



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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: **Καρόζη Ελένη**

A.M: 18012

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κύρκου Γιαννούλα

Τμήμα Μαιευτικής

Αθήνα

Ιούνιος 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
ADVANCED AND APPLIED OBSTETRIC CARE

Diploma Thesis

Title

“Estimation of menopausal women’s quality of life”

Student name and surname: **Eleni Karozi**

Registration Number: 18012

Supervisor name and surname: Giannoula Kirkou

Athens

June 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τίτλος εργασίας: «**Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών
γυναικών**»

Τριμελής επιτροπή εξέτασης:

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γιαννούλα Κύρκου	
2	Αικατερίνη Λυκερίδου	
3	Αντιγόνη Σαραντάκη	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

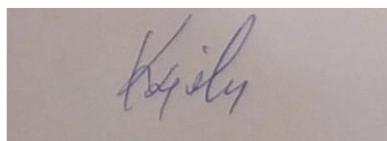
Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Καρόζη Ελένη** του Αθανασίου, με αριθμό μητρώου 18012, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για 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 αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Η Δηλούσα



Κύρκου Γιαννούλα

Καρόζη Ελένη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κυρία Κύρκου Γιαννούλα για την καθοδήγησή της και την πολύτιμη συνδρομή της καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, τον απερχόμενο Διευθυντή του Κέντρου Υγείας Αλιβερίου Ευβοίας κύριο Γεωργίου Αντώνιο που διευκόλυνε τη διεξαγωγή της έρευνας στο Κέντρο Υγείας Αλιβερίου καθώς και όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν με προθυμία στην έρευνα και βοήθησαν στην ολοκλήρωσή της.

Τέλος, τις δυο μου κόρες για την κατανόηση και την τεράστια υπομονή τους καθώς και τον σύζυγό μου και τον πατέρα μου για την πολύτιμη βοήθεια και υπομονή τους προκειμένου να παρακολουθήσω στην Αθήνα δια ζώσης τα μαθήματα του συγκεκριμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος και να ολοκληρώσω τη διπλωματική μου εργασία.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εμμηνόπαυση είναι μία φυσιολογική αλλαγή που συμβαίνει στη ζωή της γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, οι γυναίκες βιώνουν αγγειοκινητικά, φυσικά/σωματικά, ψυχοκοινωνικά και σεξουαλικά συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες έχουν μία σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.

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

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 150 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Νότιας Εύβοιας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο «The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire» που περιλαμβάνει την κλίμακα Likert (0-6), όπου 0 αντιστοιχεί σε καθόλου ενοχλημένη και 6 σε εξαιρετικά ενοχλημένη, και αναφέρεται στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της γυναίκας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, η αίσθηση άγχους ή νευρικότητας (64,7%) και οι αλλαγές στην εμφάνιση, σύσταση ή τόνο του δέρματος (8%) ήταν τα περισσότερο και τα λιγότερο κοινά συμπτώματα αντίστοιχα. Οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν υψηλότερα (κατά μέσο όρο 0,89 μονάδες) επίπεδα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονταν. Οι μη καπνίστριες είχαν υψηλότερα (κατά μέσο όρο 0,68 μονάδες) επίπεδα ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων σε σχέση με τις καπνίστριες. Οι γυναίκες που λάμβαναν φάρμακα για διάφορα προβλήματα υγείας, είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικών (κατά μέσο όρο 0,77 μονάδες) και σωματικών (κατά μέσο όρο 0,52 μονάδες) συμπτωμάτων και υψηλότερη βαθμολογία στο συνολικό MENQOL (κατά μέσο όρο 0,58 μονάδες) σε σχέση με τις γυναίκες που δε λάμβαναν φάρμακα. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα οποία αφορούν τη συσχέτιση της Αγγειοκινητικής, της Ψυχοκοινωνικής, της Σωματικής και της Σεξουαλικής

διάστασης τόσο μεταξύ τους όσο και με το συνολικό σκορ MENQOL, προέκυψαν στατιστικά σημαντικά. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση ενός σκορ προκαλεί την αύξηση των υπολοίπων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται συνολικά η ποιότητα ζωής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Συμπεράσματα: Η εμμηνόπαυση σχετίζεται με πολλαπλά συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υποστηρίζουν και να ενημερώνουν τις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες για τις μεθόδους και τις θεραπείες που θα τις βοηθήσουν να έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Περισσότερες μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν έτσι ώστε να ερευνηθεί ο ρόλος δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα και την ένταση των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: εμμηνόπαυση, ποιότητα ζωής, συμπτώματα εμμηνόπαυσης, σωματική άσκηση, εναλλακτικές θεραπείες, ορμονική θεραπεία

Abstract

Introduction: Menopause is a normal physiological change occurring at a woman's life. During this time women experience vasomotor, physical, psychosocial and sexual symptoms that affect their quality of life. Social and demographic factors have a significant effect on symptoms of menopause.

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

Material and Method: The study was conducted among 150 menopausal who live in the south region of the island Evia. For data collection has been used the anonymous questionnaire "The Menopause-Specific of Quality Questionnaire" that included the Likert scale (0-6), where 0 means not at all bothered and 6 means extremely bothered, and refers to menopausal symptoms and whether they affect the Quality of Life. Data were analyzed using the statistic program SPSS 22.0.

Results: Among the menopausal symptoms, "feeling nervous or anxious" (64,7%) and "changes in appearance, texture or tone of the skin" (8%) were the most and the least common ones respectively. Employed women had higher (average 0,89 units) levels in vasomotor symptoms than unemployed ones. Non-smokers had higher (average 0,68 units) levels in psychosocial symptoms than smokers as well. The women who were taking medicine for health problems, had higher levels in psychosocial symptoms (average 0,77 units), had higher levels in physical symptoms (average 0,52 units) and higher score in total MENQOL (average 0,58 units). The results of this study that relates to the correlation of the Vasomotor, the Psychosocial, the Physical and the Sexual dimensions among them and among them and the total score MENQOL were statistical important. This means that one score's increase causes the increase of all the others scores and this affects the menopausal women's quality of life.

Conclusions: Menopause is associated with many symptoms that affect the quality of women's life. Health providers should support and inform menopausal women about the methods and the treatments that help women to have a better quality of life. More studies should be conducted in order to investigate the role of

demographic and social factors that affect the way women perceive the severity and the intensity of menopausal symptoms.

Keywords: menopause, quality of life, menopausal symptoms, physical exercise, alternative therapies, hormonal therapy

Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
Περίληψη	6
Abstract	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
Εισαγωγή.....	12
Κεφάλαιο 1: Κλιμακτήριος–Εμμηνόπαυση–Πρόωρη Εμμηνόπαυση	13
1.α Ορισμοί	13
1.β Επιδημιολογικά δεδομένα.....	13
Κεφάλαιο 2: Στάδια μετάβασης στην εμμηνόπαυση και εγκατεστημένη εμμηνόπαυση	14
Κεφάλαιο 3: Επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης.....	14
3.α Βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις	15
Αγγειοκινητικά συμπτώματα.....	15
Ψυχικά συμπτώματα	18
Ψυχοσωματικά συμπτώματα - Κόπωση-καταβολή δυνάμεων	22
3.β Μέσο-μακροπρόθεσμες επιπτώσεις	23
Επιπτώσεις στο ουρογεννητικό σύστημα.....	23
Επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα.....	26
Διαταραχές ύπνου	26
Γνωστικά προβλήματα	28
Επιπτώσεις στο μυοσκελετικό σύστημα.....	29
Μυοσκελετικές διαταραχές.....	29
Επιπτώσεις στο δέρμα.....	31
Επιπτώσεις στον μαστό	31
Κεφάλαιο 4: Ποιότητα ζωής στην εμμηνόπαυση.....	31
4.α Ορισμός ποιότητας ζωής	31
4.β Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών	32
Κεφάλαιο 5: Προληπτική Ιατρική και Μέθοδοι Πληθυσμιακού Ελέγχου στην Εμμηνόπαυση	38

Κεφάλαιο 6: Θεραπευτικές παρεμβάσεις	39
6α. Ορμονική θεραπεία	39
6β. Εναλλακτικές θεραπείες.....	40
Αρωματοθεραπεία.....	40
Βοτανοθεραπεία.....	40
Ρεφλεξολογία	40
Βελονισμός.....	41
Yoga	41
Ομοιοπαθητική.....	41
Ύπνωση	42
Φυτό-οιστρογόνα	42
6γ.Γνωστική (ή γνωσιακή) Συμπεριφορική Θεραπεία	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	44
7.1 Σκοπός	44
7.2 Δείγμα	44
7.3 Εργαλείο μέτρησης.....	44
7.4 Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	44
7.5 Στατιστική Ανάλυση	45
8. Αποτελέσματα	46
9.Συζήτηση	76
Συμπέρασμα:.....	80
9.1 Περιορισμοί της μελέτης	80
Περαιτέρω Ερευνητικές Αναζητήσεις.....	81
Βιβλιογραφία	82
Παράρτημα.....	92

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται από τη μόνιμη παύση της ωοθηκικής λειτουργίας και από την απουσία έμμηνου ρύσεως τουλάχιστον για 12 μήνες (Szadowska-Szlachetka et al, 2019). Κατά την εμμηνόπαυση μειώνονται τόσο τα οιστρογόνα όσο και τα ανδρογόνα. Τα συχνότερα συμπτώματα που αναφέρουν οι γυναίκες είναι τα αγγειοκινητικά(εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις). Ωστόσο, η υποοιστρογοναιμία οδηγεί και σε διάφορα άλλα συμπτώματα που αφορούν σε άλλα συστήματα , όπως το ουροποιητικό (δυσουρία), το γεννητικό (ατροφία κόλπου), το δέρμα (ρυτίδωση), το ερειστικό (οστεοπόρωση) και το κεντρικό νευρικό σύστημα (κατάθλιψη, άγχος, άνοια).

Τα εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο (Morowatisharifabad et al, 2019). Διάφοροι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την ένταση και τη συχνότητα των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων καθώς και την ποιότητα ζωής των γυναικών γενικότερα. Παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας , το οικονομικό της επίπεδο, το μορφωτικό της επίπεδο, η φυσική δραστηριότητα, η ιδιοσυγκρασία της και η στάση ζωής με την οποία θα επιλέξει να διαχειριστεί την εμμηνόπαυση, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταση και τη συχνότητα των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων που θα βιώσει αλλά και το επίπεδο της ποιότητας ζωής της. (Norozzi et al, 2013).

Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται και αλληλεπιδρούν με τις εμμηνόπαυσιακές και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, έχουν μια εξαιρετική ευκαιρία και σημαντική υποχρέωση να τις ακούσουν , να τις κατανοήσουν και να τις βοηθήσουν, λαμβάνοντας υπόψη τους το ιστορικό υγείας των γυναικών, τον τρόπο ζωής τους, την προσωπικότητά τους και διάφορους άλλους παράγοντες. Θα πρέπει να προτείνουν στις γυναίκες αποτελεσματικούς προληπτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και όχι απαραίτητως φαρμακευτική αγωγή έτσι ώστε να μπορέσουν να τις βοηθήσουν να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Κεφάλαιο 1: Κλιμακτήριος-Εμμηνόπαυση-Πρόωρη Εμμηνόπαυση

1.α Ορισμοί

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται από τη μόνιμη παύση της ωοθηκικής λειτουργίας και από την απουσία εμμήνου ρύσεως τουλάχιστον για 12 μήνες (Szadowska-Szlachetka et al, 2019, Edwards et al, 2018). Επομένως, ο ορισμός αυτός αποτελεί έναν αναδρομικό ορισμό (De Franciscis, 2019). Η εμμηνόπαυση αποτελεί μία φυσιολογική αλλαγή στη ζωή της γυναίκας (Dabrowska-Galas et al, 2019) και η μέση ηλικία εμφάνισής της είναι τα 51 έτη (Augoulea et al, 2019, Namazi et al, 2019). Για έναν μικρό αλλά σημαντικό αριθμό γυναικών, η εμμηνόπαυση εγκαθίσταται νωρίτερα από τον κανονικό μέσο όρο εμφάνισης. Μπορεί να εμφανισθεί πρόωρα, πριν την ηλικία των 40 ετών, οπότε και ονομάζεται πρόωρη εμμηνόπαυση, ή και όψιμα, μετά την ηλικία των 55 ετών (Edwards et al, 2019). Επίσης, έχουν αναφερθεί και τα 58 έτη ως ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης (Nguyen et al, 2020). Η φυσιολογική μετάβαση της γυναίκας από την αναπαραγωγική στη μη αναπαραγωγική φάση της ζωής της ονομάζεται κλιμακτήριος.

Η εμμηνόπαυση διακρίνεται σε φυσική εμμηνόπαυση η οποία προκύπτει από τη φυσιολογική μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων, προγεστερόνης και ανδρογόνων μέχρι την οριστική παύση της ωοθηκικής λειτουργίας και σε τεχνητή ή προκλητή εμμηνόπαυση, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης, λήψης φαρμάκων, ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

1.β Επιδημιολογικά δεδομένα

Η εμμηνόπαυση αποτελεί μία από τις σημαντικότερες περιόδους στη ζωή της γυναίκας και επηρεάζει σχεδόν όλους τους τομείς της. Η μέση ηλικία έναρξης της μετάβασης στην εμμηνόπαυση είναι τα 47 έτη και ο μέσος όρος ηλικίας εγκατάστασης της είναι τα 51.4 έτη (Baker et al, 2018, Μώρος & Λυκερίδου, 2019). Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, 25 εκατομμύρια γυναίκες ετησίως,

εισέρχονται στην περίοδο αυτήν. Ο πληθυσμός των εμμηνόπαυσιακών και των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο, μέχρι το 2030, θα ανέλθει σε 1,2 δισεκατομμύρια γυναίκες (Mahdavian et al, 2019, Namazi et al, 2019) εκ των οποίων τα 47 εκατομμύρια θα αποτελούν νεοεισερχόμενες γυναίκες στην εμμηνόπαυση (Johnson et al, 2019).

Κεφάλαιο 2: Στάδια μετάβασης στην εμμηνόπαυση και εγκατεστημένη εμμηνόπαυση

Στα πλαίσια του ορισμού της εμμηνόπαυσης, εντάσσονται και οι χρονικές περίοδοι της περιεμμηνόπαυσης και της μετεμμηνόπαυσης.

Περιεμμηνόπαυση ή μετάβαση στην εμμηνόπαυση ορίζεται ως η περίοδος που ξεκινά με την έναρξη ανώμαλων εμμηνορρυσιακών κύκλων έως και ένα έτος μετά την τελευταία έμμηνο ρύση και ακολουθείται από διακυμάνσεις στις ορμόνες της αναπαραγωγής (De Franciscis et al, 2019).

Μετεμμηνόπαυση ορίζεται η περίοδος που ξεκινά μετά την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης και διαρκεί για το υπόλοιπο της ζωής της γυναίκας.

Κεφάλαιο 3: Επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης

Η εμμηνόπαυση είναι μια φυσιολογική κατάσταση στη ζωή της γυναίκας που συνοδεύεται από αγγειοκινητικές, σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής της και έχοντας επιπτώσεις στην υγεία της (Taylor- Swanson et al, 2018, Dabrowska-Galas et al, 2019, Morowatisharifabad et al, 2019, Nguyen et al, 2020). Μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία σε μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής από τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Το κενό αυτό εν μέρει, εξηγείται ως εξής: οι μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες σημείωσαν 10 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και ταλαιπωρίας τους απ' αυτά, 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοκοινωνικών διαταραχών, 5 φορές υψηλότερο

κίνδυνο εμφάνισης σωματικών δυσλειτουργιών και 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σεξουαλικών διαταραχών (Taylor-Swanson et al, 2018).

Οι επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμες και μέσο-μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

3.α Βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις

Τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία μπορεί να βιώσει μια γυναίκα κατά την περίοδο της περιεμμηνόπαυσης και μετεμμηνόπαυσης, λόγω δραστικών διακυμάνσεων στα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (Szadowska–Szlachetka et al, 2019) είναι τα ακόλουθα:

Αγγειοκινητικά συμπτώματα

Ένα από τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα από τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση είναι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (Nguyen et al, 2020). Τα κυριότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα είναι οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις. Ως εξάψη περιγράφεται η αυθόρμητη αίσθηση θερμότητας κυρίως σε στήθος, αυχένα και πρόσωπο ακολουθούμενη από ακαριαία εφίδρωση. Συνήθως συνοδεύεται από ταχυπαλμία, πονοκέφαλο, αδυναμία, κόπωση, λιποθυμία και ανησυχία ή πανικό. Μπορεί ακόμη να πυροδοτηθεί σε ζεστά περιβάλλοντα, με την κατάποση ζεστών ροφημάτων ή λόγω της επίδρασης συναισθηματικού άγχους (Lugo & Tetrokalashvili, 2020). Έχει παρατηρηθεί ότι οι εξάψεις επηρεάζουν τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε ποσοστό 60%-70% και τις περιεμμηνοπαυσιακές σε ποσοστό έως και 75% (Augoulea et al, 2019). Μελέτες έδειξαν ότι οι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες μπορούν να εμφανίσουν εξάψεις σε ποσοστό έως και 85% (Santoro et al, 2015). Έχει ακόμη παρατηρηθεί ότι οι εξάψεις εμφανίζονται σε ποσοστό έως και 55% των γυναικών ακόμα και πριν την έναρξη των ανώμαλων εμμηνορυσιακών κύκλων, η οποία και καθορίζει την είσοδο της γυναίκας στη μεταβατική εμμηνόπαυση και καθώς περνά σ' αυτήν, αυξάνεται η σοβαρότητα των εξάψεων (Reed et al, 2014).

Οι εξάψεις αποτελούν τον πρωταρχικό λόγο για τον οποίο οι γυναίκες αναζητούν ιατρική βοήθεια (Li et al, 2019). Έχει παρατηρηθεί ότι η μέση διάρκεια των εξάψεων είναι τα 2,5 έτη, είτε η γυναίκα αναζητήσει, είτε όχι, ιατρική βοήθεια. Έχει ακόμη

παρατηρηθεί ότι περίπου το 10%-15% των περιπτώσεων θα μπορούσε να διαρκέσει δεκαετίες ή πολύ περισσότερο μετά την εμμηνόπαυση (Li et al , 2019). Μία μετά-ανάλυση 10 διαφορετικών μελετών σε 35.445 γυναίκες επιβεβαίωσε μία τετραετή διάρκεια εμφάνισης εξάψεων με τις περισσότερες ενοχλήσεις να ξεκινούν περίπου 1 χρόνο πριν την τελική έμμηνο ρύση και στη συνέχεια να μειώνονται (Santoro et al, 2015). Έχει βρεθεί ότι 20% των γυναικών που διανύουν τα τελευταία έτη της πέμπτης δεκαετίας της ζωής τους, το 10% των γυναικών στα 60 τους, καθώς και το 5% των γυναικών στα 70 τους είναι πιθανό να ταλαιπωρούνται από επίμονες εξάψεις (Santoro, 2016). Στην Ελλάδα, μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι περίπου 1 στις 3 γυναίκες που βρίσκεται στη μεταβατική φάση ή στα πρώτα 5 χρόνια μετά την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, εμφανίζει ήπια ή σοβαρά σε ένταση αγγειοκινητικά συμπτώματα (Augoulea et al, 2019).

Η ακριβής αιτία των εξάψεων δεν έχει διευκρινιστεί. Παλαιότερα, οι εξάψεις θεωρήθηκε ότι σχετιζόνταν αποκλειστικά με την απουσία των οιστρογόνων. Παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια μιας έξαψης δεν παρατηρήθηκε καμία αιφνίδια αλλαγή των τιμών της οιστραδιόλης (Santoro et al, 2015). Η πλέον αποδεκτή θεωρία υποστηρίζει ότι υπάρχει μικρότερου εύρους επαναρύθμιση της θερμό-ουδέτερης ζώνης του υποθαλάμου σε συνδυασμό με διακυμάνσεις ή απώλεια της παραγωγής των οιστρογόνων. Συνεπώς, τα μειωμένα επίπεδα των οιστρογόνων μπορούν με τη σειρά τους να μειώσουν τα επίπεδα κάποιων νευροδιαβιβαστών (π.χ. της σεροτονίνης) και μ' αυτόν τον τρόπο να ρυθμίσουν προς τα πάνω (upregulation) τον υποδοχέα της σεροτονίνης ή 5- υδροξυτρυπταμίνης (5- HTA 2A), που βρίσκεται στον Υποθάλαμο. Με αυτόν τον τρόπο απελευθερώνεται περισσότερη ποσότητα σεροτονίνης με άμεση συνέπεια την ενεργοποίηση του υποδοχέα της. Η ενεργοποίηση αυτή αλλάζει το σημείο καθορισμού (setpoint) της θερμοκρασίας και προκαλεί τις εξάψεις (Santoro et al, 2015).

Οι εξάψεις θεωρούνται ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας διότι επιδρούν ζωτικά τόσο στη συγκέντρωση όσο και στη συναισθηματική ισορροπία της σε καθημερινή βάση (Li et al, 2019). Άλλα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, που συχνά επηρεάζουν αρνητικά, είναι οι διαταραχές του ύπνου, οι διαταραχές της διάθεσης, ο πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφή ή ο

πόνος των αρθρώσεων, η αδυναμία συγκέντρωσης και η καταβολή δυνάμεων. Όλα τα προηγούμενα διαταράσσουν την απόδοση της γυναίκας σε επαγγελματικό, κοινωνικό, προσωπικό (αναψυχή, ξεκούραση) και σεξουαλικό επίπεδο (Reed et al, 2014).

