics of North America*, 45(4), 629-640.doi: 10.1016/j.org.2018.07.005
- Avis, N.E., Crawford, S.L., Greendale, G., Bromberger, J.T., Everson- Rose, S.A., Gold, E.B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H.M., Tepper, P.G., & Thurston, R.C.(2015). Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Internal Medicine*, 1, 175 (4), 531- 539
- Baker, F.C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition. *Sleep MedicineClinics*, 13(3), 443-45
- Bener, A., Saleh, N.M., Bakir, A., &Bhugra, D. (2016). Depression, Anxiety and Stress Symptoms in Menopausal Arab Women: Shedding More

Light on a Complex Relationship. *Annals of Medical & Health Sciences Research* 6(4), 224-131

Burger, H. G., Hale, G. E., Robertson, D. M., Dennerstein, L. (2007). A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. *Human Reproductive Update* 13(6), 559-565

Buyse, D. J., Reynolds, III C. F., Monk, T. H., Berman, S.R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research, *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213

Cain, V.S., Johannes, C.B., Avis, N.E., Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., Ory, M. (2003). Sexual Functions and Practices in a Multi-Ethnic Study of Midlife Women: Baseline Results From SWAN. *The Journal of Sex Research*, 40(3), 266-276

Cheng, M.-H., Lee, S.-J., Wang, S.-J., Wang, P.-H., & Fuh, J.-L. (2007). Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. *Menopause*, 14(5), 885-890

Col, N.F., Cuthrie, J.R., Politi, M., Dennerstein, L. (2009). Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause*, 16 (3), 453-457

Crawford, S., Santoro, N., Laughlin, G.A., Sowers, M.F., McConell, D., Sutton-Tyrrell, K., Weiss, G., Vuga, M., Randolph, J., Lasley, B. (2009). Circulating dehydro-epiandrosterone sulfate concentrations during the menopausal transition. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 2945-2951

Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I. & Graziottin, A. (2006). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(2), 212-222

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52 (3-4), 374-385
- Faubion, S. S., Kuhle, C. L., Shuster, L. T., & Rocca, W. A. (2015). Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric*, 18(4), 483-491. doi:10.3109/13697137.2015.1020484
- Freeman, E. W., Sherif, K. (2007). Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*, 10,197-214
- Gohar, I. (2009). *Design implementation and evaluation of reproductive health informational guide for postmenopausal women*. MD thesis, Alexandria University, Faculty of Nursing
- Gold, E.B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G.A., Powell, L., Sternfeld, B., & Matthews, K. (2006). Longitudinal Analysis of the Association Between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity Across the Menopausal Transition: Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1226-1235
- Greenblum, C. A., Rowe, M. A., Neff, D. F. & Greenblum, J. S. (2013). Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*, 20(1), 22-7. doi: 10.1097/gme.0b013e31825a2a91
- Hess, R., Thurston, R. C., Hays, R. D., Chang, C.C., Dillon, S.N., Ness, R.B., Bryce, C.L., Kapoor, W.N., & Matthews, K.A. (2012). The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Quality of Life Research: an International Journal*

of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 21(3), 535-544. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9959-7>

- Hunter, M. S. & Liao, K. L. (1995). A psychological analysis of menopausal hot flashes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34 (4), 589-99.
- Kannel, W. B., Hjortland, M. C., McNamara, P. M., Gordon, T. (1976). Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, 85, 447-52
- Krajewska-Ferishah, K., Krajewska-Kulak, E., Terlikowski, S., & Wiktor, H. (2011). Analysis of quality of life women in menopause period in Poland. *Progress in Health Science*, 1(2), 52-58
- Kravitz, H. M., Zhao, X., Bromberger, J. T., Gold, E. B., Hall, M. H., Matthews, K. A., Sowers, M. R. (2008). Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi-ethnic community sample of women. *Sleep*, 31(7), 979-990
- Lampio, L., Polo-Kantola, P., Himanen, S.-L., Kurki, S., Huupponen, E., Engblom, J., Heinonen O. J., Polo, O., & Saaresranta, T. (2017). Sleep During Menopausal Transition: A 6-Year Follow-Up. *Sleep*, 40(7). doi :10.1093/sleep/ zsx 090
- Lasley, B. L., Santoro, N., Randolph, J. F., Gold, E. B., Crawford, S., Weiss, G., McConell, D. S., Sowers, M. F. (2002). The relationship of circulating dehydroepi-androsterone, testosterone, and estradiol to stages of the menopausal transition and ethnicity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87(8), 3760-3767. doi:10.1210/jcem.87.8.8741
- Lewis, J. E., Hilditch, J. R. & Wong, C.J. (2005). Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. *Maturitas*, 50, 209-221