Πολλές γυναίκες στην εμμηνόπαυση αναφέρουν ότι πολύ συχνά ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας λόγω των εξάψεων, κατατάσσοντάς αυτές, στις κυριότερες αιτίες που σχετίζονται με τις διαταραχές του ύπνου (Thurston et al, 2019). Οι γυναίκες αναφέρονται σε αυτές το πρωί και πάντα έχοντας έντονο το υποκειμενικό στοιχείο, επηρεαζόμενο από τη διάθεση και την κακή ποιότητα ύπνου που είχε η γυναίκα την προηγούμενη νύχτα (Fu et al, 2014). Σε αρκετές μελέτες, όπου χρησιμοποιήθηκαν «αντικειμενικές» μέθοδοι μέτρησης του ύπνου (καταγραφή αγωγιμότητας του δέρματος στο στήρνο) και των εξάψεων (πολυσωματογραφική μελέτη ύπνου) βρέθηκε ότι η σχέση μεταξύ ύπνου και εξάψεων δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρη. Σε μία παλαιότερη έρευνα, όπου συμμετείχαν 14 γυναίκες, βρέθηκαν στοιχεία συσχέτισης μεταξύ αντικειμενικών εξάρσεων και αντικειμενικών αφυπνίσεων (Thurston et al, 2019). Αντίθετα, το 2007, σε μία μεγαλύτερη έρευνα, όπου μελετήθηκαν 102 γυναίκες, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αντικειμενικών εξάψεων και αποδοτικότητας ύπνου. Ωστόσο, στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι μπορεί να υπάρξει σχέση μεταξύ αντικειμενικών εξάψεων, κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού της νύχτας, και της υποκειμενικής ποιότητας του ύπνου (Thurston et al, 2019). Σε άλλη μία έρευνα όπου συμμετείχαν 34 περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες υποβλήθηκαν σε αντικειμενικές μετρήσεις ύπνου και εξάψεων, προέκυψε ότι το 69,4% των 222 μετρήσιμων εξάψεων σχετιζόταν με αφυπνίσεις (de Zambotti et al, 2014). Σε μια άλλη πρόσφατη έρευνα κατά την οποία 28 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υποβλήθηκαν σε φαρμακευτική καταστολή του αναπαραγωγικού τους άξονα δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ αντικειμενικών εξάρσεων και αφυπνίσεων. Αντίθετα, προέκυψε ότι το 66% των γυναικών εμφάνισαν εξάψεις μέσα στα 5 πρώτα λεπτά μετά την αφύπνιση (Bianchi et al, 2016).

Παράγοντες οι οποίοι μπορεί ν' αυξήσουν την εμφάνιση των εξάψεων και των νυχτερινών εφιδρώσεων είναι το κάπνισμα, τόσο το ενεργητικό όσο και το

παθητικό, και ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος. Το κάπνισμα συσχετίζεται με την εμφάνιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων μέσω της θερμοδυναμικής δράσης της νικοτίνης καθώς και μέσω της δράσης του στον μεταβολισμό των οιστρογόνων (Μώρος & Λυκερίδου, 2019). Η παχυσαρκία συνδέεται με συχνότερα και εντονότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα, κυρίως στα πρώιμα στάδια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Εντονότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανίσουν και γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ιατρογενή εμμηνόπαυση ή έχουν πρόωρη εμμηνόπαυση ή έχουν λάβει μακροχρόνια ορμονική θεραπεία (Μώρος & Λυκερίδου, 2019). Ένα 14ετές follow-up έδειξε πως το άγχος και ιδιαίτερα στη σωματική διάστασή του, σχετίζεται ισχυρά με τις εξάψεις κατά τη μεταβατική εμμηνόπαυση (Freeman & Sammel, 2016). Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τις εξάψεις είναι η ηλικία, η κουλτούρα της γυναίκας, η αυτοεκτίμηση της γυναίκας (Golmakani et al, 2016, Namazi et al, 2019), η φυλή (γυναίκες ασιατικών χωρών εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά εξάψεων σε σχέση με γυναίκες δυτικών χωρών), το ιστορικό κατάθλιψης, η χρήση αλκοόλ, η φυσική άσκηση (Golmakani et al, 2016, Namazi et al, 2019) και το αντιληπτό άγχος (Freeman & Sammel, 2016).

Ψυχικά συμπτώματα

Η διάθεση της γυναίκας κατά την περίοδο μετάβασής της στην εμμηνόπαυση συνδέεται ισχυρά με την ποιότητα ζωής της κατά την περίοδο αυτή. Συγκρινόμενες με τις προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες εμφανίζουν ένα μεγάλο εύρος ψυχολογικών συμπτωμάτων, μεταξύ των οποίων είναι και οι διαταραχές διάθεσης, όπως η ευερεθιστότητα, το άγχος, η θλίψη και η κατάθλιψη, οι οποίες μειώνουν την ποιότητα ζωής των γυναικών (Ali et al , 2020). Οι περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες συχνά εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα διάθεσης, όπως είναι η κακή διάθεση, η έλλειψη ενεργητικότητας, η έλλειψη χαράς και οι διαταραχές ύπνου (Soares, 2020). Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις πιο συχνές διαταραχές διάθεσης. Τρεις μελέτες ευρέως γεωγραφικού μήκους – SWAN, Penn Ovarian Aging Study και Harvard Study of Mood and Cycles- έδειξαν έναν αυξημένο κίνδυνο για καταθλιπτική διάθεση κατά την περιεμμηνόπαυση

(Bromberger & Kravitz, 2011, Delamater & Santoro, 2018) καθώς και αυξημένο κίνδυνο για έναρξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και άγχους σε γυναίκες που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό ψυχικής ασθένειας (Delamater and Santoro, 2018). Καταθλιπτικά συμπτώματα σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες εμφανίζονται σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 5.9% - 23.8% (Santoro et al, 2015, Campbell et al, 2016, de Kruif et al, 2016). Γυναίκες που βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυση έχουν 2 με 4 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές σε σχέση με τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (Soares, 2020). Έρευνες έδειξαν ακόμη ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο πιθανό να συμβούν σε γυναίκες στην πρώιμη περιεμμηνόπαυση σε σχέση με γυναίκες στην όψιμη περιεμμηνόπαυση (Gibson et al, 2012). Είναι σημαντικό να ξεχωρίσουμε τα καταθλιπτικά συμπτώματα, που συμβαίνουν σε μία μεγάλη μερίδα γυναικών από τη μείζονα κατάθλιψη η οποία αποτελεί σοβαρότερη ψυχιατρική πάθηση.

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι οι κύριοι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις εμμηνόπαυσιακές συμπεριλαμβανομένης της ίδιας της εμμηνόπαυσης, αποτελούν οι εξάψεις, η νυχτερινή εφίδρωση και ενδοκρινολογικοί παράγοντες (Gibson et al, 2012, , 2013, Joffe et al, 2016). Υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Bromberger & Kravitz, 2011). Οι ορμονολογικές αλλαγές, οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης όπως, η μεταβλητότητα στα επίπεδα οιστραδιόλης και η αύξηση των επιπέδων της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης (Santoro et al, 2015). Όσον αφορά στις εξάψεις, υπάρχει και ο αντίλογος. Ορισμένοι πιστεύουν ότι οι εξάψεις δεν είναι απαραίτητες για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα προηγούνται των εξάψεων, όταν συνυπάρχουν (Santoro et al, 2015).

Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή/και κατάθλιψης είναι τα στρεσογόνα και αρνητικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, το κάπνισμα, η γενική υγεία, ο τρόπος και οι συνήθειες ζωής, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, η μικρή ηλικία εμμηνόπαυσης, η ανεργία, η ανεπαρκής συναισθηματική σχέση με τον σύντροφο, ο θάνατος του συντρόφου, το χαμηλό

οικονομικό εισόδημα, ο υψηλός δείκτης σωματικής μάζας, η φυλή (οι Αφροαμερικάνες έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων) (Bromberger & Kravitz, 2011, Santoro, 2015, Santoro et al, 2015), η απουσία φυσικής δραστηριότητας και τα προβλήματα ύπνου (Bromberger & Epperson, 2018). Έρευνες έχουν δείξει και το αντίστροφο. Η κατάθλιψη να αποτελεί αιτία εμφάνισης προβλημάτων στον ύπνο και ειδικότερα, πρώιμες πρωινές εγέρσεις, σύνδρομο ανήσυχου ποδιού και υπνική άπνοια (Delamater & Santoro, 2018).

Βιολογικοί παράγοντες αλλά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά της γυναίκας όπως η οργανωτικότητα, το έντονο στοιχείο του άγχους, η απαισιοδοξία και η διαρκής περισυλλογή της αποτελούν και αυτά επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή/και κατάθλιψης στη γυναίκα κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης (Bromberger & Epperson, 2018). Έχει παρατηρηθεί ακόμη ότι η χειρουργική εμμηνόπαυση, το ουρογεννητικό σύνδρομο, η ύπαρξη ιστορικού προεμμηνόρρυσιακού συνδρόμου, η ύπαρξη ιστορικού άγχους καθώς και η ύπαρξη ιστορικού κλινικής κατάθλιψης αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης (Bromberger et al, 2011, Santoro et al, 2015, Gava et al, 2019, Ali et al, 2020, Shea et al, 2020, Simon et al, 2020).

Όπως η κατάθλιψη, έτσι και το άγχος αναφέρεται περισσότερο από γυναίκες που βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυση. Γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης, συνεχίζουν να έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατά τη διάρκεια μετάβασης στην εμμηνόπαυση ενώ εκείνες που ξεκίνησαν με άγχος σε χαμηλά επίπεδα ήταν πολύ πιθανό ν' αποκτήσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους καθώς προχωρούν προς την εμμηνόπαυση (Bromberger et al, 2013).

Έχει βρεθεί ότι το άγχος προηγείται της εμφάνισης κατάθλιψης σε πολλές περιπτώσεις και ότι μπορεί επίσης να θεωρηθεί η αιτία αύξησης της ευαλωτότητας των γυναικών προς ένα επεισόδιο κατάθλιψης στη μέση ηλικία (Kravitz et al, 2014) Μελέτες δείχνουν ότι πολλές φορές το άγχος σχετίζεται με την έναρξη της μείζονος κατάθλιψης (Bromberger et al, 2013, Kravitz et al, 2014).

Δεδομένα μελέτης έδειξαν ότι υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του σοβαρού άγχους και της ναυτίας και του μουδιάσματος τα οποία ανέφεραν ως συμπτώματα, περι-

εμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Terauchi et al, 2013). Στην ίδια έρευνα υπήρξε συσχέτιση μεταξύ κεφαλαλγίας και κατάθλιψης. Μια άλλη έρευνα, που έγινε σε 471 περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές Γιαπωνέζες, έδειξε ότι οι γυναίκες ανέφεραν ότι υπέφεραν, μία φορά την εβδομάδα ή συχνότερα, από ζάλη σε ποσοστό 35.7% και ότι υπήρξε σχέση μεταξύ ζάλης και άγχους (Terauchi et al, 2018). Προγενέστερες έρευνες σε Ιαπωνία και Αυστραλία από Anderson et al, είχαν δείξει επίσης μεγάλα ποσοστά συσχέτισης άγχους και ζάλης (41.8% σε Γιαπωνέζες γυναίκες και 25.1% σε Αυστραλές γυναίκες) (Terauchi et al, 2018).

Υπάρχει μία προγνωστική συσχέτιση του σωματοποιημένου άγχους και του κινδύνου εμφάνισης εμμηνοπαυσιακών εξάψεων. Το σωματοποιημένο άγχος δεν αποτελεί απλά ένα περιττό μέτρο (μέτρησης) των εξάψεων αλλά και προλέγει τον κίνδυνο εμφάνισης εμμηνοπαυσιακών εξάψεων (Freeman & Sammel, 2016). Η σχέση αυτή βάσει ορισμένων μελετών είναι αμφισβητήσιμη, με την έννοια ότι η φύση των σωματοποιημένων συμπτωμάτων του άγχους μοιάζει πολύ με την φύση των σωματικών ενοχλήσεων εξαιτίας των εξάψεων, γεγονός που δυσκολεύει περισσότερο το ξεμπέρδεμα των δυο αυτών καταστάσεων (Lerner et al, 2011, Bryant et al, 2012, Hickey et al, 2012). Αντίθετα, συναισθηματικό άγχος δεν αποτελεί προγνωστικό μέσο του κινδύνου εμφάνισης εξάψεων (Freeman & Sammel, 2016).

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης άγχους κατά την εμμηνόπαυση δε διαφέρουν από εκείνους των καταθλιπτικών διαταραχών. Έτσι, η ύπαρξη ιστορικού άγχους, ιστορικού κατάθλιψης, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, στρεσογόνα και αρνητικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, κοινωνικοοικονομικοί και βιολογικοί παράγοντες, η ψυχοσύνθεση και η ιδιοσυγκρασία της γυναίκας ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης άγχους στη γυναίκα κατά την εμμηνόπαυση επηρεάζοντας αρνητικά την καθημερινότητά της και την ποιότητα ζωής της (Ali et al, 2020).

Ψυχοσωματικά συμπτώματα - Κόπωση-καταβολή δυνάμεων

Η κόπωση περιγράφεται ως ένα αίσθημα έλλειψης ενέργειας, κούρασης, απώλεια κίνησης, ελάττωσης ή απώλειας της ικανότητας να υποστηρίξει ακόμη και δραστηριότητες ρουτίνας, υπερβολικής αίσθησης κούρασης, εξάντλησης και σωματικής ή ψυχικής πίεσης που συμβαίνει ακόμη και χωρίς εμφανούς προσπάθειας. Η παθολογική κόπωση είναι ένα εντατικοποιημένο επίπεδο της κοινής «φυσιολογικής» κόπωση και ενδεχομένως να προκληθεί από διαβρωτικές παθολογίες (Doncker et al, 2017, Larkin & Martin, 2017, Chiu et al, 2020).

Εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα όπως, η έλλειψη ενέργειας και η κόπωση, που εμφανίζονται σε ποσοστό 43,9%-64,7% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, σχετίζονται ισχυρά με την εξάντληση και το λεγόμενο «burn out», τα οποία μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής των γυναικών (Meyer et al, 2016, Converso et al, 2019, Chiu et al, 2020). Σε μια μελέτη διατομής που περιλάμβανε 300 γυναίκες, το 85.3% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και το 46,5 % των περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών ανέφεραν συμπτώματα σωματικής και πνευματικής εξάντλησης σε σύγκριση με το μόλις 19,7 % των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών (Taylor-Swanson et al, 2018).

Μελέτες σχετικές με την κόπωση κατά την εμμηνόπαυση, κόπωση η οποία αποδίδεται κυρίως στην μετάβαση στην εμμηνόπαυση, με αποτέλεσμα να υποφέρουν οι γυναίκες από αϋπνία ή κατάθλιψη, είναι σχετικά σπάνιες. Ωστόσο, στοιχεία δηλώνουν ισχυρές συνδέσεις ανάμεσα στην εμμηνοπαυσιακή κόπωση και τη συναισθηματική αρνητικότητα (καταθλιπτική διάθεση και αντιληπτό άγχος) κατά την εμμηνόπαυση (Ali et al , 2020) .Γενικά, η κόπωση συνοδεύεται συνήθως από διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα όπως, πόνος, δυσφορία, αϋπνία, ανυπομονησία, ευερεθιστότητα και διαταραχές της διάθεσης (Meyer et al, 2016, Mofid et al, 2016, Larkin & Martin, 2017, Ali et al, 2018).

Προβλήματα ύπνου μπορεί να συμβαίνουν λόγω πτώσης των επιπέδων των οιστρογόνων, των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, του άγχους ή/και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Η κόπωση ημέρας, κυρίως το πρωί, και η υπνηλία που αναφέρουν οι γυναίκες, σχετίζονται με ανεπαρκή ύπνο που ενδεχομένως μπορεί να συμβάλλουν

σε τραυματισμό, καταθλιπτικά συμπτώματα και κακή ποιότητα ύπνου (Santoro et al, 2015).

3.β Μέσο-μακροπρόθεσμες επιπτώσεις

Επιπτώσεις στο ουρογεννητικό σύστημα

Ατροφία ουρογεννητικού συστήματος (Ουρογεννητικό Σύνδρομο)

Η ουρογεννητική υγεία είναι ένα απαραίτητο συνθετικό της ενεργής και υγιούς ζωής της γυναίκας καθώς μεγαλώνει. Οι ουρογεννητικοί ιστοί είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στη δράση των οιστρογόνων και ιδιαίτερα στις διακυμάνσεις των επιπέδων τους που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της μετάβασης της γυναίκας στην εμμηνόπαυση (Nappi et al, 2019). Τα κύτταρα του κολπικού επιθηλίου, υπό την επίδραση των οιστρογόνων, παράγουν γλυκογόνο, το οποίο μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ, με τη βοήθεια των γαλακτοβάκιλλων, που ανήκουν στην φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου της γυναίκας. Το γαλακτικό οξύ παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του pH του κολπικού επιθηλίου μεταξύ 3,8 και 4,5. Η μείωση των γαλακτοβάκιλλων συνεπάγεται αλλαγή στο pH του κολπικού επιθηλίου, αλλάζοντας έτσι την χλωρίδα του κόλπου. Αυξημένη διαφοροποίηση στα βακτήρια του κόλπου σχετίζεται με εμφάνιση κολπικής ατροφίας (Thorhnton et al, 2015).

Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων έχουν έναν αρνητικό αντίκτυπο στην ουρογεννητική υγεία της γυναίκας, γεγονός που συχνά οδηγεί σε μία κατάσταση που ονομάζεται ουρογεννητικό σύνδρομο, ένας όρος που εισήχθη το 2014 από τη Διεθνή Εταιρεία Μελέτης της Σεξουαλικής Υγείας των Γυναικών και τη Βορειοαμερικανική Εταιρεία Εμμηνόπαυσης (Portman & Gass, 2014). Έως και το 2014 η κατάσταση αυτή ήταν γνωστή και ως ατροφία ουρογεννητικού συστήματος. Το ουρογεννητικό σύνδρομο περιλαμβάνει συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα (ξηρότητα, καύσος, κνησμός, ερεθισμός, αιμορραγία), από το ουροποιητικό σύστημα (δυσουρία, στραγγουρία, οξείες και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, ακράτεια ούρων) και συμπτώματα που επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας

(δυσπαρευνία και άλλου είδους σεξουαλικές δυσλειτουργίες) (Gandhi et al, 2016, Alvisi et al, 2019, Nappi et al, 2019).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, το ουρογεννητικό σύνδρομο επηρεάζει περισσότερο τις περιεμμηνόπαυσιακές και τις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 39% έως και σχεδόν 90%. Πρόσφατα έχει επίσης αναφερθεί ότι η κατάσταση αυτή εμφανίζεται και σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες σε ένα ποσοστό 19% των γυναικών, ηλικίας 40-45 ετών (Nappi et al, 2012, Palma et al, 2016, Kingsber et al, 2017, Moral et al, 2018, Cagnacci et al, 2019, Nappi et al, 2019). Σε μία μελέτη με δείγμα 913 Ιταλίδες όπου τους ζητήθηκε να υποβληθούν σε μία γυναικολογική εξέταση ρουτίνας, το ουρογεννητικό σύνδρομο διαγνώστηκε κλινικά σε ποσοστό 64,7% έως και 84,2 % με σημείο έναρξης 1 έως και 6 έτη μετά την εμμηνόπαυση (Palma et al , 2016).

Το κυριότερο σύμπτωμα που αναφέρει η πλειοψηφία των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών είναι η κολπική ξηρότητα/ατροφία (Palacios et al, 2018) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν ενοχλούνται και από τα υπόλοιπα συμπτώματα του ουρογεννητικού συνδρόμου. Διεθνείς έρευνες έδειξαν ότι ποσοστό μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών μικρότερο του 50% ανέφερε ότι ενοχλείται και από τα υπόλοιπα συμπτώματα (Kingsberg et al, 2013, Parish et al, 2013, Nappi et al, 2016). Τόσο σ' έρευνες όσο και σε κλινικές μελέτες, μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες ανέφεραν ότι το αμέσως επόμενο σύμπτωμα που τις ταλαιπωρεί είναι η δυσπαρευνία (Nappi et al, 2019). Δεδομένα μελετών επιβεβαιώνουν την αναφορά ήπιων έως και σοβαρών περιστατικών κολπικής ατροφίας ή δυσπαρευνίας από γυναίκες στην εμμηνόπαυση σε ποσοστό που κυμαίνεται από 27% έως και 60% (Santoro et al, 2015). Επιπρόσθετα, η στένωση και η βράχυνση των τοιχωμάτων του κόλπου καθώς και η πρόπτωση της μήτρας, οδηγούν σε υψηλά ποσοστά εμφάνισης της δυσπαρευνίας (Santoro et al, 2015).

Όλα τα συμπτώματα του ουρογεννητικού συνδρόμου με κυρίαρχα την κολπική ξηρότητα και τη δυσπαρευνία, έχουν μία μεγάλη επίδραση στη σεξουαλική ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις των γυναικών (Alvisi et al, 2019). Μία μελέτη REVIVE έδειξε ότι τα συμπτώματα του ουρογεννητικού συνδρόμου επιδρούν σημαντικά στην ικανότητα των γυναικών να πετύχουν απόλαυση (74%) και αυθορμητισμό

(70%) στις σχέσεις τους. Το 75% σεξουαλικά ενεργών μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών που εμφάνισαν το ουρογεννητικό σύνδρομο, ανέφερε ότι έχει μειώσει σημαντικά τις σεξουαλικές του επαφές λόγω της κατάστασης αυτής (Narpi et al, 2016). Η κακή σεξουαλική λειτουργία έχει μία αρνητική επίδραση στη ζωή της γυναίκας και μπορεί να συσχετιστεί με χαμηλή ικανοποίηση και έλλειψη χαράς (Dabrowska–Galas et al, 2019). Δεδομένα μιας άλλης έρευνας που έγινε το 2014, έδειξαν την έντονη ανησυχία των γυναικών για τη μακροχρόνια επίδραση της δυσφορίας που νιώθουν κατά τη σεξουαλική επαφή στη σχέση τους (Simons et al, 2014).

Ουρογυναικολογικά προβλήματα όπως, αδυναμία μυών του πυελικού εδάφους, ακράτεια ούρων και πρόπτωση πυελικού σώματος (μήτρα, ουροδόχος κύστη και παχύ έντερο) αποτελούν σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας και έχουν αρνητικές επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία και στην ποιότητα ζωής της γυναίκας (Dabrowska–Galas et al, 2019).

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής της γυναίκας αποτελούν η γενική υγεία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική κατάσταση, η κοινωνική κατάσταση, η διατροφή, και η φυσική δραστηριότητα της γυναίκας (Thornton et al, 2015). Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης η γενική και σεξουαλική υγεία του συντρόφου της γυναίκας καθώς και η ποιότητα και διάρκεια της σχέσης τους (Narpi et al, 2019).

Αξίζει, τέλος, να αναφερθεί ότι παρόλο το μεγάλο ποσοστό εμφάνισης του ουρογεννητικού συνδρόμου, πολλές γυναίκες, ποσοστό που αγγίζει σχεδόν το 50% των γυναικών, δε συζητούν για το πρόβλημά τους αυτό με τους επαγγελματίες υγείας, είτε γιατί το θεωρούν φυσικό επόμενο του γήρατος, είτε γιατί νιώθουν άβολα να συζητούν γι' αυτό. Σε μικρότερο ποσοστό (7%) αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας ποτέ τους δεν αναφέρονται στην ουρογεννητική ατροφία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην ενημερωθούν ποτέ για το ουρογεννητικό σύνδρομο και μην έχουν τη δυνατότητα να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία γι' αυτό. (Thornton et al, 2015, Alvisi et al, 2019).

Επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα

Διαταραχές ύπνου

Ένα εξίσου σημαντικό σύμπτωμα το οποίο συχνά αναφέρουν οι γυναίκες κατά τη μετάβασή τους στην εμμηνόπαυση είναι οι διαταραχές ύπνου οι οποίες και έχουν μακροπρόθεσμη επίδραση στην ποιότητα ζωής, στη διάθεση, στην παραγωγικότητα και στη φυσική υγεία της γυναίκας και ειδικότερα σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν σοβαρές διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με λειτουργική βλάβη (Baker et al, 2018). Η ποιότητα του ύπνου επιδεινώνεται γενικότερα με την πάροδο της ηλικίας γι' αυτό και η εμμηνόπαυση φαίνεται να οξύνει περισσότερο αυτήν τη σταδιακή διαδικασία. Οι γυναίκες αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο τους ιδιαίτερα κατά την περίοδο μετάβασής τους στην εμμηνόπαυση και ότι ο ύπνος τους φαίνεται να χειροτερεύει όταν πλησιάζουν οι ημέρες εμμηνόρρυσιας (Zheng et al , 2017).

Ως διαταραχές ύπνου αναφέρονται η δυσκολία επέλευσης ύπνου, η πρώιμη αφύπνιση και ο διακοπτόμενος ύπνος (Delamater & Santoro, 2018). Από τη διεξαγωγή μιας μελέτης SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) σε δείγμα 12603 γυναικών ηλικίας 40-55 ετών προέκυψε ότι το 37,7% των γυναικών ανέφερε ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί, με τα υψηλότερα ποσοστά να σημειώνονται σε Καυκάσιες και Ισπανόφωνες γυναίκες (Kravitz & Joffe, 2011). Τόσο οι περιεμμηνόπαυσιακές όσο και οι μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες αναφέρουν ότι ταλαιπωρούνται περισσότερο από διαταραχές ύπνου (40%-56%) συγκριτικά με τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (31%) (Baker et al, 2018). Μία πρόσφατη μετά-ανάλυση δεδομένων 24 μελετών διατομής, όπου συμμετείχαν 63542 γυναίκες, έδειξε ότι ο επιπολασμός των διαταραχών ύπνου εμφανίστηκε υψηλότερος στις περιεμμηνόπαυσιακές (1,60), στις μετεμμηνόπαυσιακές (1,67) και στις εμμηνόπαυσιακές, μετά από χειρουργική επέμβαση στις γυναίκες αυτές (2,17) σε σύγκριση με αυτόν στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (Xu & Lang, 2014).

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των ορμονικών επιπέδων και των διαταραχών ύπνου. Μία μελέτη κοόρτης (Seattle Midlife Women's Health) έδειξε ότι τα υψηλότερα επίπεδα της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης FSH και τα χαμηλότερα επίπεδα των οιστρογόνων σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου όπως, τις

νυχτερινές αφυπνίσεις. Παρόλα αυτά, η σχέση αυτή δεν είχε την ίδια σημαντικότητα στην πολυπαραγοντική ανάλυση (Baker et al, 2018). Στο ίδιο συμπέρασμα εν μέρει, κατέληξε και μία άλλη έρευνα (SWAN) με επιπρόσθετο αποτέλεσμα αυτό, της σχέσης μεταξύ του ρυθμού μεταβολής της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης FSH και της ποιότητας του ύπνου. Μεγαλύτερος ρυθμός μεταβολής της FSH σήμαινε και φτωχότερη ποιότητα ύπνου (Baker et al, 2018). Η άμεση σχέση μεταξύ των σοβαρότερων προβλημάτων ύπνου και της απότομης πτώσης της οιστραδιόλης (E2) αποτέλεσε το συμπέρασμα μιας 13ετούς διερευνητικής έρευνας (Melbourne Women's Midlife Health Project) (Baker et al, 2018). Στον αντίποδα της άποψης αυτής, για τη σχέση μεταξύ των ορμονικών επιπέδων και των διαταραχών ύπνου, βρίσκεται και η άποψη ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως σχέση μεταξύ τους. (Delamater & Santoro, 2018).

Η κακή ποιότητα ύπνου πριν τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση (Avis & Green, 2011,) καθώς και οι χρόνιες διαταραχές της διάθεσης (Santoro et al, 2015) της γυναίκας είναι ενδεικτικά της επιδείνωσης των διαταραχών ύπνου κατά την εμμηνόπαυση. Όλες αυτές οι διαταραχές τείνουν να σταθεροποιούνται στη μετεμμηνόπαυση (Kravitz et al, 2017). Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση με κακή ποιότητα ύπνου, είναι πιθανό να εμφανίσουν σοβαρά προβλήματα (Li et al, 2019) όπως, κατάθλιψη, άγχος, προβλήματα μνήμης, προβλήματα των γνωστικών λειτουργιών, καρδιαγγειακά προβλήματα και μειωμένη ποιότητα ζωής (Yazdi et al, 2013, Sun et al, 2014). Επιπλέον, γυναίκες με διαταραχές της διάθεσης και ιδιαίτερα άγχος και κατάθλιψη, μπορεί ν' αντιμετωπίσουν προβλήματα με τον ύπνο τους (δυσκολία επέλευσης του ύπνου ή/και πρώιμη αφύπνιση) (Santoro et al, 2016).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, σχετίζονται με κακή ποιότητα ύπνου (δυσκολία επέλευσης ύπνου, συνεχείς αφυπνίσεις ή πρώιμες εγέρσεις) ή με ανήσυχο ύπνο (Kravitz & Joffe, 2011) των γυναικών κυρίως στην περιεμμηνόπαυση. Παράγοντες που αφορούν στην κοινωνική κατάσταση και στην προσωπική ζωή της γυναίκας φαίνεται ότι επηρεάζουν με τον ίδιο τρόπο όπως και το εισόδημα, τον ύπνο της. Δεδομένα έρευνας έδειξαν ότι οι έγγαμες γυναίκες που έχουν μία χαρούμενη οικογενειακή ζωή ανέφεραν λιγότερα προβλήματα στον ύπνο τους σε σχέση με γυναίκες που ανέφεραν ότι έχουν προβλήματα με τον σύζυγό

τους (Kravitz & Joffe, 2011). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ύπνου της γυναίκας είναι διάφοροι ορμονικοί παράγοντες (μελατονίνη), το κάπνισμα, η φυσική δραστηριότητα και η ποιότητα ζωής της (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

Γνωστικά προβλήματα

Πολλές γυναίκες παραπονιούνται για αλλαγές στη γνωστική τους λειτουργία κατά τη μετάβασή τους στην εμμηνόπαυση, με την πλειοψηφία να αναφέρει επιδείνωση της μνήμης. Το πιο συχνό τους παράπονο αφορά στη λεκτική μνήμη (εκμάθηση λίστας λέξεων και ανάκληση λέξεων). Οι γυναίκες μπορεί να αναφέρουν δυσκολία στο να θυμούνται ονόματα και άλλες λεκτικές πληροφορίες (Santoro et al, 2015), δυσκολία με κάποιες λέξεις, αμνησία και το φαινόμενο «ομίχλη εγκεφάλου» (Gava et al, 2019).

Άλλες γνωστικές διαταραχές που αναφέρουν οι γυναίκες, σχετίζονται με τη οργάνωση, τον προγραμματισμό της σκέψης και ενδεχομένως με τη συγκέντρωση. Σε μία μελέτη όπου συμμετείχαν 205 εμμηνόπαυσιες γυναίκες, το 72% των γυναικών ανέφερε υποκειμενική δυσλειτουργία της μνήμης. Τα συμπτώματα αυτά σχετίστηκαν περισσότερο με το αντιληπτό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρά με το στάδιο της περιεμμηνόπαυσης αλλά συνολικά τα γνωστικά συμπτώματα ήταν περισσότερο διαδεδομένα στα πρώιμα στάδια της μεταβατικής φάσης της εμμηνόπαυσης (Santoro et al, 2015).

Δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα ερευνών ευρέως γεωγραφικού μήκους σχετικά με την επίδραση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση στη μνήμη και στη γνωστική λειτουργία. Δεδομένα μιας έρευνας (Kinmen Women-Health Investigation) δεν απέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική πτώση στην γνωστική λειτουργία, με εξαίρεση τη λεκτική ευχέρεια, σ' ένα 18μηνο follow-up που έγινε σε προ-εμμηνόπαυσιες γυναίκες (Gava et al, 2019). Μια άλλη μελέτη (Study of Women's Health Across the Nation) ανέφερε μία δυσλειτουργία στη γνωστική λειτουργία κυρίως σε ό,τι αφορά στην ικανότητα μαθήσεως κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, με μία υποκειμενική βελτίωση στα προεμμηνόπαυσιακά επίπεδα στη μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο (Gava et al, 2019).

Δεδομένα της πρώτης μελέτης διατομής, όπου μετρήθηκαν αλλαγές στο γνωστικό επίπεδο σε σχέση με την εμμηνόπαυση, έδειξαν ότι οι γυναίκες στην πρώιμη εμμηνόπαυση, στην όψιμη εμμηνόπαυση και στην μετεμμηνόπαυση δε διέφεραν στην απόδοση μνήμης, σύμφωνα με το στάδιο που βρίσκονταν και δεν είχαν ασυνήθεις αποδόσεις στις δοκιμασίες μνήμης. Η απουσία δυσλειτουργιών συνολικά στη γνωστική λειτουργία καθώς και η διαφορά βελτίωσης σε επαναλαμβανόμενες δοκιμασίες μεταξύ γυναικών που εισέρχονταν στην εμμηνόπαυση και προεμμηνόπαυσιακών γυναικών ήταν το συμπέρασμα μιας άλλης μελέτης, με τις πρώτες να παρουσιάζουν περισσότερα ποσοστά αποτυχίας από τις δεύτερες. (Santoro et al, 2015).

Τα γνωστικά συμπτώματα αναμφισβήτητα ενοχλούν τις γυναίκες, παραμένει ασαφές όμως εάν σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της άνοιας. Ορισμένοι τύποι γνωστικών αλλαγών, που στο σύνολό τους αποτελούν την ήπια γνωστική διαταραχή, θεωρούνται ότι είναι μία εκδήλωση της άνοιας σε πολύ πρώιμο στάδιο. Με δεδομένο ότι η άνοια εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες, αρκετοί ερευνητές έχουν εστιάσει στον ρόλο που παίζουν τα οιστρογόνα στον κίνδυνο εκδήλωσης της άνοιας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η οιστραδιόλη μπορεί να βελτιώσει τα γνωστικά ελλείμματα που προκύπτουν από αντιχολινεργικούς παράγοντες σε φυσικές μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (Santoro et al, 2015).

Για τις περισσότερες γυναίκες, η γνωστική λειτουργία δεν είναι πιθανό να επιδεινωθεί στη μετεμμηνόπαυση σε οποιοδήποτε σχήμα διαφορετικό απ' αυτό που αναμένεται με τη φυσική γήρανση. Παρόλο που δεν είναι πιθανό η γνωστική λειτουργία να επιστρέψει από την προεμμηνόπαυσιακή φάση στη μετεμμηνόπαυσιακή, μπορεί να προσαρμοστεί και να αντισταθμίσει τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου (Santoro et al, 2015).

Επιπτώσεις στο μυοσκελετικό σύστημα

Μυοσκελετικές διαταραχές

Κατά την εμμηνόπαυση παρατηρείται μία φυσική πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων, η οποία προκαλεί μία προοδευτική μείωση της μυικής μάζας, της

δύναμης και της οστικής πυκνότητας. Παλαιότερες έρευνες έδειξαν μία προοδευτική πτώση της οστικής πυκνότητας από την προεμμηνόπαυσιακή στην μετεμμηνόπαυσιακή κατάσταση και ότι η πτώση αυτή σχετιζόταν είτε με αύξηση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης FSH, είτε με πτώση των επιπέδων της οιστραδιόλης (Sipila et al, 2020).

Η σαρκοπενία και η οστεοπόρωση συχνά συνυπάρχουν σε ηλικιωμένους ανθρώπους με επικράτηση της δεύτερης σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Η δυνατή αλληλεπίδραση μεταξύ μυός και οστού προκαλεί έναν αρνητικό συντονισμό μεταξύ των δύο ιστών και επηρεαζόμενη από τις δύο παθήσεις, επιδεινώνει την ποιότητα ζωής της γυναίκας στην μετεμμηνόπαυση (Agostini et al, 2018). Η οστεοπόρωση έχει έναν υψηλότερο επιπολασμό στις γυναίκες και η έναρξή της συχνά συμπίπτει με την εμμηνόπαυση. Εκτιμάται ότι η πλήρης επίδραση της εμμηνόπαυσης είναι μία ετήσια οστική απώλεια της τάξης του 2% κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 ετών και στη συνέχεια της τάξης του 0.5%-1 % (Agostini et al, 2018).

Οι συνέπειες της μετεμμηνόπαυσιακής οστεοπόρωσης είναι τόσο σωματικές, όσο και ψυχικές και οικονομικές, επιβαρύνοντας σημαντικά τη γυναίκα. Ένα ενδεχόμενο κάταγμα σημαίνει παύση των δραστηριοτήτων της γυναίκας για αρκετό χρονικό διάστημα. (Μώρος & Λυκερίδου, 2019). Διατροφικοί παράγοντες (ισορροπημένη διατροφή με επαρκή λήψη πρωτεϊνών, ασβεστίου και βιταμίνης D) καθώς και οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής της γυναίκας (συστηματική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ) μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη μυϊκή και οστική μάζα και λειτουργία με έναν οικονομικό και ασφαλή τρόπο (Agostini et al, 2018, Μώρος & Λυκερίδου, 2019). Το καλύτερο για τη γυναίκα θα ήταν να ακολουθούσε αυτόν τον τρόπο ζωής πολύ πριν την εμμηνόπαυση και την εμφάνιση της οστεοπόρωσης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και σε συνδυασμό με την κατάλληλη αγωγή εφόσον υπάρχει οστεοπόρωση, δεν μπορεί να βοηθηθεί. Αξίζει ν' αναφερθεί ότι ο ρόλος της φυσικής άσκησης κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση φαίνεται να είναι μικρός. Το ερώτημα εάν η φυσική άσκηση αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο που αντιδρά στην δυνητική επιδείνωση του μυός και του οστού κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση και έτσι αναβάλλει ή

εμποδίζει τη σαρκοπενία και την οστεοπόρωση καθώς προχωρά η ζωή, παραμένει εν μέρει άλυτο ζήτημα (Sipila et al, 2020).

Επιπτώσεις στο δέρμα

Οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της γυναίκας κατά την εμμηνόπαυση, επιφέρουν διάφορες επιπτώσεις στο δέρμα και στα μαλλιά της επηρεάζοντας την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής της.

Συμπτώματα όπως, ξηρότητα και κνησμός, ατροφία δέρματος, εμφάνιση περισσότερων ρυτίδων, αργή επούλωση πληγών, μειωμένη ενυδάτωση και χαλάρωση του δέρματος εμφανίζονται κατά την εμμηνόπαυση. Παρατηρούνται ακόμα αρνητικές αλλαγές στον όγκο και στην πυκνότητα των μαλλιών, στη δομή και στην ποιότητα της τρίχας. Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί και ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στο πρόσωπο (Zouboulis et al, 2022).

Επιπτώσεις στον μαστό

Η πτώση των οιστρογόνων επηρεάζει σημαντικά και τον μαστό της γυναίκας κατά την εμμηνόπαυση. Παρατηρούνται αλλαγές στο μέγεθος, στο σχήμα και στην πυκνότητα των μαστού. Χάνει τη σφριγηλότητά του με αποτέλεσμα την εμφάνιση χαλάρωσης και ραγάδων. Αλλαγές παρατηρούνται και στο σχήμα και την υφή των θηλών. Οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρήσει η γυναίκα, πρέπει να ελέγχεται προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα καρκίνου στον μαστό.

Κεφάλαιο 4: Ποιότητα ζωής στην εμμηνόπαυση

4.α Ορισμός ποιότητας ζωής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους πνευματικής, φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Szadowska-Szachetka et al, 2019).

Η ποιότητα ζωής είναι έννοια που αναφέρεται στη συνολική κατάσταση υγείας του ατόμου στην προσωπική και κοινωνική ευημερία του, καθώς και στην ικανοποίησή του από τη ζωή. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής κάθε ατόμου χαρακτηρίζεται από

κριτήρια αντικειμενικά (δείκτες σωματικής υγείας και λειτουργικότητας) καθώς και από υποκειμενικά (ψυχολογικές και περιβαλλοντικές παράμετροι) (Καραμήτσος, 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ποιότητα ζωής ορίζεται η υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου για την θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Καραμήτσος, 2009).

4.β Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι ένα σύνολο παραγόντων επηρεάζει την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. (Nazarpour et al., 2020) (Morowatisharifabad et al., 2019). Οι κυριότεροι παράγοντες απ' αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

1. Οι επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής της γυναίκας και μπορούν να την επηρεάσουν αρνητικά σε φυσικό/σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Παρόλο το γεγονός ότι η εμμηνόπαυση αποτελεί ένα φυσιολογικό φαινόμενο στη ζωή κάθε γυναίκας, ορισμένες επιπτώσεις της επηρεάζουν σοβαρά τις καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις της γυναίκας (αγγειοκινητικά συμπτώματα, ουρογεννητικό σύνδρομο, κατάθλιψη) (Morowatisharifabad et al., 2019))

2. Η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να βελτιώνει αισθητά την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών λόγω της επίδρασή της στον έλεγχο της ισορροπίας του ενδοκρινικού συστήματος και στην απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών, τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγής β-ενδορφινών από την υπόφυση και μέσω αυτών στη μειωμένη ένταση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων.

Η άσκηση σχετίζεται με τη βελτιωμένη αυτοεκτίμηση της γυναίκας, την καλύτερη ποιότητα ύπνου της, την υποκειμενική βελτίωση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας της αλλά και με τη μείωση του μυοσκελετικού πόνου και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. (Namazi et al., 2019, El Hajj et al., 2020)

Έχει ακόμα παρατηρηθεί ότι η ελάττωση της ατροφίας του κόλπου και η αυξημένη λίπανσή του, λόγω της καλύτερης αγγείωσης και περιφερικής οξυγόνωσής του, βελτιώνει αισθητά τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας. (El Hajj et al., 2020)

Έρευνες έδειξαν ότι η φυσική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Γυναίκες οι οποίες αθλούνταν, εμφάνισαν μικρότερο ποσοστό κατάθλιψης, κατά την εμμηνόπαυση, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν αθλούνταν (Namazi et al., 2019).

Άλλη μια έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 323 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον χορό ή το περπάτημα για ένα χρονικό διάστημα 10 μηνών, έδειξε σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα και στη γενική ποιότητα ζωής τους (Abd El-Kader & Al-Jiffri, 2019).

Σε έρευνα του Kucukcaciir, όπου συμμετείχαν 70 εμμηνόπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση, η ενασχόλησή τους με ένα ετήσιο πρόγραμμα άσκησης Pilates, υπό την επίβλεψη ειδικού, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι αυτό το είδος άσκησης μπορεί να αποτελέσει μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο άσκησης η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των γυναικών με μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση. Γενικότερα, η ενασχόληση των γυναικών με εναλλακτικές μορφές άσκησης, όπως η Pilates, η Yoga, η προπόνηση με αντιστάσεις στο νερό, φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Abd El-Kader & Al-Jiffri, 2019).

Γυναίκες οι οποίες είναι περισσότερο δραστήριες ανέφεραν ότι υπέφεραν λιγότερο από αγγειοκινητικά, ψυχοκοινωνικά, φυσικά/σωματικά και σεξουαλικά συμπτώματα σε σχέση με γυναίκες που έκαναν καθιστική ζωή (Dabrowska-Galas et al., 2019).