- Li, Y., Yu, Q., Ma, L., Sun, Z., & Yang, X.(2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*, 61, 238-242
- Lovibond, S.H.& Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd Ed.) Sydney Psychology Foundation
- Makara-Studzinska, M.T., Krys-Noszczyk, K.M., &Jakiel, G. (2014). Epidemiology of the symptoms of menopause-an intercontinental review. *Menopausal Review*, 3, 203-211. doi:10.5114/pm.2014.43827
- Minkin, M. J. (2019). Menopause: Hormones, Lifestyle and Optimizing Aging. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(3), 501-514. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.04.008>
- Moe, K. (1999). Reproductive Hormones, Aging, and Sleep. *Seminars in Reproductive Medicine*, 17(04), 339-348
- Moilanen, J., Aalto, A.-M., Hemminki, E., Aro, A.R., Raitanen, J., &Luoto, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle- aged women.*Maturitas*, 67 (4), 368-374
- Nappi, P. R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, 94, 87-91 doi: 10.1016 / j. Maturitas. 2016.09.0
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., &Fleck, M. P. (2017). *International Review of Psychiatry (Abingdon,England)* 29 (3), 263-282.doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553
- Parashar, S., Reid, K. J., Spertus, J. A., Shaw, L. J., Vaccarino, V. (2010). Early menopause predicts angina after myocardial infarction.

Menopause, 17, 938-45

- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsign, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208
- Santoro, N. (2016). Perimenopause: From Research to Practice, *Journal of Women's Health*, 25(4), 332-339
- Santoro, N., & Randolph, J. F. (2011). Reproductive Hormones and the Menopause Transition. *Obstetrics and Gynecology of North America*, 38(3), 455-466. doi:10.1016/j.ogc.2011.05.004
- Smail, L., Jassim, G., & Shakil, A. (2020). Menopause-Specific Quality of life among Emirati Women. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 40. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010040>
- Soares, C. N. (2017). Depression and Menopause. Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 239-254 doi:10.1016/j.psc.2017.01.007
- Stojanovska, L., Apostolopoulos, V., Polman, R., & Borkoles, E. (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*, 77(4), 318-323. doi:10.1016/j.maturitas.2014.01.006
- Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *The Medical Clinics of North America*, 99(3), 521-534
- Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 649-661. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.009

- Traish, A. M., Viozozzi, L., Simon, J. A., Goldstain, I., & Kim, N. N. (2018). Role of Androgens in Female Genitourinary Tissue Structure and Function: Implications in the Genitourinary Syndrome of Menopause. *Sexual Medicine Reviews*, 6(4), 558-571. doi:10.1016/j.sxmr.2018.03.005
- Wang, H.-L., Booth- LaForce, C., Tang, S.-M., Wu, W.-R., & Chen, C.-H. (2013). Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post- menopause years: Association with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*, 75(4), 355-360
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233
- Yazdi, Z., Sadeghniat-Haghighi, K., Ziaee, A., Elmizadeh, K., & Ziaeeha, M. (2013). Influence of Sleep Disturbances on Quality of Life of Iranian Menopausal Women. *Psychiatry Journal*, 1-5.

Παράρτημα Α

Συναίνεση μετά από Πληροφόρηση

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών στον κόσμο υποφέρουν από προβλήματα γυναικολογικής φύσεως (π.χ. εμμηνόπαυση, εξάψεις, διαταραχές ύπνου, επώδυνα σύνδρομα, σεξουαλικές δυσλειτουργίες κ.α.).

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια μελέτη που σκοπό έχει να διερευνήσει **την εμμηνόπαυση και την ποιότητα ζωής**. Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας, **Αγαπίου Μαλαματένιας**, του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, **με επιβλέπουσα την Άννα Δελτσίδου**, Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής.