3. Η οικογενειακή κατάσταση των εμμηνόπαυσιακών γυναικών επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Μελέτες έδειξαν ότι οι έγγαμες γυναίκες αναφέρουν μια υψηλότερου επιπέδου ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτήν των άγαμων, των χήρων (Namazi et al., 2019) και των διαζευγμένων γυναικών (Norozzi et al., 2013). Αυτό πιθανότατα αποδίδεται στις καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και στην ουσιαστικότερη υποστήριξη των έγγαμων γυναικών από την οικογένειά τους. Ο σύζυγος αποτελεί το πιο σημαντικό και το πιο κοντινό άτομο στη γυναίκα που μπορεί να την υποστηρίξει σε όλη αυτή την κατάσταση δεδομένου ότι μπορεί να

κατανοήσει τα προβλήματα της συζύγου του (Namazi et al., 2019). Σύμφωνα με μελέτες, η συναισθηματική υποστήριξη των συζύγων μπορεί να συντελέσει στην μείωση της κατάθλιψης και του άγχους και να προάγει τις κοινωνικές σχέσεις της συζύγου του κατά την εμμηνόπαυση (Namazi et al., 2019). Η διαδραστική επαφή, που έχουν μεταξύ τους οι δύο σύζυγοι, συνεπάγεται τη βελτίωση της πνευματικής υγείας των γυναικών. Κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, οι σύζυγοι μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες, κάνοντας μια φυσική δραστηριότητα μαζί τους, παρέχοντάς τους συναισθηματική υποστήριξη, διδάσκοντάς τους τεχνικές χαλάρωσης και περνώντας περισσότερο ελεύθερο χρόνο μαζί τους. Η ενασχόλησή τους αυτή προϋποθέτει ένα υψηλό μορφωτικό επίπεδο του άντρα έτσι ώστε να μπορεί να κατανοήσει και να υποστηρίξει ψυχολογικά τη σύντροφό του. Οι μορφωμένοι άντρες αναζητούν συνεχώς τρόπους και μεθόδους να βελτιώσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την εμμηνόπαυση και τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των συζύγων τους προκειμένου να τις βοηθήσουν να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Namazi et al., 2019).

4. Σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών παίζουν το εισόδημα και το οικονομικό επίπεδό τους. Σε έρευνά του ο Liet καθώς και ο Falahzadeh ανέφεραν ότι το χαμηλό οικονομικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και τη μεγαλύτερη διάρκειά τους (Barati et al., 2021). Εργαζόμενες γυναίκες με υψηλό εισόδημα έχουν περισσότερες πιθανότητες πρόσβασης στο σύστημα υγείας και μεγαλύτερες δυνατότητες να ασχοληθούν με τους μηχανισμούς και τους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων (Barati et al., 2021).

Η σχέση μεταξύ εργασίας και ποιότητας ζωής έχει εξεταστεί σε αρκετές μελέτες (Nazarpour et al., 2020) και στις περισσότερες από αυτές βρέθηκε ότι οι εργαζόμενες γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις νοικοκυρές (οικιακά). Μια υπεύθυνη θέση εργασίας της γυναίκας σε έναν μεγάλο οργανισμό αποτελεί σημαντική παράμετρο που συντελεί στην αύξηση της αυτοπεποίθησης της και βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής της (Nazarpour et al., 2020) (Noroz et al., 2013).

Οι εργαζόμενες γυναίκες τείνουν να έχουν μια καλύτερη πνευματική υγεία σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονται αλλά και η καθημερινή ρουτίνα έκθεσής τους στα κοινωνικά δρώμενα συνεπάγεται την ικανότητά τους να μπορούν να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Nazarpour et al., 2020).

Η βελτιωμένη οικονομική κατάσταση των γυναικών σημαίνει ταυτόχρονα και βελτιωμένη ποιότητα ζωής τους εφόσον έχουν περισσότερες πιθανότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και σε φορείς συμβουλευτικής για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (Namazi et al., 2019). Έρευνες έδειξαν ότι οι εργαζόμενες γυναίκες αναφέρουν ότι νιώθουν μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση και ότι έχουν περισσότερη αυτοεκτίμηση λόγω της οικονομικής τους ανεξαρτησίας (Namazi et al., 2019). Καλύτερη ποιότητα ζωής αναφέρουν ότι έχουν και γυναίκες συνταξιούχοι σε σχέση με γυναίκες που δεν εργάζονται (Namazi et al., 2019).

5. Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου μιας γυναίκας και της σοβαρότητας των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων. Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σημαίνει σοβαρότερα συμπτώματα, ενώ υψηλό μορφωτικό επίπεδο σημαίνει ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη γνώση των συμπτωμάτων και του τρόπου αντιμετώπισής τους καθώς και μεγαλύτερες πιθανότητες να αναζητηθούν θεραπείες για το πρόβλημά τους (Namazi et al., 2019).

Οι μορφωμένες γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, (Kafaei Atrian et al., 2022) περισσότερη σεξουαλική ικανοποίηση και λιγότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε σχέση με εκείνες που είναι λιγότερο μορφωμένες (Namazi et al., 2019). Ο Gjlesvik, σε μια μελέτη του στη Νορβηγία το 2011, έδειξε ότι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης ανέφεραν περισσότερα επεισόδια εξάψεων σε σχέση με γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληγε και μια άλλη μελέτη που είχε γίνει παλαιότερα στις Η.Π.Α. από τον Sievert (Alizadeh et al., 2015). Μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης πνευματικών διαταραχών και μείωσης της

πνευματικής τους υγείας. Αναφέρουν ακόμη σοβαρά συμπτώματα σε ένταση και συχνότητα όπως είναι οι εξάψεις, η ξηρότητα κόλπου και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Norozí et al., 2013). Ο Dennerstein σε έρευνα του επιβεβαιώνει ότι οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα που αφορούν στο ουρογεννητικό σύστημα όπως είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία και η ξηρότητα κόλπου (Norozí et al., 2013).

Οι μορφωμένες γυναίκες έχουν καλύτερη πρόσβαση σε διάφορες πηγές πληροφόρησης για την υγεία τους και συνεπώς περισσότερη και αποτελεσματικότερη γνώση και εμπειρία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα ζωής τους (Norozí et al., 2013).

6. Η έρευνα δείχνει ότι η θρησκεία και η προσευχή έχουν θετική επίδραση στη ζωή μιας εμμηνόπαυσιακής γυναίκας. Πολλοί ερευνητές εξέτασαν τον ρόλο της προσευχής κατά τη διάρκεια ενός προβλήματος, όπως είναι η ασθένεια, στη ζωή ενός ανθρώπου. Η θρησκεία βοηθά τον άνθρωπο να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει καλύτερα τα διάφορα γεγονότα της ζωής του (Namazi et al., 2019). Έρευνα όπου συμμετείχαν 218 γυναίκες, που ασπάζονταν τον Χριστιανισμό, έδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα πνευματικής δύναμης σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα αναφερόμενων εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων. Η πίστη και η πνευματικότητα βοήθησε τις συμμετέχουσες να μπορούν να διαχειρίζονται καλύτερα τις επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης (Steffen & Soto, 2011).

7. Η στάση ζωής με την οποία η γυναίκα θα επιλέξει να διαχειριστεί την εμμηνόπαυση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο θα βιώσει τα συμπτώματα αλλά και το επίπεδο της ποιότητας ζωής της. Γυναίκες με θετική ψυχολογία και θετική στάση ζωής απέναντι στην εμμηνόπαυση, φαίνεται να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Norozí et al., 2013). Αντίθετα, η αρνητική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση επηρεάζει τη συχνότητα, την ένταση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Norozí et al., 2013). Όσο πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα, τόσο πιο αρνητικός είναι και ο αντίκτυπος που έχουν στην ποιότητα ζωής των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών. Γυναίκες με μια θετική συμπεριφορά και στάση ζωής παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και ανέφεραν

λιγότερα σωματικά συμπτώματα (Norozzi et al., 2013) σε σχέση με γυναίκες που διατηρούσαν μια αρνητική στάση ζωής.

Έρευνες έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών έχει άμεση σχέση με την αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητά τους και βελτιώνεται με την αύξησή της. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών είναι η αυτοπεποίθηση που έχουν να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικό τρόπο τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Η ικανότητα προσαρμοστικότητας των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, που σχετίζεται με την αυτό-αποτελεσματικότητά τους, συμβάλλει στη βελτίωση της πνευματικής τους υγείας και στην αναφορά λιγότερων ποσοστών εμφάνισης κατάθλιψης (Norozzi et al., 2013).

Η δυνατότητα πρόσβασης σε διάφορες πηγές πληροφόρησης και η συμμετοχή της σε εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην εμμηνόπαυση και στους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, αυξάνουν τη γνώση των γυναικών, βελτιώνουν τη διάθεση και τη στάση ζωής τους και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους. Με τον τρόπο αυτό, βιώνουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης με λιγότερη ένταση και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους.

8. Η ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών επηρεάζεται από τις συνήθειες και από τον τρόπο ζωής τους. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι διατροφικές συνήθειες και η μάζα σωματικού βάρους της γυναίκας. Υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν φτωχή ποιότητα ζωής, γεγονός που αποδίδεται στα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, χαμηλής αυτοεκτίμησης και μειωμένης φυσικής δραστηριότητας που παρατηρούνται σε παχύσαρκες γυναίκες (Namazi et al., 2019).

Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες στην Ιαπωνία αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και μειωμένα ποσοστά εμφάνισης ορισμένων τύπων καρκίνου λόγω της αυξημένης κατανάλωσης σόγιας και φυτό-οιστρογόνων που περιέχουν ισοφλαβοειδή. Η υψηλή περιεκτικότητα σε φυτό-οιστρογόνα της ασιατικής διατροφής συμβάλλει στη μειωμένη ένταση και σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (Namazi et al., 2019).

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη και το κάπνισμα μπορεί να αιτιολογήσουν τη σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Copeland et al., 2017).

Κεφάλαιο 5: Προληπτική Ιατρική και Μέθοδοι Πληθυσμιακού Ελέγχου στην Εμμηνόπαυση

Είναι πολύ σημαντικό για την καλή σωματική υγεία της γυναίκας στην εμμηνόπαυση να γίνονται σε ετήσια κυρίως βάση, κάποιες προληπτικές εξετάσεις. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Μαστογραφικός έλεγχος

Οι εμμηνοπαυσιακές και γυναίκες πρέπει να κάνουν μια μαστογραφία και ένα υπερηχογράφημα μαστών ετησίως. Σε περίπτωση που εντοπιστεί κάποιο ύποπτο εύρημα ή κάποια κακοήθεια είναι στην κρίση του ιατρού να ζητήσει περαιτέρω εξετάσεις.

2. Κυτταρολογικό επίχρισμα κατά Παπανικολάου

Ο έλεγχος με Τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται τακτικά σε ετήσια βάση προκειμένου να εντοπιστεί εγκαίρως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Εάν η γυναίκα έχει ένα βεβαρυμένο οικογενειακό ή/και ατομικό ιστορικό, μεταβάλλεται ανάλογα και η συχνότητα της εξέτασης.

3. Διακολπικό υπερηχογράφημα μήτρας

Ο ετήσιος υπερηχογραφικός έλεγχος της μήτρας πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Πρέπει να ελέγχεται τακτικά και η κατάσταση των ωοθηκών της.

4. Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Ιδανικά πρέπει να γίνεται σε δύο σημεία (στο ισχίο και στη σπονδυλική στήλη). Συνήθως η πρώτη εξέταση γίνεται στην ηλικία των 50 και έπειτα κάθε 2-3 έτη. Σε περιπτώσεις που ο ιατρός το κρίνει αναγκαίο αλλάζει και η συχνότητα της εξέτασης.

5. Ετήσιο Check up

Είναι απαραίτητο να γίνονται σε ετήσια βάση εξετάσεις αίματος (γενική αίματος και βιοχημικές) και εξετάσεις ούρων προκειμένου η γυναίκα να παρακολουθεί τη

γενική της υγεία. Στα πλαίσια αυτού του ελέγχου, πρέπει επίσης να γίνονται ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα και ένα υπερηχογράφημα καρδιάς.

Κεφάλαιο 6: Θεραπευτικές παρεμβάσεις

6α. Ορμονική θεραπεία

Ορμονική θεραπεία ονομάζεται η χορήγηση ορμονών (οιστρογόνων, προγεστερόνης ή συνδυασμός και των δύο) σε γυναίκες με φυσική, χειρουργική ή πρόωμη εμμηνόπαυση. Η ορμονική θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη, να προσαρμόζεται ανάλογα με τη συμπτωματολογία που εμφανίζει η γυναίκα, τις ανάγκες της και το ιατρικό ιστορικό της. Πρέπει να αποτελεί μέρος μιας συνολικής θεραπευτικής προσέγγισης στοχεύοντας στον περιορισμό της νοσηρότητας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην παράταση του προσδόκιμου ζωής της γυναίκας (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

Η ορμονική θεραπεία έχει βρεθεί ότι παρέχει σημαντική ανακούφιση από τα ενοχλητικά ορμονικά συμπτώματα και, ως εκ τούτου, οδηγεί σε βελτιωμένα πρότυπα ύπνου (Donati et al., 2013). Οι ορμονικές αλλαγές, που δεν αντιμετωπίστηκαν με ορμονοθεραπεία με οιστρογόνα ή προγεστερόνη, είχαν ως αποτέλεσμα ταραχώδεις εναλλαγές της διάθεσης και διαταραγμένο ύπνο. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η έλλειψη ύπνου συμβάλλει σε άλλους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία της γυναίκας καθώς προχωρά στην εμμηνόπαυση. Οι πρόσθετοι κίνδυνοι για την υγεία που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση, συνδέονται με τη στέρηση ύπνου, με αποτέλεσμα τη μειωμένη συνολική λειτουργία του αγγειοκινητικού συστήματος. Η μειωμένη αποτελεσματικότητα του αγγειοκινητικού συστήματος συναντάται σε διαταραχές της διάθεσης, σε άγχος και σε κατάθλιψη (Donati et al., 2013). Μια μελέτη από τον Ameratunga το 2012 υποστηρίζει επίσης ότι τα κυμαινόμενα ορμονικά επίπεδα επηρεάζουν αρνητικά της συνήθειες ύπνου μιας γυναίκας, με αποτέλεσμα τη μείωση της συνολικής ευεξίας (Ameratunga et al., 2012).

Η ορμονική θεραπεία χορηγούμενη, είτε συστηματικά είτε τοπικά, βοηθά στην αντιμετώπιση της αιδοιοκολπικής ατροφίας, η οποία αποτελεί μέρος του ουρογεννητικού συνδρόμου και συμβάλλει επίσης στον περιορισμό της οστικής απώλειας (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

6β. Εναλλακτικές Θεραπείες

Αρωματοθεραπεία

Η αρωματοθεραπεία αποτελεί μία ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης γιατί συμβάλλει γενικότερα στην προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και ευεξίας.

Στην αρωματοθεραπεία χρησιμοποιούνται αιθέρια έλαια -φυσικά συμπυκνωμένα αποστάγματα από φυτά- με σκοπό να θεραπεύσουν διάφορες φυσικές/σωματικές και ψυχολογικές ανισορροπίες, να μειώσουν το άγχος και να ενισχύσουν την χαλάρωση. Μελέτες έχουν δείξει ότι το αιθέριο έλαιο της λεβάντας βελτιώνει τον ύπνο των γυναικών μειώνοντας την εμφάνιση των εξάψεων. Ο συνδυασμός αρωματοθεραπείας και μασάζ βρέθηκε ότι έχει περισσότερα οφέλη σε σύγκριση με το απλό μασάζ, δεδομένου ότι βοηθά στη μείωση εμφάνισης των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και της κατάθλιψης (Johnson et al., 2019).

Βοτανοθεραπεία

Η βοτανοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά για την ανακούφιση της γυναίκας από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Βότανα όπως, το μελισσόχορτο, η βαλεριάνα, η τριγωνέλλα, το νυχτολούλουδο είναι ήπια και βοηθούν στην αντιμετώπιση των εξάψεων, του άγχους και των διαταραχών ύπνου κατά την εμμηνόπαυση. Οι γυναίκες λαμβάνουν λανθασμένα τη βοτανοθεραπεία υπό μορφή χαπιών και όχι απευθείας από το βότανο με τη βοήθεια ειδικού. Πολλά από τα συμπληρώματα βοτάνων είναι ασφαλή και συνταγογραφούνται (De Francis et al., 2019).

Ρεφλεξολογία

Δυο μελέτες αφορούν στην χρήση της ρεφλεξολογίας ως τρόπο αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Στην πρώτη μελέτη εξετάστηκαν 100 γυναίκες και ανέφεραν σημαντική βελτίωση στην εμφάνιση των αγγειοκινητικών

συμπτωμάτων και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Ωστόσο στην άλλη μελέτη δεν υπήρξε καμία αξιολογήσιμη διαφορά μεταξύ της ρεφλεξολογίας και του απλού μασάζ. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες πάνω στη ρεφλεξολογία για να μπορέσει να ειπωθεί με σιγουριά ότι βοηθά στην ανακούφιση της γυναίκας από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Johnson et al. ,2019).

Βελονισμός

Ο βελονισμός προέρχεται από την παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική και έχει τη βάση του στην πεποίθηση ότι οι ασθένειες και τα συμπτώματά τους συμβαίνουν λόγω της αναστάτωσης της ενέργειας στο ανθρώπινο σώμα. Λίγες μόνο μελέτες υποστηρίζουν τη συμβολή του βελονισμού στην ανακούφιση του πόνου και των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και στη βελτίωση της διάθεσης. Σε κάποιες άλλες μελέτες δε βρέθηκε καμία ευεργετική δράση του βελονισμού γι' αυτό και γεννάται η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων ερευνών σχετικά με τον μηχανισμό και τα οφέλη του βελονισμού (Johnson et al., 2019).

Yoga

Μελέτες έδειξαν ότι η Yoga έχει ευεργετική επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας και στη διαχείριση της κόπωσης που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής της (Johnson et al., 2019). Γυναίκες οι οποίες ασχολήθηκαν με τη Yoga ανέφεραν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους λόγω της μειωμένης εμφάνισης αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και της βελτίωσης της σεξουαλικής τους υγείας (Carcelen –Fraile et al., 2020).

Ομοιοπαθητική

Η ομοιοπαθητική αποτελεί μία εναλλακτική μέθοδο η οποία ενισχύει την προσπάθεια του οργανισμού να ισορροπήσει και να ανταποκριθεί στα νέα ορμονικά δεδομένα της γυναίκας που βρίσκεται στην εμμηνόπαυση. Η μέθοδος αυτή βοηθά τη γυναίκα να αναπτύξει μια θετική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση, να κατανοήσει και να αξιολογήσει τα συμπτώματα και τέλος να τα αντιμετωπίσει όσο πιο φυσικά και ανώδυνα γίνεται. Χρειάζονται να γίνουν περισσότερες μελέτες προκειμένου να υπάρξουν συμπεράσματα για την ασφάλεια

και την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής ως τρόπο αντιμετώπισης των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων.

Ύπνωση

Η ύπνωση είναι μια θεραπεία σώματος και νου που περιλαμβάνει εστιασμένη προσοχή, μειωμένη περιφερική επίγνωση και αυξημένη ανταπόκριση. Υπάρχουν αρκετές μελέτες στις οποίες φάνηκε η θετική επίδραση της ύπνωσης στην αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Έρευνα όπου συμμετείχαν 187 γυναίκες έδειξε ότι η ύπνωση μειώνει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης των εξάψεων και βελτιώνει την ποιότητα ύπνου και τη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.

Η ύπνωση συστήνεται από τη North American Menopause Society ως μέθοδος θεραπείας των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων και θέτει σε πολύ μικρό κίνδυνο την υγεία των γυναικών (Johnson et al., 2019).

Φυτό-οιστρογόνα

Τα φυτό-οιστρογόνα, μετά την Ορμονική Θεραπεία, αποτελούν την πιο διαδεδομένη μορφή εναλλακτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (De Francis et al., 2019). Είναι μη στεροειδείς φυτικές ουσίες που δρουν στον ανθρώπινο οργανισμό με τρόπο ανάλογο με αυτόν των οιστρογόνων. Ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες, η κυριότερη εκ των οποίων είναι οι ισοφλαβόνες. Βρίσκονται σε διάφορες τροφές όπως είναι η σόγια, το κόκκινο τριφύλλι, ο λυκίσκος, ο λιναρόσπορος, το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά.

Έρευνες έδειξαν ότι η κατανάλωση των φυτό-οιστρογόνων από γυναίκες στην περιεμμηνόπαυση ή στην εμμηνόπαυση βοηθά σημαντικά στην αντιμετώπιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (Johnson et al., 2019). Παρατηρήθηκε επίσης βελτίωση της ατροφίας του κόλπου, της δυσπαρέυνειας και του μεταβολισμού των οστών.

Η χρήση φυτό-οιστρογόνων φαίνεται να είναι ασφαλής, αν και χρειάζεται περισσότερη έρευνα ώστε να διεξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα που να

αφορούν στη σημαντική επίδρασή τους στην αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (De Francis et al., 2019) (Johnson et al., 2019).

6γ.Γνωστική (ή γνωσιακή) Συμπεριφορική Θεραπεία

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Αποτελεί έναν συνδυασμό της γνωσιακής θεραπείας, η οποία μπορεί να τροποποιήσει ή να εξαλείψει τις ανεπιθύμητες σκέψεις και της συμπεριφορικής θεραπείας, η οποία μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς που είναι αποτέλεσμα των σκέψεων αυτών (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

Η καταγραφή και η θεραπεία των αρνητικών σκέψεων της γυναίκας, η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησής της καθώς και η προσπάθεια αλλαγής δυσλειτουργικών συμπεριφορών αποτελούν τον κύριο στόχο αυτού του μοντέλου θεραπείας. Σημαντική είναι και η επίδραση της στην μείωση εμφάνισης των διαταραχών του ύπνου κατά την εμμηνόπαυση. Η γυναίκα διδάσκεται τεχνικές ρουτίνας ύπνου, κάνει ασκήσεις χαλάρωσης έτσι ώστε να μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου της (Μώρος & Λυκερίδου, 2019).