Τι θα χρειαστεί να κάνω;

Το μόνο που θα χρειαστεί να κάνετε είναι να διαβάσετε προσεκτικά το παρακάτω έντυπο και να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του, οι οποίες θα σας πάρουν περίπου 15-20 λεπτά για να τις συμπληρώσετε. Ενημερώνουμε ότι η συμμετοχή σας στην ερευνητική εργασία είναι εθελοντική, ενώ η ανωνυμία σας θα διασφαλιστεί πλήρως.

Δήλωση συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό, κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω και συναινώ να συμμετάσχω στην μελέτη.

Υπογραφή συμμετέχοντος

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία: __/__/__

DASS21

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις και κυκλώστε έναν αριθμό 0, 1, 2 ή 3 που δείχνει το βαθμό στον οποίο η συγκεκριμένη πρόταση ίσχυε για σας κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μη σπαταλάτε πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση.

Η βαθμολόγηση της κλίμακας είναι σύμφωνα με τα παρακάτω:

0 Δεν ίσχυε για μένα καθόλου

1 Ίσχυε για μένα μέχρι ενός ορισμένου βαθμού, ή για λίγο μέρος του χρόνου

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή ένα μεγάλο μέρος του χρόνου

3 Ίσχυε για μένα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, ή στο μεγαλύτερο μέρος του χρόνου

1	Θεωρούσα ότι ήταν δύσκολο να αισθανθώ ξεγνοιασιά	0	1	2	3
2	Ανησυχούσα για την ξηρότητα στο στόμα μου	0	1	2	3
3	Φαινόταν ότι δεν θα μπορούσα να βιώσω οποιοδήποτε θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Είχα δυσκολία στην αναπνοή (πχ, υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, μου κοβόταν η ανάσα χωρίς να έχω καταπονηθεί σωματικά)	0	1	2	3
5	Το έβρισκα δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά σε καταστάσεις	0	1	2	3
7	Είχα τρέμουλο (πχ, στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν ότι χρησιμοποιούσα πολύ ενέργεια	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πάθω πανικό και να φανώ ανόητος/η	0	1	2	3
10	Αισθανόμουν ότι δεν είχα τίποτε να περιμένω	0	1	2	3
11	Έβρισκα τον εαυτό μου να είναι αναστατωμένος	0	1	2	3
12	Το έβρισκα δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Αισθανόμουν αποθαρρυσμένος/η και πεσμένος/η ψυχικά	0	1	2	3
14	Δεν ανεχόμουν οτιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω να κάνω πράγματα τα οποία έκανα	0	1	2	3
15	Αισθανόμουν ότι ήμουν στα πρόθυρα του πανικού	0	1	2	3
16	Δεν ήμουν ικανός/ή να ενθουσιαστώ για οτιδήποτε	0	1	2	3
17	Αισθανόμουν ότι δεν ήμουν τόσο σημαντικό άτομο	0	1	2	3
18	Θεωρώ ότι ήμουν μάλλον ευερέθιστος/η	0	1	2	3
19	Ανησυχούσα για τη δραστηριότητα της καρδιάς μου χωρίς να έχω καταπονηθεί σωματικά (πχ, αίσθηση αύξησης των καρδιακών παλμών, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Αισθανόμουν φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος	0	1	2	3
21	Αισθανόμουν ότι η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Σημειώστε εάν είχατε εμπειρία κάποιου προβλήματος για καθένα από τα παρακάτω θέματα την ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ. Εάν είχατε, βαθμολογήστε πόση μεγάλη ενόχληση είχατε από αυτό το πρόβλημα.

		Εξαιρετική ενόχληση							
		Καθόλου ενόχληση	0	1	2	3	4	5	6
1. Κοκκινίσμα προσώπου ή εξάψεις	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
2. Νυχτερινοί ιδρώτες	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
3. Ιδρώτας	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
4. Απογοήτευση από την προσωπική μου ζωή	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
5. Άγχος ή νευρικότητα	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
6. Φτωχή μνήμη	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
7. Εκπλήρωση λιγότερων πραγμάτων από ότι συνήθως	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
8. Κατάθλιψη, κακή διάθεση	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
9. Έλλειψη υπομονής με τους άλλους ανθρώπους	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
10. Επιθυμία για απομόνωση	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
11. Φούσκωμα στην κοιλιά ή πόνος από αέρια	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
12. Πόνος στους μύες και τις αρθρώσεις	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
13. Αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
14. Δυσκολία στον ύπνο	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
15. Πόνους στην πλάτη, στον αυχένα ή το κεφάλι	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
16. Μείωση της σωματικής δύναμης	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
17. Μείωση της αντοχής	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
18. Απώλεια ενέργειας	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
19. Ξηρό δέρμα	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
20. Πρόσληψη βάρους	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6

		Καθόλου ενόχληση							
		0	1	2	3	4	5	6	Εξαιρετική ενόχληση
21. Αύξηση της φροντίδας του προσώπου	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
22. Αλλαγές στην εμφάνιση, την υφή ή τον τόνο του δέρματός μου	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
23. Φούσκωμα ή πρήξιμο	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
24. Πόνος στη μέση	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
25. Συχνουρία (συχνές επισκέψεις στην τουαλέτα)	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
26. Διαφυγή ούρων με το γέλιο ή τον βήχα	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
27. Μείωση της σεξουαλικής μου επιθυμίας	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
28. Ξηρότητα στον κόλπο	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
29. Αποφυγή της σεξουαλικής επαφής	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
30. Πόνος στους μαστούς ή πρήξιμο και ευαισθησία	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
31. Αιμορραγία ή σταγόνες αίματος από τον κόλπο	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6
32. Πόνους στα πόδια ή κράμπες	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι	0	1	2	3	4	5	6

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου που είχατε τον τελευταίο μήνα μόνο. Οι απαντήσεις σας θα πρέπει να είναι ακριβείς και να αντιπροσωπεύουν τις περισσότερες νύχτες και ημέρες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Παρακαλώ πολύ απαντήστε όλες τις απαντήσεις.

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα,

1. Τι ώρα συνήθως πάτε για ύπνο? _____
2. Πόσα λεπτά σας παίρνει για να αποκοιμηθείτε κάθε βράδυ? _____
3. Τι ώρα ξυπνάτε συνήθως το πρωί? _____
4. Πόσες ώρες συνήθως κοιμάστε πραγματικά το βράδυ? (Αυτό είναι διαφορετικό από τις ώρες που είστε ξαπλωμένη στο κρεβάτι) _____

5. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα στον ύπνο διότι.....	Όχι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα (0)	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα (1)	1 ή 2 φορές την εβδομάδα (2)	3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα (3)
a. Δεν μπορούσατε να αποκοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά	0	1	2	3
b. Ξυπνούσατε κατά τη διάρκεια της νύχτας ή νωρίς το πρωί	0	1	2	3
c. Έπρεπε να σηκωθείτε για την τουαλέτα	0	1	2	3
d. Δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε άνετα	0	1	2	3
e. Βήχατε ή ροχαλίζατε βαριά	0	1	2	3
f. Αισθανόσασταν πολύ κρύο	0	1	2	3
g. Αισθανόσασταν πολύ ζέστη	0	1	2	3
h. Βλέπατε άσχημα όνειρα	0	1	2	3
i. Πονούσατε	0	1	2	3
j. Για άλλους λόγους, παρακαλώ περιγράψτε, συμπεριλαμβανομένων πόσο συχνά είχατε πρόβλημα ύπνου εξαιτίας αυτού του λόγου:	0	1	2	3
6. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά πήρατε φάρμακο (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσει να κοιμηθείτε?	0	1	2	3
7. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα στο να παραμείνετε ξύπνια κατά τη διάρκεια της οδήγησης, του φαγητού, ή κάποιας κοινωνικής δραστηριότητας?	0	1	2	3
8. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν για σας να διατηρήσετε τον ενθουσιασμό σας ότι τα πράγματα θα πάνε καλά?	0	1	2	3
	Πολύ καλή (0)	Αρκετά καλή (1)	Αρκετά κακή (1)	Πολύ κακή (1)
9. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας συνολικά?	0	1	2	3