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι εμφανής και στην αντιμετώπιση των εξάψεων. Έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της εμφάνισης και συχνότητας των εξάψεων καθώς και της δυσφορίας που νιώθει η γυναίκα λόγω αυτών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7.1 Σκοπός

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

7.2 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα από δείγμα 150 γυναικών που επισκέφθηκαν τα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Αλιβερίου Ευβοίας. Οι γυναίκες οι οποίες έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη είναι Ελληνίδες ηλικίας 51-65 ετών. Οι γυναίκες που προσήλθαν, ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και εφόσον έδωσαν τη γραπτή τους συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη, τους δόθηκε να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αναφερόταν στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.

7.3 Εργαλείο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν σε δημογραφικά στοιχεία των γυναικών του δείγματος και ερωτήσεις που αφορούν στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MENQOL (Menopause-specific Quality of Life) που έχει σταθμιστεί και εφαρμοστεί και στην Ελλάδα (Paradima et al, 2020) και περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις.

7.4 Άδεια διεξαγωγής έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατόπιν χορήγησης αδείας από την 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας όπου υπάγεται το Κέντρο Υγείας Αλιβερίου.

7.5 Στατιστική Ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (inter quartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις αγγειοκινητικές, ψυχοκοινωνικές, σωματικές και σεξουαλικές διαστάσεις, καθώς και με το συνολικό σκορ MENQOL και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

8. Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 150 γυναίκες με μέση ηλικία τα 57,5 έτη (SD=4,3 έτη).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των γυναικών του δείγματος

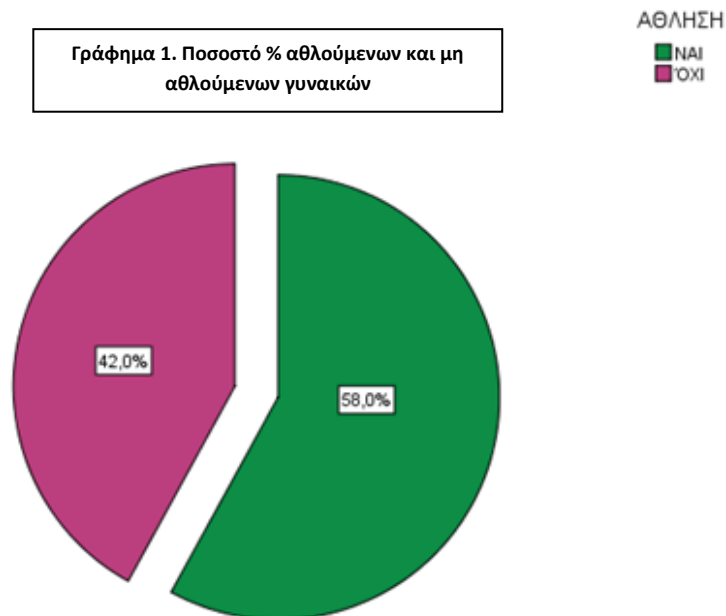
		N	%
Ηλικία		57,5 (4,3)	
Οικογενειακή κατάσταση	Διαζευγμένη	13	8,7
	Έγγαμη	125	83,3
	Χήρα	12	8,0
Παιδιά	Ναι	146	97,3
	Όχι	4	2,7
Αριθμός τέκνων		2,2 (0,86)	2,0 (2,0 – 3,0)
Τελευταία έμμηνος ρύση		50,7 (2,7)	51 (50 – 52)
Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	30	20,0
	Δημοτικό	27	18,0
	Λύκειο	59	39,3
	ΠΕ	18	12,0
	ΤΕ	16	10,7
Επάγγελμα	Δημ. Υπάλληλος	2	1,3
	Εκπαιδευτικός	7	4,7
	Ελ. Επαγγελματίας	22	14,7
	Ιδ. Υπάλληλος	40	26,7
	Οικιακά	65	43,3
	Συνταξιούχος	14	9,3
	Άθληση	Όχι	63

	Ναι	82	58,0
Κάπνισμα	Όχι	88	58,7
	Ναι	62	41,3

Το 83,3% των γυναικών που συμμετείχαν ήταν έγγαμες, το 97,3% είχε τουλάχιστον ένα παιδί και η διάμεση τιμή της τελευταίας έμμηνου ρύσης ήταν τα 51 έτη [ενδ. εύρος (50,0 – 52,0)]. Επιπλέον, η πλειοψηφία σε ποσοστό 39,3% ήταν απόφοιτες Λυκείου και το 43,3% ασχολούταν με τα οικιακά. Σχετικά με τις συνήθειες υγείας, το 58% δήλωσε ότι αθλείται και το 58,7% ότι δεν καπνίζει.

Ακολουθούν τα αντίστοιχα γραφήματα.

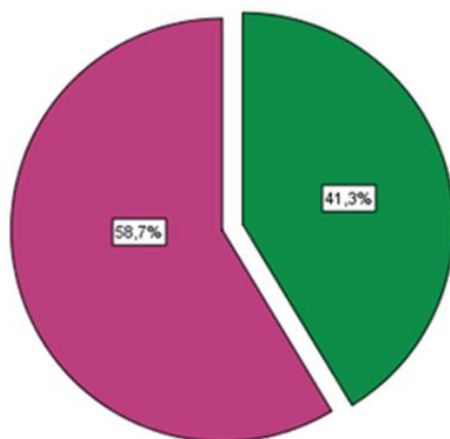
- Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται το ποσοστό αυτών που αθλούνται:



- Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται το ποσοστό αυτών που καπνίζουν:

Γράφημα 2. Ποσοστό % καπνιστριών και μη καπνιστριών γυναικών

ΚΑΠΝΙΣΜΑ
■ ΝΑΙ
■ ΟΧΙ



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες ως προς την Αγγειοκινητική, την Ψυχοκοινωνική, τη Σωματική και τη Σεξουαλική διάσταση της αξιολόγησης της υγείας και της ποιότητας ζωής των συμμετεχουσών. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν πιο ενοχλητικά συμπτώματα.

Πίνακας 2. Συμπτώματα Αγγειοκινητικής, Ψυχοκοινωνικής, Σωματικής και Σεξουαλικής Διάστασης

	Υπαρξη συμπτώματος	Ένταση συμπτώματος		Cronbach
	N (%)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Αγγειοκινητική διάσταση	2,8 (2,4)		4 (0 – 5)	0,97
Εξάψεις	95 (63,3)	3,1 (2,5)	0 (0 – 5)	
Νυχτερινές εφιδρώσεις	85 (56,7)	2,7 (2,5)	0 (0 – 5)	
Εφιδρώσεις	84 (56,0)	2,7 (2,5)	0 (0 – 5)	
Ψυχοκοινωνική διάσταση	2,2 (1,7)		2,1 (0,1 – 3,4)	0,81
Είμαι δυσαρεστημένη με την προσωπική μου ζωή	90 (60,0)	3 (2,5)	0 (0 – 5)	
Αίσθηση άγχους ή νευρικότητας	97 (64,7)	3 (2,4)	0 (0 – 5)	
Αίσθημα κατάθλιψης ή μελαγχολίας	45 (30,0)	2,6 (2,7)	0 (0 – 5)	
Αίσθηση απομόνωσης/ επιθυμίας να μείνω μόνη	64 (42,7)	2 (2,4)	0 (0 – 5)	

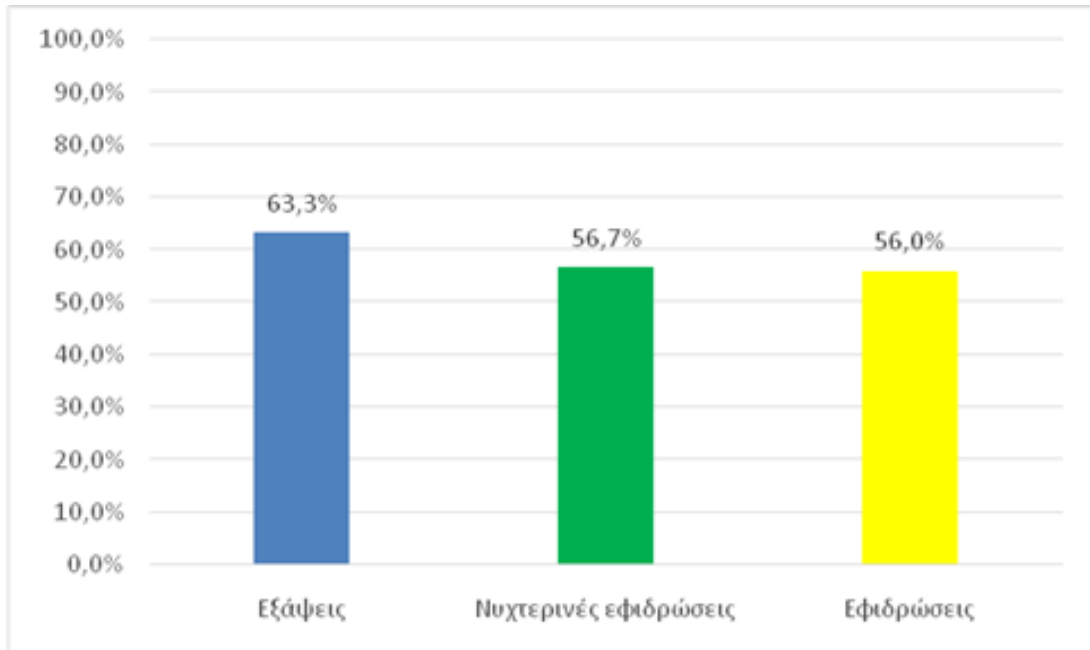
Πετυχαίνω λιγότερα από ότι συνήθιζα	75 (50,0)	2 (2,5)	0 (0 – 5)	0,83
Είμαι ανυπόμονη με τους άλλους ανθρώπους	58 (38,7)	1,6 (2,3)	0 (0 – 3)	
Φτωχή/ Αδύναμη μνήμη	66 (44,0)	1,4 (2,2)	0 (0 – 4)	
Σωματική διάσταση	1,3 (1,1)		1,3 (01,3– 2,1)	
Αίσθηση κόπωσης ή εξάντλησης	12 (8,0)	2,5 (2,5)	0 (0 – 5)	
Δυσκολία στον ύπνο	60 (40,0)	2,3 (2,6)	0 (0 – 5)	
Αίσθηση έλλειψης ενεργητικότητας	76 (50,7)	2,1 (2,4)	0 (0 – 4)	
Μείωση φυσικής δύναμης	68 (45,3)	2,1 (2,4)	0 (0 – 4)	
Μείωση αντοχής/ φυσικού σθένους	44 (29,3)	2 (2,4)	0 (0 – 4)	
Πόνοι σε μύες και αρθρώσεις	69 (46,0)	1,8 (2,3)	0 (0 – 4)	
Πόνος στη μέση	69 (46,0)	1,5 (2,1)	0 (0 – 4)	
Πόνοι στον αυχένα ή το κεφάλι	72 (48,0)	1,3 (2,1)	0 (0 – 3)	
Αύξηση βάρους	31 (20,7)	1,1 (2)	0 (0 – 3)	
Ακούσια ενούρηση όταν γελάτε ή βήχετε (ακράτεια)	40 (26,7)	1,1 (1,9)	0 (0 – 3)	
Ξηροδερμία	14 (9,3)	0,9 (1,8)	0 (0 – 0)	
Συχνουουρία	30 (20,0)	0,8 (1,7)	0 (0 – 0)	
Αλλαγές στην εμφάνιση, σύσταση ή τόνο του δέρματος	12 (8,0)	0,7 (1,6)	0 (0 – 0)	
Αυξημένη τριχοφυΐα προσώπου	52 (34,7)	0,4 (1,2)	0 (0 – 0)	

Νοιώθω πρήξιμο φούσκωμα	29 (19,3)	0,4 (1,2)	0 (0 – 0)	0,7
Αέρια στομάχου ή πόννοι στομάχου λόγω αερίων	40 (26,7)	0,3 (1,2)	0 (0 – 0)	
Σεξουαλική διάσταση		2,3 (1,9)	2 (2 – 4)	
Κολπική ξηρότητα κατά τη σεξουαλική επαφή	73 (48,7)	2,7 (2,5)	0 (0 – 5)	
Αλλαγή στην σεξουαλική επιθυμία	82 (54,7)	2,1 (2,4)	0 (0 – 4)	
Αποφυγή οικειότητας/ σεξουαλικής σχέσης	73 (48,7)	2,1 (2,4)	0 (0 – 4)	

Η βαθμολογία στην κλίμακα της Αγγειοκινητικής διάστασης είχε μέση τιμή 2,8 μονάδες (SD= 2,4 μονάδες). Πιο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων σχετικά με τις εξάψεις (63,3%) και λιγότερο συχνή ήταν η παρουσία των νυχτερινών εφιδρώσεων (56,7%) και γενικότερα των εφιδρώσεων (56,0%). Τα συμπτώματα που είχαν την υψηλότερη ένταση (υψηλότερο μέσο όρο) ήταν επίσης αυτά των εξάψεων (μέση τιμή= 3,1 μονάδες, SD= 2,5).

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα για τα ποσοστά των γυναικών που έχουν ενοχλήσεις που αφορούν στην αγγειοκινητική διάσταση, με φθίνουσα σειρά.

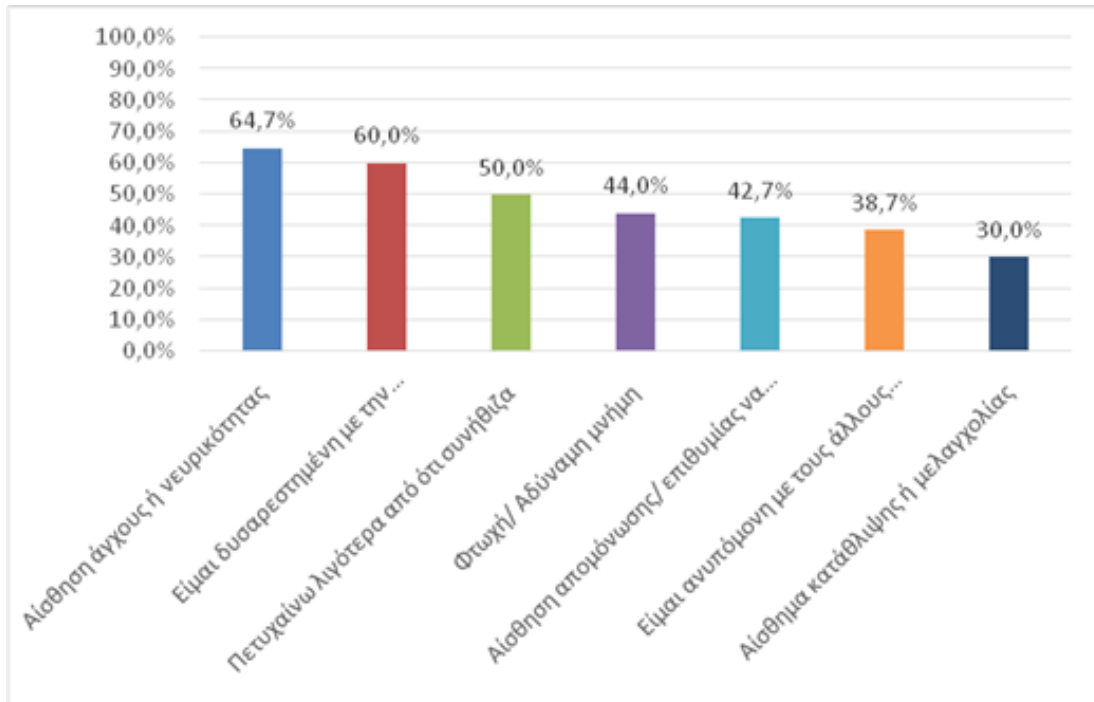
Γράφημα 3. Ποσοστό % των γυναικών με συμπτώματα από την Αγγειοκινητική διάσταση



Η βαθμολογία στην κλίμακα της Ψυχοκοινωνικής διάστασης είχε μέση τιμή 2,2 μονάδες (SD= 1,7 μονάδες). Πιο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: Αίσθηση άγχους ή νευρικότητας (64,7%), είμαι δυσαρεστημένη με την προσωπική μου ζωή (60%) και πετυχαίνω λιγότερα από ό,τι συνήθιζα (50%) και λιγότερο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: αίσθημα κατάθλιψης ή μελαγχολίας και είμαι ανυπόμονη με τους άλλους ανθρώπους. Τα συμπτώματα που είχαν την υψηλότερη ένταση (υψηλότερο μέσο όρο) ήταν: είμαι δυσαρεστημένη με την προσωπική μου ζωή (μέση τιμή= 3,0 μονάδες, SD= 2,5) και η αίσθηση άγχους ή νευρικότητας (μέση τιμή= 3,0 μονάδες, SD= 2,4).

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα για τα ποσοστά των γυναικών που έχουν ενοχλήσεις που αφορούν στην ψυχοκοινωνική διάσταση με φθίνουσα σειρά.

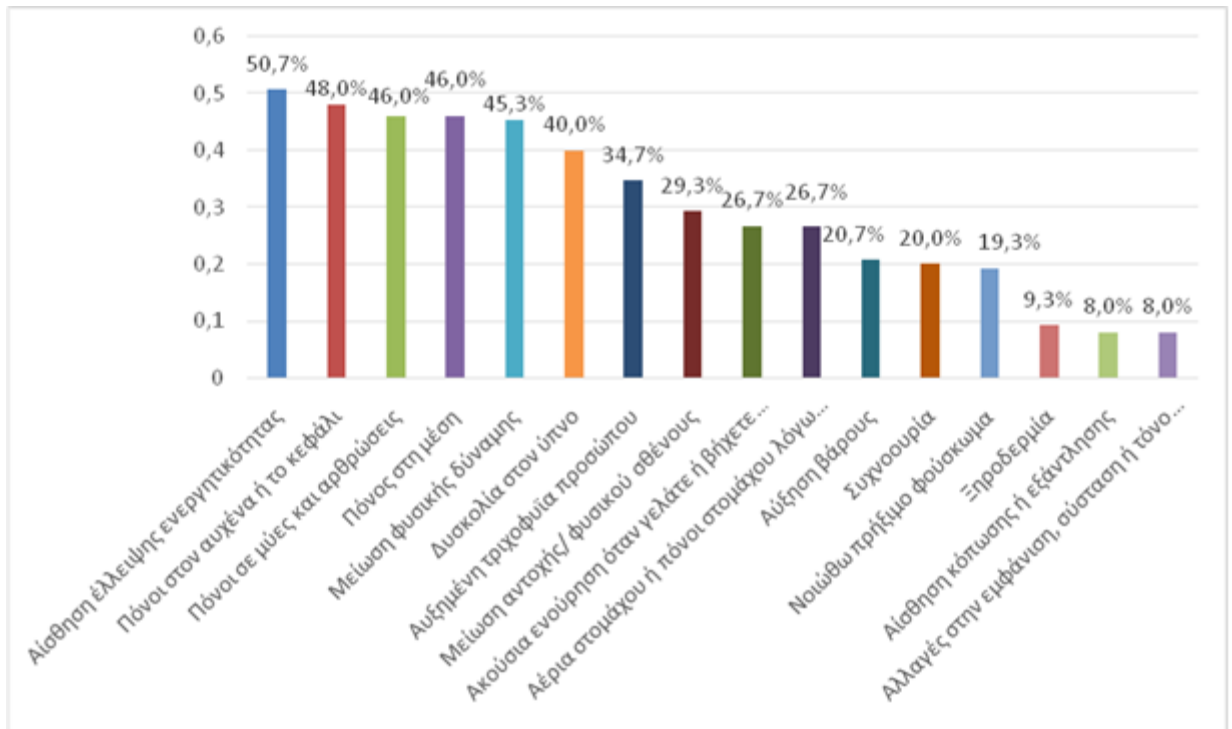
Γράφημα 4. Ποσοστό % γυναικών με συμπτώματα από την Ψυχοκοινωνική διάσταση



Η βαθμολογία στην κλίμακα της Σωματικής διάστασης είχε μέση τιμή 1,3 μονάδες (SD= 1,1 μονάδες). Πιο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: Αίσθηση έλλειψης ενεργητικότητας(50,7%), πόνοι στον αυχένα ή το κεφάλι (48%), πόνοι στις αρθρώσεις (46%)ή στη μέση (46%) και λιγότερο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης και αλλαγές στην εμφάνιση ή σύσταση του δέρματος (8,0%). Τα συμπτώματα που είχαν την υψηλότερη ένταση (υψηλότερο μέσο όρο) ήταν: Αίσθηση κόπωσης ή εξάντλησης(μέση τιμή= 2,5 μονάδες, SD= 2,5) και η δυσκολία στον ύπνο (μέση τιμή= 2,3 μονάδες, SD= 2,6).

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα για τα ποσοστά των γυναικών που έχουν ενοχλήσεις που αφορούν στη σωματική διάσταση, με φθίνουσα σειρά.

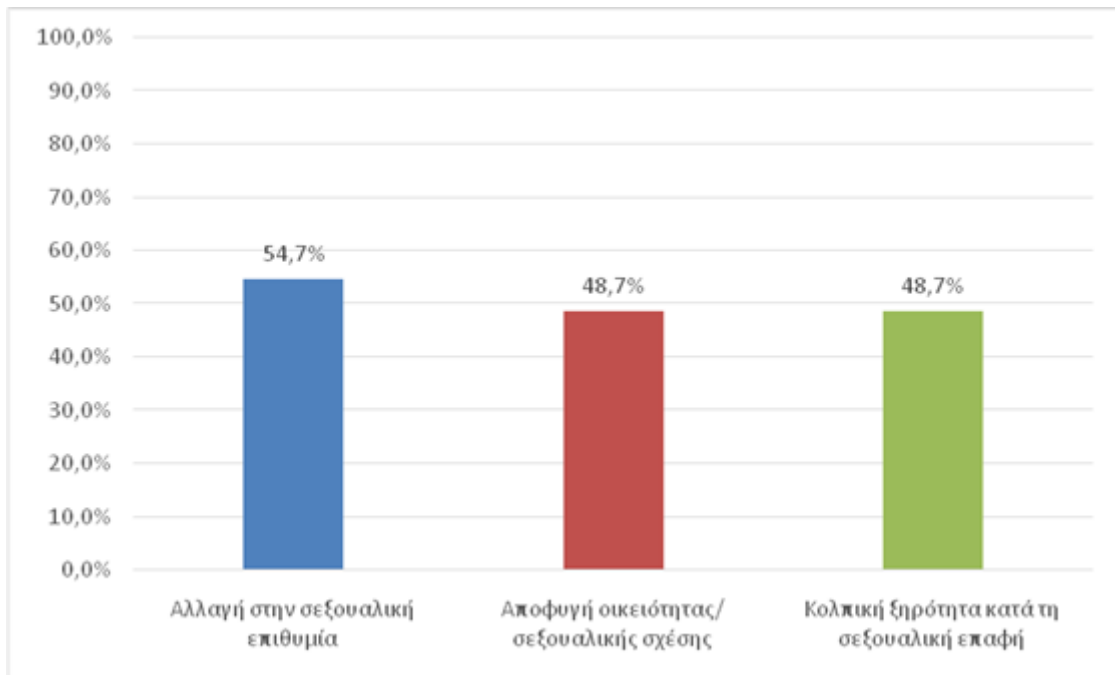
Γράφημα 5. Ποσοστό % γυναικών με συμπτώματα από τη σωματική διάσταση



Η βαθμολογία στην κλίμακα της Σεξουαλικής διάστασης είχε μέση τιμή 2,3 μονάδες (SD= 1,9 μονάδες). Πιο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: Αλλαγή στη σεξουαλική επιθυμία (54,7%) και λιγότερο συχνή ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων: Αποφυγή οικειότητας/σεξουαλικής σχέσης(48,7%) και κοιλικής ξηρότητας κατά την σεξουαλική επαφή(48,7%). Το σύμπτωμα που είχε την υψηλότερη ένταση (υψηλότερο μέσο όρο) ήταν: Κοιλική ξηρότητα κατά την σεξουαλική επαφή(μέση τιμή= 2,7 μονάδες, SD= 2,5).

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα για τα ποσοστά των γυναικών που έχουν ενοχλήσεις που αφορούν στη σεξουαλική διάσταση, με φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 6. Ποσοστό % των γυναικών με συμπτώματα από τη Σεξουαλική διάσταση



Για όλες τις διαστάσεις ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν τουλάχιστον 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

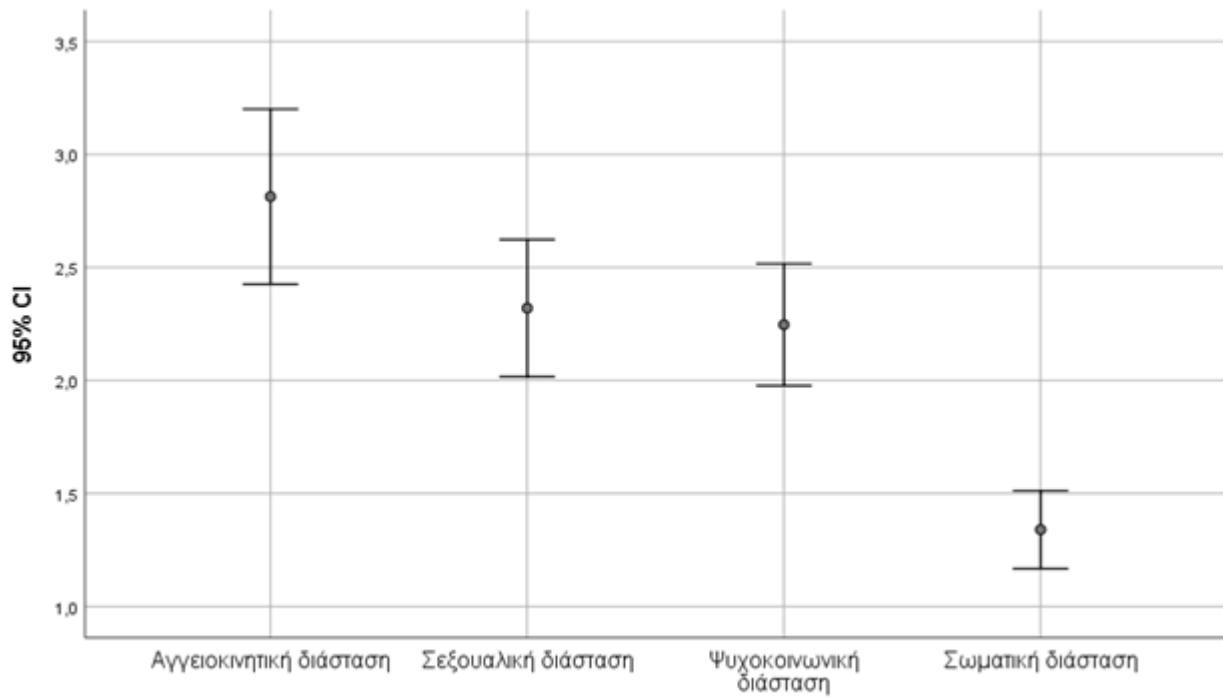
Οι διαφορές στα σκορ της Αγγειοκινητικής διάστασης σε σχέση με τις υπόλοιπες προέκυψαν όλες στατιστικά σημαντικές, υποδεικνύοντας πιο ενοχλητικά συμπτώματα σε σχέση με τις υπόλοιπες διαστάσεις.

Η Σεξουαλική διάσταση έχει στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο σκορ σε σχέση με την Σωματική ($p < 0,001$), υποδεικνύοντας πιο ενοχλητικά συμπτώματα σε αυτή.

Η Ψυχοκοινωνική διάσταση έχει στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο σκορ σε σχέση με την Σωματική ($p < 0,001$), υποδεικνύοντας πιο ενοχλητικά συμπτώματα σε αυτή.

Ακολουθεί το error bar των μέσων τιμών των παραπάνω διαστάσεων, σε φθίνουσα σειρά :

Γράφημα 7. Error Bar των μέσων τιμών των διαστάσεων



Συσχέτιση της Αγγειοκινητικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στη Αγγειοκινητική διάσταση ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της αγγειοκινητικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

		Αγγειοκινητική διάσταση		
		Μέση τιμή	SD	P
Έγγαμη	Όχι	2,6	2,4	0,694+
	Ναι	2,8	2,4	
Παιδιά	Όχι	3,5	1,9	0,564+
	Ναι	2,8	2,4	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	3,1	2,6	0,301++
	Λύκειο	2,4	2,2	
	ΠΕ/ ΤΕ	3,1	2,4	
Εργαζόμενη	Όχι	2,4	2,4	0,023+
	Ναι	3,3	2,3	
Άθληση	Όχι	2,8	2,3	0,789+
	Ναι	2,9	2,5	
Κάπνισμα	Όχι	2,7	2,4	0,510+
	Ναι	3,0	2,4	
Φάρμακα	Όχι	2,5	2,3	0,088+
	Ναι	3,2	2,4	

+Student's t-test

++ ANOVA

Οι γυναίκες που εργάζονταν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην Αγγειοκινητική διάσταση , υποδηλώνοντας μεγαλύτερη ενόχληση από τα αντίστοιχα συμπτώματα σε σχέση με αυτές που δεν εργάζονταν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην Αγγειοκινητική διάσταση με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της Αγγειοκινητικής διάστασης με την ηλικία και της ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης των γυναικών

		Αγγειοκινητική διάσταση
Ηλικία	r+	0,35
	P	0,669
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	r+	-0,083
	P	0,312

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Η Αγγειοκινητική διάσταση δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Αγγειοκινητική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των με εξαρτημένη μεταβλητή την Αγγειοκινητική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

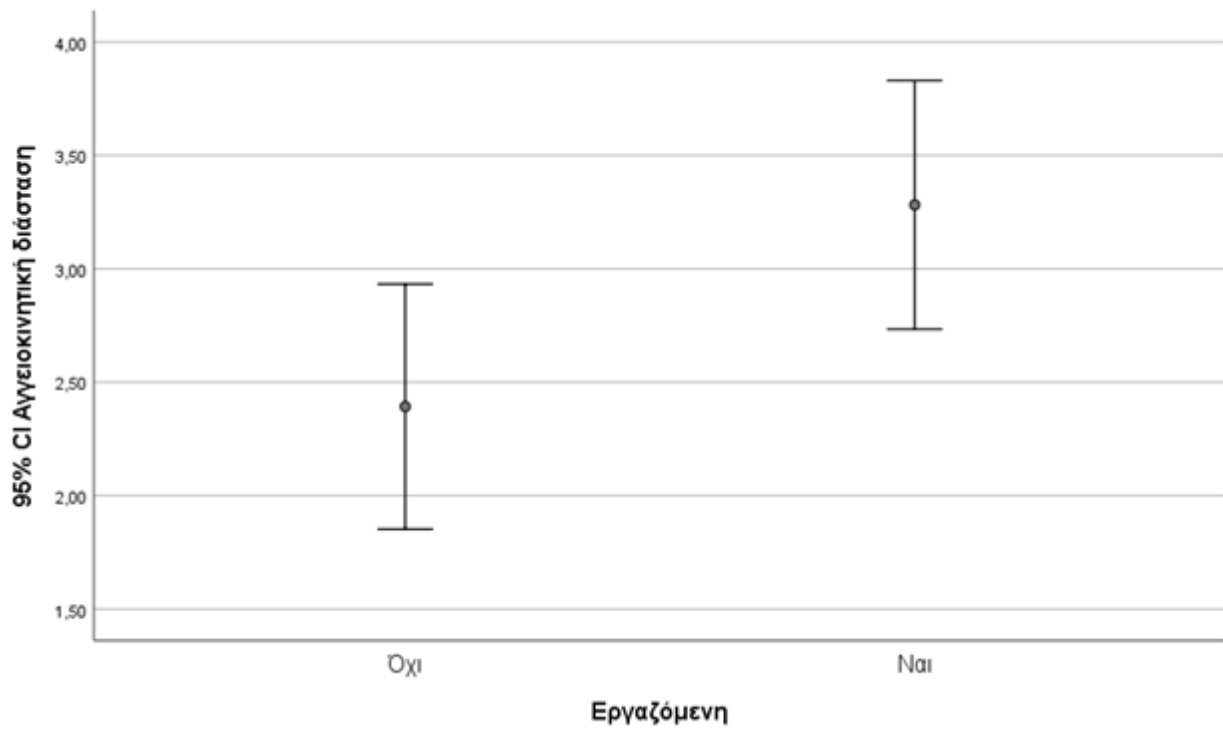
	β+	SE++	P
Εργαζόμενη			
Όχι (αναφορά)	0,89	0,39	0,023
Ναι			

Μόνο ο παράγοντας της εργασίας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την Αγγειοκινητική διάσταση . Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που εργάζονται

ανέφεραν μεγαλύτερη ενόχληση κατά 0,89 μονάδες σε σχέση με αυτές που δεν εργάζονται.

Ακολουθεί το error bar για το μέσο σκορ αγγειοκινητικής διάστασης ανάλογα με την εργασιακή κατηγορία των γυναικών.

Γράφημα 8. error bar αγγειοκινητικής διάστασης ανάλογα με την εργασιακή κατηγορία των γυναικών



Συσχέτιση της Ψυχοκοινωνικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στη Ψυχοκοινωνική διάσταση ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της Ψυχοκοινωνικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

		Ψυχοκοινωνική διάσταση		P
		Μέση τιμή	SD	
Έγγαμη	Όχι	2,3	1,6	0,914+
	Ναι	2,2	1,7	
Παιδιά	Όχι	1,4	2,1	0,302+
	Ναι	2,3	1,7	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	2,3	1,8	0,994++
	Λύκειο	2,2	1,7	
	ΠΕ/ ΤΕ	2,2	1,4	
Εργαζόμενη	Όχι	2,2	1,6	0,724+
	Ναι	2,3	1,7	
Άθληση	Όχι	2,2	1,7	0,781+
	Ναι	2,3	1,7	
Κάπνισμα	Όχι	2,5	1,6	0,047+
	Ναι	1,9	1,7	
Φάρμακα	Όχι	2,0	1,5	0,016+
	Ναι	2,6	1,8	

+Student's t-test

++ ANOVA

Οι γυναίκες που δεν κάπνιζαν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην Ψυχοκοινωνική διάσταση , υποδηλώνοντας μεγαλύτερη ενόχληση από τα

αντίστοιχα συμπτώματα σε σχέση με αυτές που κάπνιζαν. Επίσης, Οι γυναίκες που έπαιρναν φάρμακα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην Ψυχοκοινωνική διάσταση , άρα μεγαλύτερη ενόχληση από συμπτώματα, σε σχέση με αυτές που δεν έπαιρναν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην Ψυχοκοινωνική διάσταση με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της Ψυχοκοινωνικής διάστασης με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης

		Ψυχοκοινωνική διάσταση
Ηλικία	r+	-0,06
	P	0,505
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	r+	0,01
	P	0,890

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Η Ψυχοκοινωνική διάσταση δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Ψυχοκοινωνική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwisemethod) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 8. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Ψυχοκοινωνική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

	β+	SE++	P
Φάρμακα			
Όχι (αναφορά)	0,77	0,27	0,005
Ναι			
Κάπνισμα			
Όχι (αναφορά)	-0,68	0,27	0,014
Ναι			

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Οι παράγοντες του καπνίσματος και των φαρμάκων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη Ψυχοκοινωνική διάσταση.

Συγκεκριμένα:

- Όσες γυναίκες έπαιρναν φάρμακα είχαν κατά μέσο όρο 0,77 μονάδες πιο αυξημένη βαθμολογία, σε σχέση με όσες δεν έπαιρναν. Άρα, η λήψη φαρμάκων συνδέεται με πιο έντονα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.
- Όσες γυναίκες κάπνιζαν είχαν κατά μέσο όρο 0,68 μονάδες πιο μειωμένη βαθμολογία, σε σχέση με όσες δεν κάπνιζαν. Άρα, το κάπνισμα συνδέεται με πιο ήπια ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.

Συσχέτιση της Σωματικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στη Σωματική διάσταση ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της Σωματικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

		Σωματική διάσταση		P
		Μέση τιμή	SD	
Έγγαμη	Όχι	1,2	1,1	0,392+
	Ναι	1,4	1,1	
Παιδιά	Όχι	1,0	1,8	0,560+
	Ναι	1,3	1,0	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	1,5	1,1	0,321++
	Λύκειο	1,3	1,1	
	ΠΕ/ ΤΕ	1,1	0,9	
Εργαζόμενη	Όχι	1,3	1,0	0,994+
	Ναι	1,3	1,2	
Άθληση	Όχι	1,4	1,0	0,727+
	Ναι	1,3	1,1	
Κάπνισμα	Όχι	1,3	1,0	0,9+
	Ναι	1,4	1,1	
Φάρμακα	Όχι	1,1	1,0	0,003+
	Ναι	1,6	1,0	

+Student's t-test

++ ANOVA

Οι γυναίκες που έπαιρναν φάρμακα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην Σωματική διάσταση , άρα μεγαλύτερη ενόχληση από τα αντίστοιχα συμπτώματα, σε σχέση με αυτές που δεν έπαιρναν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην Σωματική διάσταση με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της Σωματικής διάστασης με την ηλικία και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσεως των γυναικών

		Σωματική διάσταση
Ηλικία	r+	-0,06
	P	0,468
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	r+	0,14
	P	0,078

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Η Σωματική διάσταση δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σωματική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 11. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σωματική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

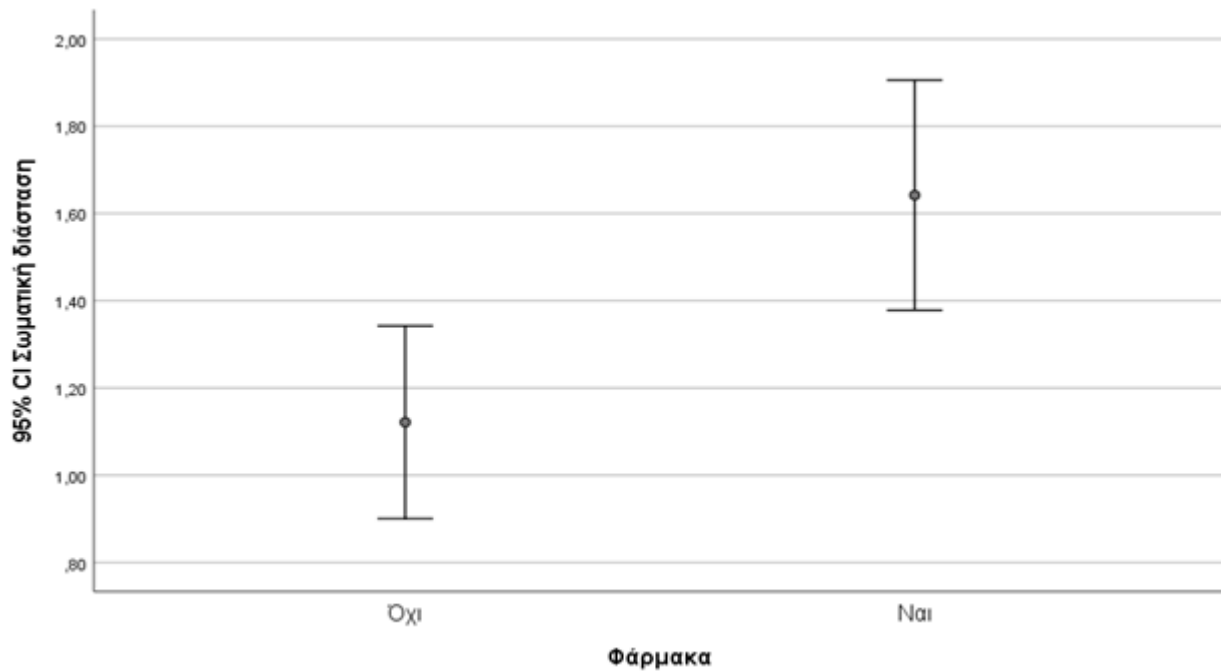
	β+	SE++	P
Φάρμακα			
Όχι (αναφορά)	0,52	0,17	0,003
Ναι			

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο ο παράγοντας της λήψης φαρμάκων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την Σωματική διάσταση . Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που λάμβαναν φάρμακα είχαν κατά μέσο όρο 0,52 μονάδες πιο αυξημένη βαθμολογία σε σχέση με αυτές που δεν λάμβαναν. Άρα, η λήψη φαρμάκων συνδέεται με πιο έντονα σωματικά συμπτώματα.

Ακολουθεί το error bar του σκορ της Σωματικής διάστασης ανάλογα με τη λήψη ή όχι φαρμάκων.

Γράφημα 9. error bar του σκορ της Σωματικής διάστασης ανάλογα με τη λήψη ή όχι φαρμάκων



Συσχέτιση της Σεξουαλικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στη Σεξουαλική διάσταση ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 13.Συσχέτιση της Σεξουαλικής διάστασης με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

		Σεξουαλική διάσταση		P
		Μέση τιμή	SD	
Έγγαμη	Όχι	2,6	1,9	0,486+
	Ναι	2,3	1,9	
Παιδιά	Όχι	2,3	2,2	0,94+
	Ναι	2,3	1,9	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	2,4	1,8	0,637++
	Λύκειο	2,1	2,0	
	ΠΕ/ ΤΕ	2,5	1,9	
Εργαζόμενη	Όχι	2,3	1,8	0,973+
	Ναι	2,3	2,0	
Άθληση	Όχι	2,6	1,8	0,173+
	Ναι	2,1	1,9	
Κάπνισμα	Όχι	2,3	1,8	0,781+
	Ναι	2,4	2,0	
Φάρμακα	Όχι	2,1	1,9	0,062+
	Ναι	2,7	1,8	

+Student's t-test

++ ANOVA

Η Σεξουαλική διάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με κάποιο από τα στοιχεία του ανωτέρω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στη Σεξουαλική διάσταση με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της Σεξουαλική διάσταση με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης

		Σεξουαλική διάσταση
Ηλικία	r+	0,65
	P	0,433
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	r+	-0,18
	P	0,028

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης, τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία στην Σεξουαλική διάσταση, άρα πιο ήπια η ένταση των συμπτωμάτων αυτής της κατηγορίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σεξουαλική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 15. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σεξουαλική διάσταση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

	β+	SE++	P
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	-0,12	0,06	0,028

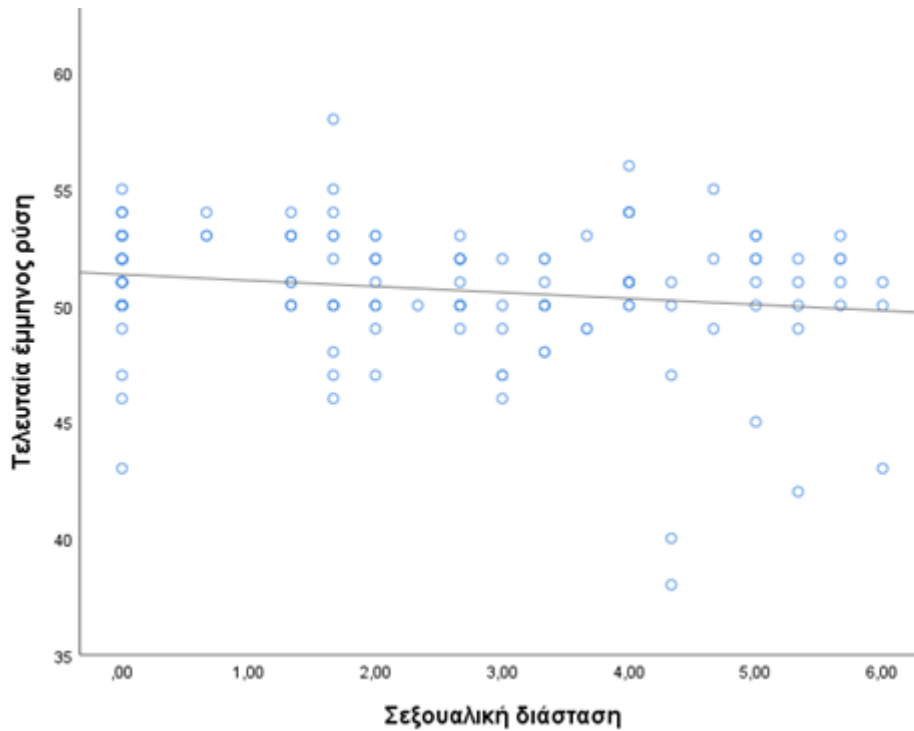
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη Σεξουαλική διάσταση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με μεγαλύτερη ηλικία

είχαν μικρότερη βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση. Άρα, η μεγαλύτερη ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης, σχετίζεται με ηπιότερα συμπτώματα.