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	<u>Ναί</u> , με περιορίζει Πολύ	<u>Ναί</u> , με περιορίζει Λίγο	<u>Όχι</u> , δεν με περιορίζει Καθόλου
a. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικές</u> σειρές από σκαλοπάτια	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Ναι	Όχι
a <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιοδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Ναι	Όχι
a <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
αΑισθανόσασταν ηρεμία και <u>καταλήνη</u> ;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
βΕίχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γΑισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΞΑΨΕΩΝ

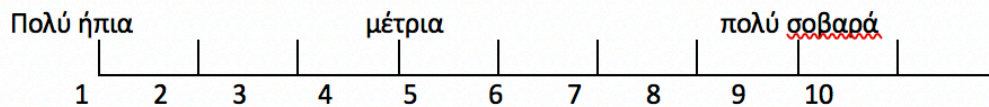
Πόσο συχνά είχατε εξάψεις την προηγούμενη εβδομάδα;

Παρακαλώ σημειώστε πόσες φορές: την ημέρα, ή την εβδομάδα.

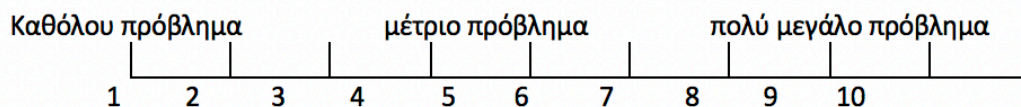
Εάν έχετε νυχτερινές εφιδρώσεις, παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά ξυπνήσατε εξαιτίας τους, την προηγούμενη εβδομάδα φορές το βράδυ, ή φορές την εβδομάδα.

Παρακαλώ κυκλώστε μία γραμμή κάθε ερώτησης που προσδιορίζει πώς ήταν οι εξάψεις/εφιδρώσεις κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

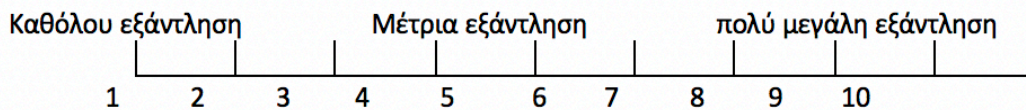
1. Σε ποια έκταση θεωρείτε ότι οι εξάψεις/εφιδρώσεις αποτελούν πρόβλημα;



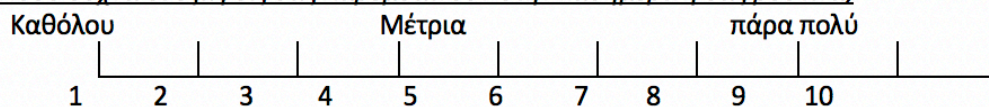
2. Σε ποια έκταση θεωρείτε ότι οι εξάψεις/εφιδρώσεις αποτελούν πρόβλημα;



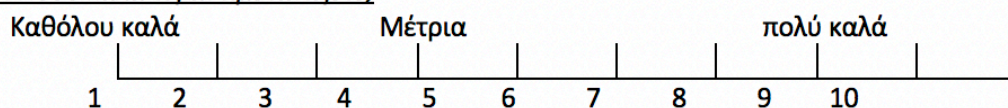
3. Πόσο εξαντλημένη νιώθετε με τις εξάψεις σας;



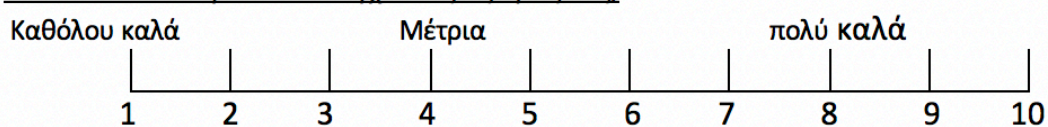
4. Πόσο συχνά οι εξάψεις σας παρεμβαίνουν στην καθημερινή σας ρουτίνα;



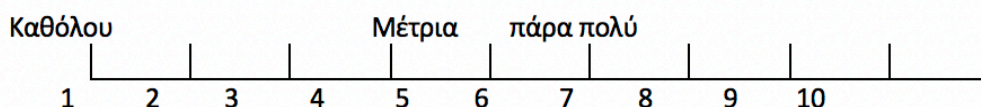
5. Πόσο καλά τις αντιμετωπίζετε;