Η συσχέτιση της βαθμολογίας για τη Σεξουαλική διάσταση με την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης δίνεται στο παρακάτω γράφημα.

Γράφημα 10. Η συσχέτιση της βαθμολογίας της Σεξουαλικής διάστασης με την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης των γυναικών



Συσχέτιση του συνολικού σκορ MENQOL με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στη συνολική κλίμακα MENQOL ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 16. Συσχέτιση του συνολικού MENQOL με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

		Συνολικό σκορ MENQOL		
		Μέση τιμή	SD	P
Έγγαμη	Όχι	1,7	1,1	0,713+
	Ναι	1,8	1,2	
Παιδιά	Όχι	1,5	1,8	0,583+
	Ναι	1,8	1,1	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	1,9	1,2	0,640++
	Λύκειο	1,7	1,2	
	ΠΕ/ ΤΕ	1,7	1,0	
Εργαζόμενη	Όχι	1,8	1,1	0,542+
	Ναι	1,9	1,2	
Άθληση	Όχι	1,8	1,1	0,800+
	Ναι	1,8	1,2	
Κάπνισμα	Όχι	1,8	1,1	0,681+
	Ναι	1,8	1,2	
Φάρμακα	Όχι	1,6	1,1	0,002+
	Ναι	2,1	1,2	

+Student's t-test

++ ANOVA

Βρέθηκε ότι το συνολικό σκορ MENQOL σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη λήψη ή όχι φαρμάκων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που παίρνουν φάρμακα έχουν

πιο υψηλό σκορ, κατά μέσο όρο, από αυτές που δεν παίρνουν. Άρα, η λήψη φαρμάκων συνδέεται γενικά με πιο έντονα συμπτώματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην συνολική κλίμακα MENQOL με την ηλικία, και την ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Πίνακας 17.Συσχέτιση συνολικού MENQOL με την ηλικία και την ηλικία της τελευταίας έμμηνου ρύσεως των γυναικών

		Συνολικό σκορ MENQOL
Ηλικία	r+	-0,03
	P	0,703
Ηλικία τελευταίας έμμηνου ρύσης	r+	-0,13
	P	0,123

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Το συνολικό σκορ MENQOL δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία των γυναικών ή την ηλικία της τελευταίας έμμηνου ρύσης.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ MENQOL και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 18.Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ MENQOL και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών

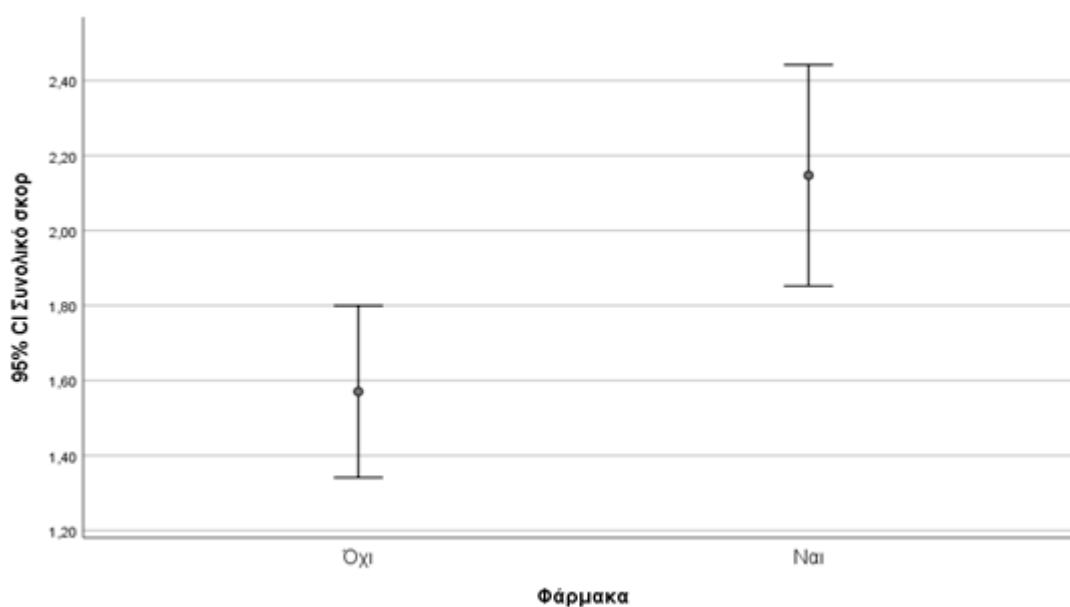
	β+	SE++	P
Φάρμακα			
Όχι (αναφορά)	0,58	0,19	0,002
Ναι			

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο ο παράγοντας της λήψης φαρμάκων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το συνολικό σκορ MENQOL . Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που λάμβαναν φάρμακα είχαν κατά μέσο όρο 0,58 μονάδες πιο αυξημένη βαθμολογία σε σχέση με αυτές που δεν λάμβαναν. Άρα, η λήψη φαρμάκων συνδέεται γενικά με πιο έντονα συμπτώματα.

Ακολουθεί το error bar του συνολικού σκορ MENQOL ανάλογα με τη λήψη ή όχι φαρμάκων.

Γράφημα 11. error bar του συνολικού σκορ MENQOL ανάλογα με τη λήψη ή όχι φαρμάκων



Συσχέτιση διαστάσεων και συνολικού σκορ MENQOL

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις των διαστάσεων «Αγγειοκινητική», «Ψυχοκοινωνική», «Σωματική» και «Σεξουαλική» τόσο μεταξύ τους όσο και με το συνολικό σκορ MENQOL.

Πίνακας 19. Συσχέτιση των διαστάσεων Αγγειοκινητική, Ψυχοκοινωνική, Σωματική και Σεξουαλική μεταξύ τους και με το συνολικό σκορ MENQOL

		Αγγειοκινητική διάσταση	Ψυχοκοινωνική διάσταση	Σωματική διάσταση	Σεξουαλική διάσταση	Συνολικό σκορ
Αγγειοκινητική διάσταση	r+	1	0,32	0,33	0,22	0,53
	p		<0,001	<0,001	0,006	<0,001
Ψυχοκοινωνική διάσταση	r+		1	0,66	0,55	0,85
	p			<0,001	<0,001	<0,001
Σωματική διάσταση	r+			1	0,56	0,91
	p				<0,001	<0,001
Σεξουαλική διάσταση	r+				1	0,70
	p					<0,001

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Όλες οι συσχετίσεις προέκυψαν στατιστικά σημαντικές. Επίσης, είναι όλες θετικές άρα η αύξηση ενός σκορ προκαλεί την αύξηση των υπολοίπων. Αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα που δηλώνει μεγάλη ενόχληση από συμπτώματα σε μια διάσταση, αναμένεται να δηλώσει αυξημένη ενόχληση και στις υπόλοιπες.

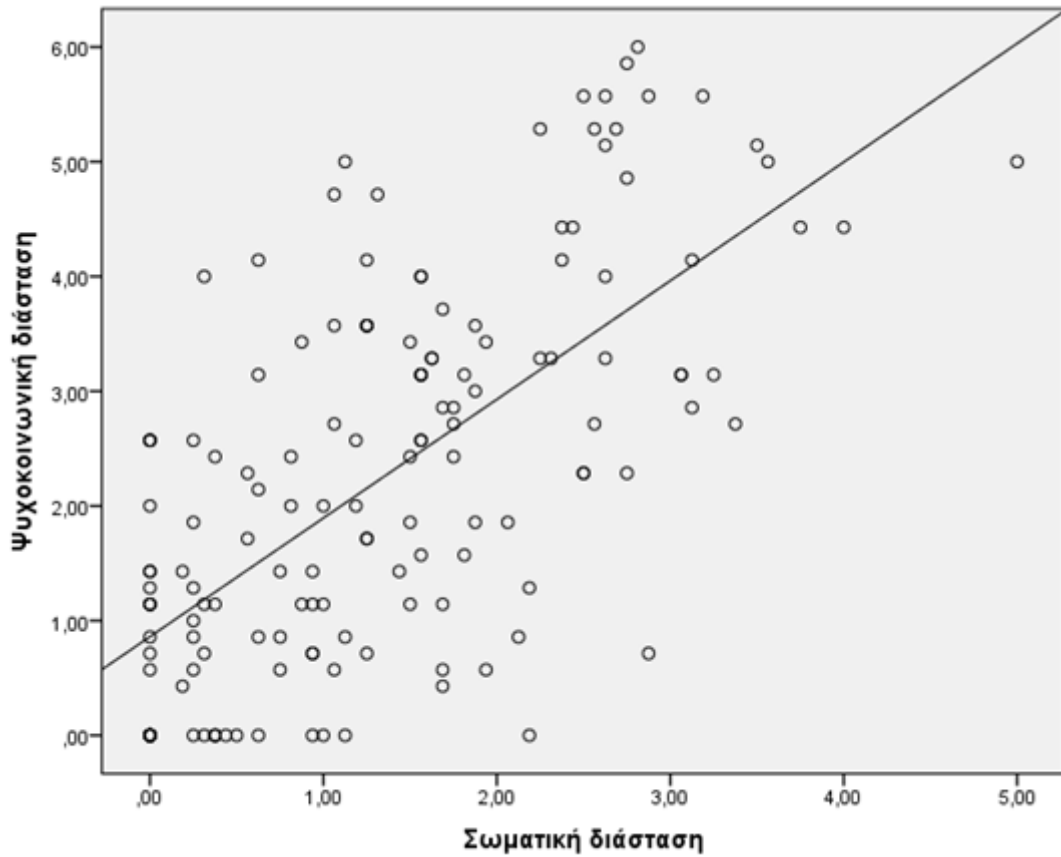
Συγκεκριμένα, πιο υψηλές ήταν οι συσχετίσεις ανάμεσα :

- Στην «Ψυχοκοινωνική» και τη «Σωματική» διάσταση,
- Στην «Σεξουαλική» και τη «Σωματική» διάσταση και
- Στην «Ψυχοκοινωνική» και τη «Σεξουαλική» διάσταση.

Παρακάτω δίνονται και τα αντίστοιχα γραφήματα για τις πιο υψηλές αυτές συσχετίσεις.

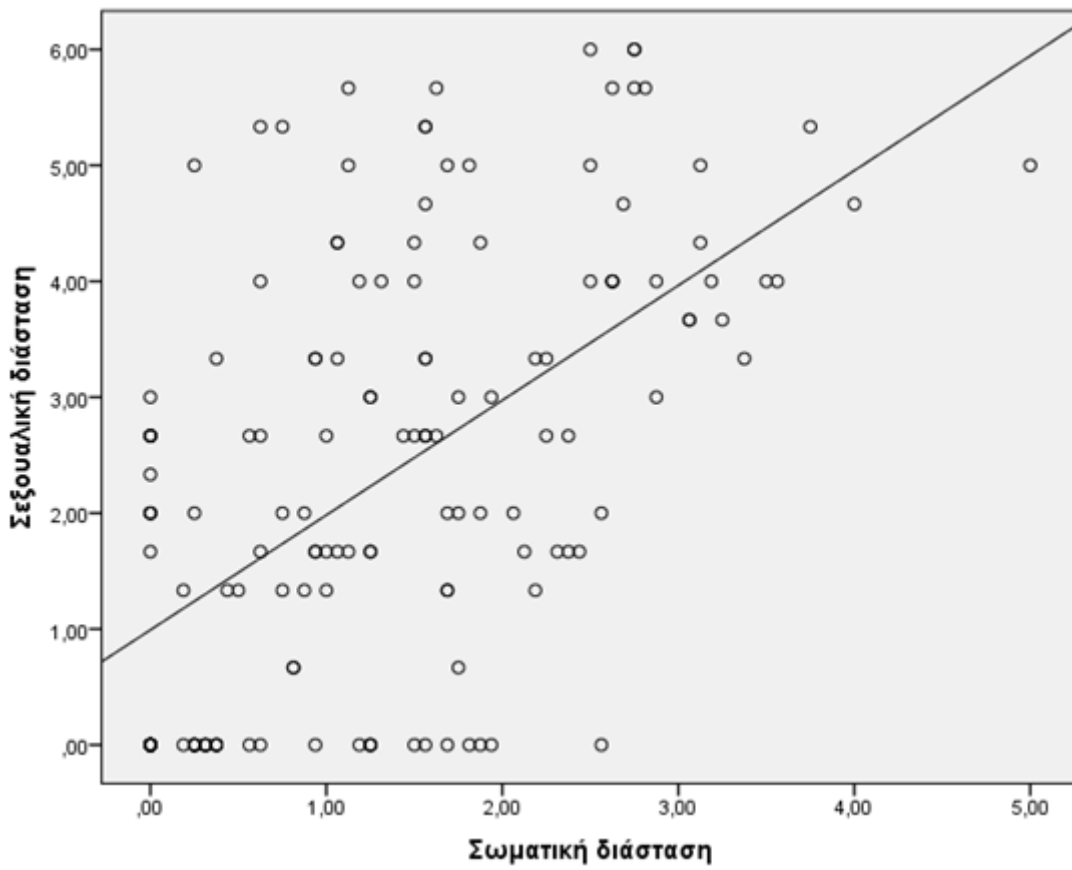
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης «Ψυχοκοινωνικής» και «Σωματικής» διάστασης.

Γράφημα 12. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της Ψυχοκοινωνικής διάστασης και της Σωματικής διάστασης



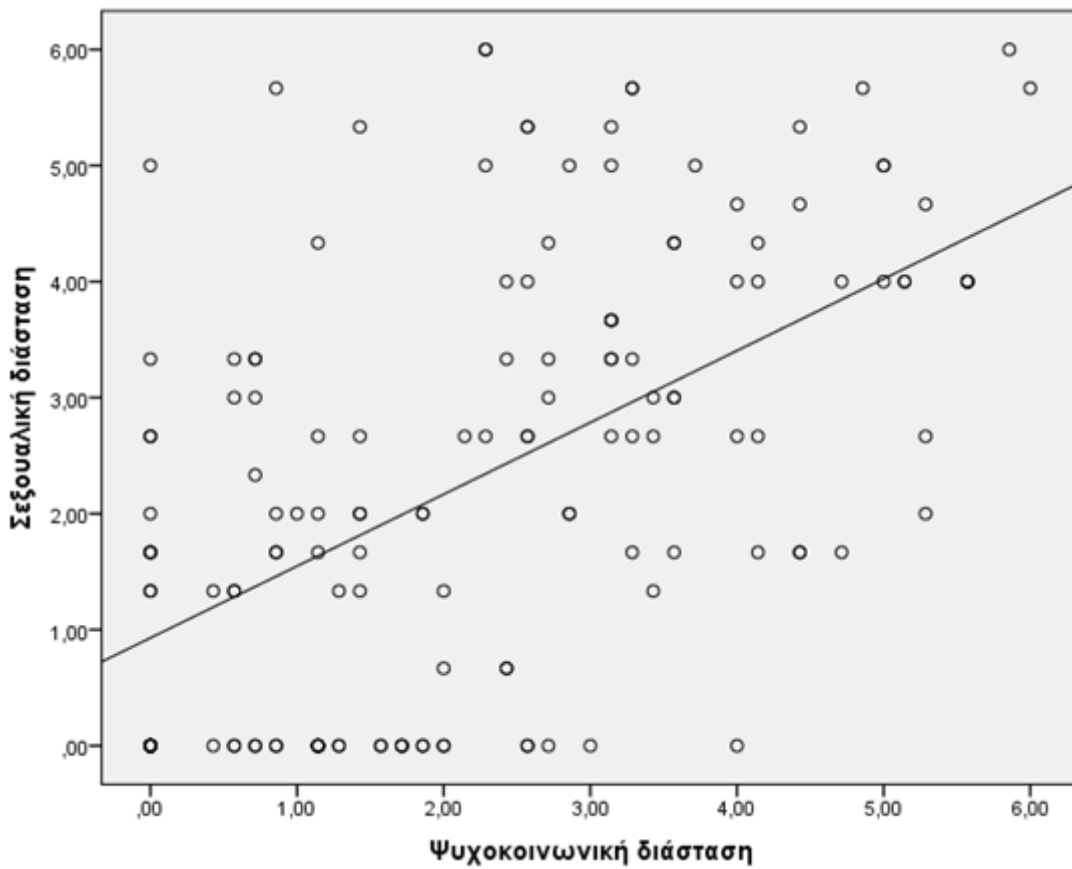
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης «Σεξουαλικής» και «Σωματικής» διάστασης.

Γράφημα 13. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της Σεξουαλικής διάστασης και της Σωματικής διάστασης



Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης «Σεξουαλικής» και «Ψυχοκοινωνικής» διάστασης.

Γράφημα 14. Διαγραμματική απεικόνιση της συσχέτισης της Σεξουαλικής διάστασης και της Ψυχοκοινωνικής διάστασης



9.Συζήτηση

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διερεύνηση της επίπτωσής τους στην ποιότητα ζωής των εμμηνόπαυσιων γυναικών. Οι Blumel et al. σε μελέτη τους ανέφεραν ότι οι εμμηνόπαυσιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αγγειοκινητικές (10,6 φορές), ψυχοκοινωνικές (3,5 φορές), φυσικές/σωματικές (5,7 φορές) και σεξουαλικές διαταραχές (3,2 φορές) σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες, γεγονός που οδηγεί σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών (Norozī et al, 2013). Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ανέφεραν διαταραχές και από τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με περισσότερο ενοχλητικές εκείνες της αγγειοκινητικής διάστασης, ακολουθώντας η σεξουαλική διάσταση, η ψυχοκοινωνική διάσταση και τέλος η σωματική διάσταση. Οι συσχετίσεις και των τεσσάρων διαστάσεων τόσο μεταξύ τους όσο και με το συνολικό MENQOL προέκυψαν στατιστικά σημαντικές και θετικές. Αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα που δηλώνει μεγάλη ενόχληση από τα συμπτώματα σε μια διάσταση, αναμένεται να δηλώνει αυξημένη ενόχληση και στις υπόλοιπες με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής της.

Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ποιότητας ζωής της γυναίκας, καθώς και μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της συχνότητας και της σοβαρότητας των εμμηνόπαυσιων συμπτωμάτων (El Hajj et al, 2020). Οι έγγαμες γυναίκες αναφέρουν ένα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με αυτό των άγαμων και των χήρων (Kafaei Atrian, 2022). Στη μελέτη τους οι Ehsarour et al. διαπίστωσαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής διάστασης και της οικογενειακής κατάστασης της γυναίκας, καθώς και μεταξύ της σεξουαλικής διάστασης και της οικογενειακής κατάστασής της. Αντίθετα, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης της γυναίκας και της κοινωνικής και σωματικής διάστασης. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας δεν είχε σημαντική στατιστική συσχέτιση με καμία από τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Παρόμοιο αποτέλεσμα έδειξε και έρευνα που έγινε

σε 236 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στο Ιράν το 2018 (Kafaei Atrian, 2022). Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ίσως να οφείλεται στον μικρό αριθμό έγγαμων γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σύμφωνα με τους Norozi et al., το επίπεδο της εκπαίδευσης της γυναίκας αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει με θετικό τρόπο τη σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής της γυναίκας, γεγονός που ίσως αποδίδεται στον μικρό αριθμό γυναικών με μετάλυκειακή εκπαίδευση. Παρόμοιο αποτέλεσμα είχε και η έρευνα των Kafaei Atrian et al. στο Ιράν.

Η σχέση μεταξύ εργασίας και ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Έρευνες δείχνουν ότι οι εργαζόμενες γυναίκες αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονται (Nazarpour et al, 2020). Στην παρούσα μελέτη οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην αγγειοκινητική διάσταση σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονταν. Ανέφεραν μεγαλύτερη ενόχληση από τα αγγειοκινητικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, κατά μέσο όρο 0,89 μονάδες, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν εργάζονταν. Οι Alizadeh-Charandabi et al στην έρευνά τους ανέφεραν ότι οι εργαζόμενες γυναίκες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με όσες δεν εργάζονταν, χωρίς όμως να υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά. Στην ίδια μελέτη ανέφεραν ότι παρόλο που οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, η εργασία δεν θα μπορούσε από μόνη της να αποτελεί «προγνωστικό» παράγοντα της ποιότητας ζωής, ούτε και τον μοναδικό αποτελεσματικό παράγοντα της βελτίωσής της. Οι Yoeli et al, στην έρευνα τους διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που εργάζονταν σε περιβάλλον υψηλού επιπέδου ανέφεραν περισσότερο τις αγγειοκινητικές διαταραχές ως το κυριότερο σύμπτωμα που τις ενοχλούσε, ενώ οι γυναίκες με περιστασιακή σχέση εργασίας ανέφεραν τον μυοσκελετικό πόνο ως το κυριότερο σύμπτωμα. Αντίθετα, οι Shobeiri et al, στην έρευνά τους έδειξαν ότι δε βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ εργαζόμενων γυναικών και όσων ασχολούνταν με τα οικιακά. Ο ακριβής τρόπος επίδρασης της επαγγελματικής κατάστασης μιας γυναίκας στη σοβαρότητα των

αγγειοκινητικών συμπτωμάτων παραμένει ασαφής. Ενδεχομένως, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και άλλοι παράγοντες, όπως ο τρόπος ζωής και οι διαιτητικές συνήθειες, παίζουν σημαντικό ρόλο στην επίδραση αυτή (Augoulea et al, 2019).