6. Πόσο καλά θεωρείτε ότι ελέγγετε τις εξάψεις σας;



7. Πόσο έχει διαταραχθεί ο ύπνος σας από τις νυχτερινές εφιδρώσεις;



Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν στη σεξουαλική σας επιθυμία και στις αντιδράσεις σας **κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων**. Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις όσο πιο ειλικρινά και ξεκάθαρα μπορείτε. Οι απαντήσεις σας είναι απολύτως εμπιστευτικές. Για να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις λάβετε υπόψη σας τους παρακάτω ορισμούς:

Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να περιλαμβάνει χάδια, ερωτικά παιχνίδια, αυνανισμό και κολπική επαφή.

Σεξουαλική επαφή ορίζεται ως η διείσδυση του πέους στο κόλπο.

Η σεξουαλική διέγερση περιλαμβάνει καταστάσεις όπως ερωτικά παιχνίδια με τον σύντροφο, αυνανισμό, ή σεξουαλικές φαντασιώσεις.

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Η σεξουαλική επιθυμία ή ερωτικό ενδιαφέρον είναι ένα αίσθημα που περιλαμβάνει την επιθυμία που έχει κάποιος για σεξουαλική εμπειρία, νιώθοντας δεκτικός στην σεξουαλική επιθυμία του συντρόφου του και τη σκέψη και φαντασίωση για σεξουαλική επαφή.

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο **συχνά** νιώσατε σεξουαλική επιθυμία ή ερωτικό ενδιαφέρον?

- 5 Πάντα ή Σχεδόν πάντα
- 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- 1 Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ

2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πώς θα βαθμολογούσατε την **ένταση (βαθμός)** της σεξουαλικής επιθυμίας ή ερωτικού ενδιαφέροντος?

- 5 Πολύ υψηλό
- 4 Υψηλό
- 3 Μέτριο
- 2 Χαμηλό
- 1 Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

Η σεξουαλική διέγερση είναι ένα αίσθημα που περιλαμβάνει εξίσου σωματικές και ψυχικές πτυχές της σεξουαλικής επιθυμίας/απόλαυσης. Μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα έξαψης ή θερμότητας στα γεννητικά όργανα, ύγρανση, ή μυϊκές συσπάσεις.

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο **συχνά** αισθανθήκατε σεξουαλικά διεγερμένη ("αναμμένη") κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- 5 Πάντα ή Σχεδόν πάντα
- 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- 1 Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πώς θα βαθμολογούσατε την **ένταση** της σεξουαλικής διέγερσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 5 Πολύ υψηλό
 4 Υψηλό
 3 Μέτριο
 2 Χαμηλό
 1 Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο βέβαιη** ήσασταν ότι θα φτάνατε σε σεξουαλική διέγερση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 5 Πολύ υψηλή βεβαιότητα/αυτοπεποίθηση
 4 Υψηλή βεβαιότητα/αυτοπεποίθηση
 3 Μέτρια βεβαιότητα/αυτοπεποίθηση
 2 Χαμηλή βεβαιότητα/αυτοπεποίθηση
 1 Πολύ χαμηλή ή καμμία ή βεβαιότητα/αυτοπεποίθηση

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο συχνά** μένατε ικανοποιημένη με την σεξουαλική διέγερσή σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο συχνά αισθανθήκατε υγρή** κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο δύσκολο ήταν να αισθανθείτε υγρή** κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 1 Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
 2 Πολύ δύσκολο
 3 Δύσκολο
 4 Λίγο δύσκολο
 5 Καθόλου δύσκολο

9. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά **διατηρήσατε την λίπανση (υγρασία)** μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε την λίπανση (υγρασία)** μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 1 Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
 2 Πολύ δύσκολο
 3 Δύσκολο
 4 Λίγο δύσκολο
 5 Καθόλου δύσκολο

11. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, όταν είχατε σεξουαλική διέγερση ή επαφή, **πόσο συχνά φτάσατε σε οργασμό?**

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

12. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, όταν είχατε σεξουαλική διέγερση ή επαφή, **πόσο δύσκολο** ήταν να φτάσετε σε οργασμό (κορύφωση)?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
1 Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
2 Πολύ δύσκολο
3 Δύσκολο
4 Λίγο δύσκολο
5 Καθόλου δύσκολο

13. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο ικανοποιημένη** ήσασταν με την ικανότητα σας να φτάσετε σε οργασμό (κορύφωση) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή επαφής?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
5 Πολύ ικανοποιημένη
4 Αρκετά ικανοποιημένη
3 Εξίσου ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
2 Αρκετά δυσαρεστημένη

14. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο ικανοποιημένη** ήσασταν με το βαθμό συναισθηματικής εγγύτητας (πόσο κοντά νιώθατε) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ανάμεσα σε εσάς και τον σύντροφό σας?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
5 Πολύ ικανοποιημένη
4 Αρκετά ικανοποιημένη
3 Εξίσου ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
2 Αρκετά δυσαρεστημένη
1 Πολύ δυσαρεστημένη

15. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο ικανοποιημένη** ήσασταν σε ότι αφορά τη σεξουαλική σχέση με τον σύντροφό σας?

- 5 Πολύ ικανοποιημένη
 4 Αρκετά ικανοποιημένη
 3 Εξίσου ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
 2 Αρκετά δυσαρεστημένη
 1 Πολύ δυσαρεστημένη

16. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο ικανοποιημένη** είστε συνολικά με την σεξουαλική σας ζωή?

- 5 Πολύ ικανοποιημένη
 4 Αρκετά ικανοποιημένη
 3 Εξίσου ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
 2 Αρκετά δυσαρεστημένη
 1 Πολύ δυσαρεστημένη

17. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο συχνά** νιώσατε δυσφορία ή πόνο κατά τη διάρκεια της κολπικής διεξόδου?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

18. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **πόσο συχνά** νιώσατε **δυσφορία ή πόνο** μετά την κολπική διεξόδου?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 5 Πάντα ή σχεδόν πάντα
 4 Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
 3 Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
 2 Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
 1 Ποτέ ή σχεδόν ποτέ

19. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πώς θα αξιολογούσατε την **ένταση** δυσφορίας ή πόνου κατά την διάρκεια ή μετά την κολπική διεξόδου?

- 0 Δεν είχα σεξουαλική επαφή
 1 Πολύ υψηλός
 2 Υψηλός
 3 Μέτριος
 4 Χαμηλός
 5 Πολύ χαμηλός ή ανύπαρκτος

20. Παρακαλώ **κυκλώστε** ένα νούμερο μεταξύ 0 και 10 όσον αφορά στη **συνολική ικανοποίηση της σεξουαλικής ζωής**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (Απουσία ικανοποίησης)----- (πολύ μεγάλη ικανοποίηση)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Πόσων ετών είστε;

2. Εθνικότητα στην οποία ανήκετε

₁ Ελληνική ₂ Άλλη (προσδιορίστε)

3. Εργάζεστε; ₂ ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ

3. Εάν ναι τί επάγγελμα κάνετε;.....

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό
1	2	3	4	5	6	7

5. Οικογενειακή κατάσταση

₁ Έγγαμη
₂ Έγγαμη με παιδιά ₃ Διαζευγμένη
₄ Σε συμβίωση ₅ Άγαμη

6. Το ύψος σας σε μέτρα.....

7. Το βάρος σας σε κιλά.....

8. Το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα σε ευρώ:

₁ 0-5.000
₂ 5.000-12.000
₃ 12.000-20.000
₄ >20.000

9. Ποια είναι η κύρια αιτία που σας οδήγησε να επισκεφθείτε το συγκεκριμένο τμήμα του νοσοκομείου.....

10. Πόσο καιρό έχετε το πρόβλημα αυτό; (μήνες ή χρόνια).....

11. Έχετε περίοδο ή όχι;

₂ ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ

12. Εάν ναι ποιά είναι η τελευταία σας περίοδος; _____ 0 Δεν θυμάμαι

13. Εάν ΟΧΙ ποιν πόσα χρόνια είχατε την τελευταία περίοδο;.....

14. Εάν δεν έχετε περίοδο έχετε πάρει κάποια φάρμακα για ορμονική υποκατάσταση;

₂ ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ

15. Αριθμός τοκετών:.....

16. Σημειώστε το βάρος και το είδος των τοκετών:

Παιδιά	Βάρος	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	Βεντούζα	Κουτάλες	Καισαρική προγραμματισμένη	Καισαρική επείγουσα
1 ^ο						

2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

17. Σημειώστε τα προβλήματα υγείας που έχετε (π.χ. υπέρταση)

.....

18. Ποια φάρμακα παίρνετε; (π.χ. ασπιρίνη, φάρμακα πίεσης κλπ)

.....

19. Σημειώστε τις χειρουργικές επεμβάσεις που έχετε κάνει;

<u>ΕΤΟΣ</u>	<u>ΕΠΕΜΒΑΣΗ</u>

20. Έχετε χρειαστεί ποτέ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ;

_b ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ

21. Αναφέρετε σοβαρά ιατρικά προβλήματα στο οικογενειακό σας περιβάλλον (γονείς-αδέλφια)

.....

22. Έχετε ΑΛΛΕΡΓΙΑ σε κάποιο φάρμακο;

_b ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ,

Αν ναι σε ποιο;.....

23. Καπνίζετε;

- _b Όχι
₁ Λίγο (<20τσιγ/εβδ)
₂ Πολύ (20-40 ημερ.)
₃ Πάρα πολύ (>40 ημ)

24. Πίνετε αλκοόλ;

- _b Όχι
₁ 1 ποτό την εβδομάδα
₂ 2-3 ποτά την εβδομάδα

- _β 1 ποτό την ημέρα
_γ περισσότερα από 1 ποτά την ημέρα

25. Γυμνάζεστε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

- _β ΟΧΙ _γ ΝΑΙ

26. Εάν ναι τι είδους άσκηση κάνετε; Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία απάντηση

- _γ Αεροβική (περπάτημα, τρέξιμο, ποδήλατο) _____
_δ Αντοχής (βάρη, power γιόγκα) _____
_ε Ελαστικότητα και καλή στάση σώματος (πιλάτες, γιόγκα) _____
_{στ} Άλλο _____

27. Πόσο συχνά ασκείστε;

- _β Δεν ασκώμαι
_γ 1 φορά την εβδομάδα
_δ 2-3 φορές την εβδομάδα
_ε 4-5 φορές την εβδομάδα
_{στ} καθημερινά

28. Όταν γυμνάζεστε πόση ώρα γυμνάζεστε;

- _β Δεν ασκώμαι
_γ 30 λεπτά
_δ 1 ώρα
_ε 1 ½ -2 ώρες
_{στ} Περισσότερο από 2 ώρες

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

Παράρτημα Β

ΠΑ.Δ.Α. - ΕΞ: 54811 - 28/07/2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΞΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω, ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή Αιγάλεω : 27/07/2020

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας **ΠΡΟΣ:** κ. Δελτσίδου Άννα
ΚΟΙΝ: κ. Αγαπίου Μαλαματένια

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 12η/27-07-2020 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Εμμηνόπαυση και ποιότητα ζωής**», με αριθμό πρωτοκόλλου 50262/13-07-2020 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Δελτσίδου Άννα.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου.

Η Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής
και Δεοντολογίας της Έρευνας

Δρ Αναστασία Μπαρμπούνη
Καθηγήτρια

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 22.6.2020
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ Χ 1937

ΠΡΟΣ: ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΤΟΥ 1^{ΟΥ} ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Σχετ.: Η με αριθμ. πρωτ. Χ 653/15.06.2020 αίτηση της κ. Αγαπίου Μαλαματένιας με τα συνημμένα δικαιολογητικά.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού παρακαλούμε όπως διευκολύνετε την κυρία Αγαπίου Μαλαματένια να κάνει διανομή ερωτηματολογίου, στο 1^ο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής της εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με θέμα: «Εμμηνόπαυση και Ποιότητα ζωής».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό της προϋποθέσεις:

- Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων.
- Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για το Κέντρο Υγείας.
- Να μην παρακωλύεται η εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας.

Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ



Θωρήθηκε για την υπηρεσία
Αύγουστος 2020

Κοινοποίηση:

-κ. Αγαπίου Μαλαματένια

Εσωτερική διανομή:

-Γραφείο Διοικήτη
-Γραφείο Υποδιοικήτών