Οι Dabrowski-Galas et al, στη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που αθλούνται ανέφεραν λιγότερες ενοχλήσεις και στις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε σχέση με εκείνες που δεν αθλούνται. Οι Barati et al, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η φυσική άσκηση υψηλής έντασης μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Στην έρευνά τους, οι γυναίκες που ασκούσαν συχνότερα, ανέφεραν λιγότερες διαταραχές και στις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε σχέση με εκείνες που ασκούσαν λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα. Άλλες έρευνες που εστιάζουν στο είδος της άσκησης δίνουν και διαφορετικά αποτελέσματα. Η αερόβια άσκηση βελτιώνει σημαντικά τη σεξουαλική ζωή των γυναικών σύμφωνα με την έρευνα των Zhang et al, σε αντίθεση με τους Carcelen-Fraile et al που διαπίστωσαν ότι δεν παρατηρούνται βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των γυναικών μετά από ένα ήπιο πρόγραμμα άσκησης. Στην ίδια έρευνα όμως, βρέθηκε ότι η Yoga έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία της γυναίκας, αποτέλεσμα που βρήκαν και οι Barati et al μόνο σε σωματικό όμως επίπεδο. Αντίθετα, οι Avis et al δε διαπίστωσαν καμία θετική επίδραση της Yoga. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η άσκηση δεν είχε καμία σημαντική συσχέτιση με τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των γυναικών. Παρόμοιο αποτέλεσμα είχε και η μελέτη των Mastrangelo et al, σε γυναίκες που ακολούθησαν πρόγραμμα αερόβιας άσκησης και ασκήσεων αντίστασης (Carcelen-Fraile et al, 2020, Nguyen et al, 2020). Επίσης, στην παρούσα έρευνα, οι γυναίκες που ασκούσαν ανέφεραν ως είδος ήπιας άσκησης, το περπάτημα, το κολύμπι και το ποδήλατο, χωρίς όμως να διευκρινίζεται η συχνότητα και η διάρκεια της άσκησης. Οι Nguyen et al, σε μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που ακολούθησαν την ίδια μορφή άσκησης με αυτήν των γυναικών της παρούσας μελέτης, ανέφεραν σημαντικά οφέλη στη σωματική και στη ψυχολογική διάσταση. Αντίθετα, δεν υπήρξαν επαρκή στοιχεία για τη θετική επίδραση της άσκησης σε γενικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και στην ποιότητα ζωής τους.

Οι αντιοιστρογονικές ιδιότητες του καπνίσματος και η εξάρτηση από τη νικοτίνη επιδρούν αρνητικά στη σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (Copeland et al,2017). Οι Dotlic et al, διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνδέουν την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως και τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος με την ποιότητα ζωής των γυναικών κατά την εμμηνόπαυση. Στην ίδια έρευνα, όπου συμμετείχαν 513 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες (καπνίστριες, περιστασιακές καπνίστριες και μη καπνίστριες) από το Βελιγράδι (Σερβία), διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη χρονική διάρκεια του καπνίσματος και όχι ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, επιδρούσε αρνητικά στη σωματική διάσταση και στη συνολική βαθμολογία MENQOL. Τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα ήταν λιγότερο ενοχλητικά σε γυναίκες που κάπνιζαν λιγότερο από 10 έτη και ήταν σημαντικά έντονα σε εκείνες που κάπνιζαν επί 21-30 έτη. Στην παρούσα μελέτη οι καπνίστριες ανέφεραν ηπιότερα συμπτώματα στην ψυχοκοινωνική διάσταση σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Δε δόθηκαν περισσότερες πληροφορίες εκτός του αν είναι ή όχι καπνίστριες. Οι Lawless et al σε έρευνα που έκαναν σε άνδρες και γυναίκες (όχι απαραίτητα εμμηνοπαυσιακές) που κάπνιζαν, διαπίστωσαν ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ισχυρότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι κάπνιζαν προκειμένου να νιώσουν χαλάρωση και να μειώσουν την ένταση που νιώθουν. Θεώρησαν ότι το κάπνισμα λειτουργεί ίσως αγχολυτικά, κάτι που ενδεχομένως να θεώρησαν και οι γυναίκες της παρούσας έρευνας.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν γυναίκες οι οποίες λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για προβλήματα υγείας, όπως υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, αρρυθμίες και κατάθλιψη. Οι γυναίκες αυτές είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην ψυχοκοινωνική και στη σωματική διάσταση, καθώς και στο συνολικό σκορ MENQOL. Ανέφεραν, δηλαδή, ότι είχαν εντονότερα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα κατά 0,77 μονάδες, εντονότερα σωματικά συμπτώματα κατά 0,52 μονάδες και γενικότερα ότι βίωναν εντονότερα όλα τα συμπτώματα κατά 0,58 μονάδες σε σχέση με τα συμπτώματα που ανέφεραν οι γυναίκες που δε λάμβαναν αγωγή. Οι Thornton et al, σε έρευνά τους διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που έπαιρναν φάρμακα για διάφορα προβλήματα υγείας, όπως σακχαρώδης διαβήτης,

κατάθλιψη και καρδιολογικά προβλήματα, ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία στη σεξουαλική διάσταση.

Η ηλικία της τελευταίας έμμηνου ρύσης βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με τη σεξουαλική διάσταση της ποιότητας ζωής στην παρούσα μελέτη. Γυναίκες με μεγαλύτερη ηλικία έμμηνου ρύσης είχαν ηπιότερα σεξουαλικά συμπτώματα. Ηπιότερα συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής βρέθηκε και στην έρευνα των Kafaiei Atrian et al το 2018.

Συμπέρασμα:

Η εμμηνόπαυση είναι ένα σύνθετο φαινόμενο στη ζωή της γυναίκας, επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων και βιώνεται διαφορετικά από την κάθε γυναίκα. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής της, η υιοθέτηση μιας καθημερινότητας που να περιλαμβάνει την άσκηση, την υγιεινή διατροφή, τη διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ, η μείωση του άγχους, η κατανόηση και η υποστήριξη από το οικογενειακό, φιλικό και επαγγελματικό περιβάλλον της γυναίκας είναι τρόποι οι οποίοι μπορούν να τη βοηθήσουν σημαντικά να διαχειριστεί αποτελεσματικά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατευθύνουν και να συμβουλεύουν τις γυναίκες ατομικά, λαμβάνοντας υπόψη τους το ιστορικό υγείας, την ιδιοσυγκρασία, το τρόπο ζωής τους και τα συμπτώματα που αναφέρουν. Οφείλουν να ενημερώνουν τις γυναίκες για το φαινόμενο της εμμηνόπαυσης, να συζητούν μαζί τους για τα συμπτώματα και τους διαθέσιμους τρόπους αντιμετώπισης και ανακούφισής τους από τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

9.1 Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν μικρό προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα και να γενικευθούν τα αποτελέσματα στον πληθυσμό από τον οποίο προήλθε το δείγμα. Οι συμμετέχουσες ήταν όλες Ελληνίδες, δε συμμετείχαν γυναίκες άλλων εθνικοτήτων προκειμένου να κατανοούν και να μιλούν την ελληνική γλώσσα.

Περαιτέρω Ερευνητικές Αναζητήσεις

Η παρούσα έρευνα έγινε κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης με τον COVID-19. Όλες οι συμμετέχουσες ανέφεραν την εμπειρία τους και τα συμπτώματά τους, βιώνοντας, ενδεχομένως, μια πολύ διαφορετική καθημερινότητα. Η έρευνα έγινε μετά την άρση της πολύμηνης εθνικής καραντίνας αλλά και μιας τοπικής καραντίνας στο νησί της Εύβοιας, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι οι γυναίκες αυτές δε βίωναν και συναισθήματα γενικότερου άγχους, φόβου, ανησυχίας, αβεβαιότητας λόγω της παγκόσμιας αυτής υγειονομικής κρίσης. Η διστακτική προσέλευση των πολιτών αλλά και των γυναικών στην προκειμένη περίπτωση, ίσως να δικαιολογεί και τον μικρό αριθμό του δείγματος. Πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες, παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα, με μεγαλύτερα δείγματα γυναικών, έρευνες που να μελετούν περισσότερο και καλύτερα τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμμηνόπαυση προκειμένου να εξαχθούν ακριβέστερα συμπεράσματα, έτσι ώστε να βοηθηθούν οι γυναίκες και να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Περαιτέρω έρευνες πρέπει να γίνουν και σε γυναίκες που βίωσαν την εμμηνόπαυση, σε όλα τα στάδια της, κατά τη διάρκεια της πανδημίας με τον COVID-19.

Βιβλιογραφία

- Abd El-Kader S. & Al-Jiffri O. Impact of aerobic versus resisted exercise training on systemic inflammation biomarkers and quality of Life among obese postmenopausal women. *African Health Sciences* 2019, 19(4): 2881-2891
- Agostini D, Zeppa SD, Lucertini F, Annibalini G, Gervasi M, Marini CF, Piccoli G, Stocchi V, Barbieri E, Sestili P. Muscle and Bone Health in Postmenopausal Women: Role of Protein and Vitamin D Supplementation Combined with Exercise Training. *Nutrients* 2018, 10: 1103
- Ali AM & Hendawy AO. So, Antidepressant Drugs have Serious Adverse Effects, but what are the Alternatives? *Novel Approaches Drug Designing & Development* 2018, 4(3): 58-69
- Ali AM, Ahmed AH, Smail L. Psychological Climacteric Symptoms and Attitudes toward Menopause among Emirati Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, 17 :5028.
- Alizadeh M., Sayyah-Melli M, Ebrahimi H, Kazemi Shishavan M, Rahmani F. Social Determinants and Reproductive Factors of the Menopausal Symptoms among Women in Tabriz-Iran. *Social Determinants of Health* 2015, 1(1): 2-8
- Alizadeh-Charandabi S, Rezaei N, Hakimi S, Montazeri A. Predictors of Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women. A population – Based study. *Journal of Caring Sciences* 2012, 1(4): 201-208
- Ameratunga D, Goldin J, Hickey M. Sleep disturbance in menopause. *Internal Medicine Journal* 2012, 42(7): 742-747
- Avis NE & Green R. The perimenopause and sexual functioning. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2011, 38(3): 587-94
- Alvisi S, Gava G, Orsili I, Giacomelli G, Baldassarre M, Seracchioli R, Meriggiola MC. Vaginal Health in Menopausal Women. *Medicina* 2019, 55(10): 615
- Augoulea A, Moros M, Kokras N, Karageorgiou V, Paschou S, Lymberi R, Panoulis K, Kaparos G, Lykeridou A, Lambrinouadaki I. Association of menopausal symptoms with sociodemographic factors and personality traits. *Menopause Review* 2019, 18(4): 191-197

Baker F, de Zambotti M, Colrain I, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and Science of Sleep* 2018, 10: 73-95

Barati M, Akbari-heidari H, Samadi-yaghin, Jenabi E, Jormand H, Kamyari N. The factors associated with the quality of life among postmenopausal women 2021, 21:208

Bianchi M, Kim S, Galvan T, White D, Joffe H. Nocturnal Hot Flashes: Relationship to Objective Awakenings and Sleep Stage Transitions. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2016, 12: 7

Bromberger JT & Kravitz HM. Mood and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over ten years. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2011, 38(3): 609-625

Bromberger JT, Kravitz HM, Chang Y, Radolph Jr J, Avis N, Gold E, Matthews K. Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women's health across the nation. *Menopause* 2013, 20: 488-495

Bromberger JT & Epperson C. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2018, 45(4): 663-678

Bryant C, Judd F, Hickey M. Anxiety during the menopause transition: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2012, 139: 141-148

Cagnacci A, Xholli A, Sclauzero M, Venier M, Palma F, Gambacciani M. Vaginal atrophy across the menopausal age: Results from the ANGEL study. *Climacteric* 2019, 22: 85-89

Campbell K, Dennerstein L, Finch S, Szoeki C. Impact of menopausal status on negative mood and depressive symptoms in a longitudinal sample spanning 20years. *Menopause* 2016, 24(5): 490-496

Carcelen –Fraile MdC, Aibar-Almazan A, Martinez-Amat A, Cruz-Diaz D, Diaz-Mohedo E, Redecillas-Peiro MT, Hita-Contreras F. Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A systemic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, 17: 2680

Chiu H, Tsao L, Lin M. Suffering Exhausted Life Like Burning at Both Ends of a Candle- Women with Menopausal Fatigue. *International Journal of Studies in Nursing* 2020, 5: 95-102.

Converso D, Viotti S, Sottimano I, Loera B, Molinengo G, Guidetti G. The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Womens Health* 2019, 19(1): 148

Copeland A, Peltier M, Geiselman P. Severity of Menopausal Symptoms and Nicotine Dependence among postmenopausal women smokers. *Journal of Smoking Cessation* 2017, 12(3): 123-130

Dabrowska-Galas M, Dabrowska J, Michalski B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Sexual Medicine* 2019, 7: 472-479

Dabrowska-Galas M, Dabrowska J, Ptaszkowski K, Plinta R. High Physical Activity Level May Reduce Menopausal Symptoms. *Medicina* 2019, 55: 466

De Franciscis P, Colacurci N, Riemma G, Conte A, Pittana E, Guida M, Schiattarella A. A Nutraceutical Approach to Menopausal Complaints. *Medicina* 2019, 55: 544

de Kruif M, Spijker A, Molendijk M. Depression during the perimenopause: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016, 206: 174 -180

de Zambotti M, Colrain I, Javitz H, Baker F. Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women. *Fertility and Sterility* 2014, 102(6): 1708-1715

Delamater L & Santoro N. Management of the Perimenopause. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2018, 61(3): 419-432

Donati S, Satolli R, Colombo C, Senatore S, Cotichini R, Da Cas R, Spila Alegiani S, Mosconi P. Informing women on menopause and hormone therapy: Know the Menopause a multidisciplinary project involving local health care system. *Plos One* 2013, 8:12

Doncker W, Dantzer R, Ormstad H, Kuppuswamy A. Mechanisms of poststroke fatigue. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2017, 89(3): 287-293

Dotlic J, Marcovic N, Gazibara T. Patterns of smoking and menopause-specific quality of life: smoking duration matters more. *Behavioral Medicine* 2023, 49(1): 29-39

Edwards H, Duchesne A, Au A, Einstein G. The many menopause: searching the cognitive research literature for menopause types. *Menopause* 2019, 26(1): 45-65

Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah-Emami S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery* 2007, 12(4): 130-135

El Hajj A, Wardy N, Haidar S, Bourgi D, El Haddad M, El Chammas D, El Osta N, Rabbaa Khabbaz L, Papazian T. Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region. *Plos One* 2020, 15(3)

Freeman E & Sammel M. Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: Evidence from the Penn Ovarian Aging Cohort. *Menopause* 2016, 23(9): 942-949

Fu P, Matthews K, Thurston R. How well do different measurement modalities estimate the number of vasomotor symptoms? Findings from the Study of Women's Health Across the Nation FLASHES Study. *Menopause* 2014, 21(2): 124-130

Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, Mood and Sleep in Menopausal Transition: The Role of Menopause Hormone Therapy. *Medicina* 2019, 55: 668

Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, Khan S.A. Genitourinary syndrome of menopause: An overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016, 215: 704-711

Gibson C, Joffe H, Bromberger J, Thurston R, Lewis T, Khalil N, Matthews K. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstetrics and Gynecology* 2012, 119(5): 935-941

Golmakani A, Shariati Sarcheshmeh M, Marouzi P, Rezaie Sani T. Body Mass Index and it's relation to menopausal women's quality of life. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2016, 25(79): 48-55

Hickey M, Bryant C, Judd E. Evaluation and management of depressive and anxiety symptoms in midlife. *Climacteric* 2012, 15: 3-9

Joffe H, Crawford S, Freeman M, White D, Bianchi M, Kim S, Economou N, Camuso J, Hall J, Cohen L. Independent Contributions of Nocturnal Hot Flashes and Sleep Disturbance to Depression in Estrogen-Deprived Women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2016, 101(10): 3847-3855

Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *Journal of Evidence –Based Integrative Medicine* 2019, 24: 1-14

Kafaei Atrian M, Nasiri S, Izadi AvANJI FS, Abbaszadeh F. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2022, 32(2): 109-115

Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (Real Women’s Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey. *The Journal of Sexual Medicine* 2013, 10: 1790-9

Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The Women’s Empower Survey: Identifying women’s perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *The Journal of Sexual Medicine* 2017, 14: 413-424

Kravitz HM & Joffe H. Sleep During the Perimenopause: A SWAN Story. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2011, 38(3): 567-586

Kravitz HM, Schott L, Joffe H, Cyranowski J, Bromberger J. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychological Medicine* 2014, 44(12): 2593-2602

Kravitz HM, Janssen I, Bromberger JT, Matthews K, Hall M, Ruppert K, Joffe H. Sleep Trajectories Before and After the Final Menstrual Period in The Menstrual Period in The Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *Current Sleep Medicine Reports* 2017, 3(3): 235-250

Larkin D & Martin CR. The interface between chronic fatigue syndrome and depression: A psychobiological and neurophysiological conundrum. *Neurophysiologie Clinique* 2017, 47: 123-129

Lawless M, Harrison K, Grandits G, Eberly L, Allen S. Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive Behaviors* 2015, 51: 80-83

Lerner MA, Morra A, Moineddin R, Mnson J, Blake J, Tierney MC. Somatic and affective anxiety symptoms and menopausal hot flashes. *Menopause* 2011, 18: 129-132.

Li M, Hung A, Lenon B, Wei Hong Yang A. Chinese herbal formulae for the treatment of menopausal hot flashes; A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 2019

Li S, Yin P, Yin X, Bogachko A, Liang T, Lao L, Xu S. Effect of acupuncture on insomnia in menopausal women: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019, 20: 308

Lugo T & Tetrokalashvili M. Hot Flashes. NBCI Bookshelf. A service of National Library of Medicine, National Institutes of Health. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2020 Jan.

Mahdavian M, Najmabadi K, Hosseinzadeh H, Mirzaeian S, Aval S, Esmaeeli H. Effects of the Mixed Herbal Medicines Extract (Fennel, Chamomile, and Saffron) on Menopause Syndrome: Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences* 2019, 8 (3): 181-189

Meyer F, Freeman MP, Petrillo L, Barsky M, Galvan T, Kim S, Cohen L, Joffe H. for fatigue associated with menopause; An open-label trial. *Menopause* 2016, 23: 209-214

Mofid B, Rezaeizadeh H, Termos A, Rakhsha A, Mafi AR, Taheripanah T, Ardakani MM, Taghavi SME, Moravveji SA, Kashi ASY. Effect of Processed Honey and Royal Jelly on Cancer-Related Fatigue: A Double-Blind Randomized Clinical Trial. *Electronic Physician* 2016, 8: 2475-2482

Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillan C, Gonzalez PM, Suarez-Almarza J, Velasco-Ortega S, Nieto C. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric* 2018, 21: 167-173

Morowatisharifabad MA, Yoshani N, Bahri N, Sharma M, Jambarsang S, Karimiankakolaki Z. Effects of an educational intervention based on the multi-theory model on promoting the quality of life in postmenopausal women; a protocol. *Menopause Review* 2019, 18(3): 153-160

Namazi M, Sadeghi R, Moghadam Z. Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International Journal of Women's Health* 2019, 11: 637-647

Nappi RE, De Melo N, Martino M, Celis-Gonzalez C, Villaseca P, Rohrich S, Palacios S. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)-results from an international survey. *Climacteric* 2012, 15: 36-44

Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman M. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: Evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric* 2016, 19:188-197

Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, Brambilla E, Bosoni D, Cassani C, Gardella B. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front. Endocrinol.* 2019, 10: 561

Nappi RE, Seracchioli R, Salvatore S, Cagnacci A, Di Paolantonio T, Busecca M. Impact of vulvovaginal atrophy of menopause: Prevalence and symptoms in Italian women according to the EVES study. *Gynecol. Endocrinol.* 2019, 35: 453-459.

Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Factors associated with quality of life postmenopausal women living in Iran. *BMC Women's Health* 2020, 20:104

Nguyen T, Toan Do T, Tran T, Kim J. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, 17: 7049.

Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan, 2011. *Journal of Education and Health Promotion* 2013, 2:58

Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N. EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impacts of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric* 2018, 21: 286-91

Palma E, Volpe A, Villa P, Cagnacci A. Writing Group of AGATA Study. Vaginal Atrophy of Women in Postmenopause. Results from a multicentric observational study: the AGATA study. *Maturitas* 2016, 83: 40-4

Parish S, Nappi RE, Krychman M, Kellogg-Spadt S, Simon J, Goldstein J, Kingsberg S. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: A review of surveys on

symptoms on vulvovaginal atrophy. *International Journal of Women's Health* 2013, 5: 437-447

Papadima E-I, Boutsiadis A, Soldatou A, Ivanidou S, Vassilakou T, Michala L. Linguistic translation and validation of the Menopause-specific Quality of Life (MENQOL) questionnaire in Greek menopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2020, 27(7): 808-815

Portman D. & Gass M. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause. New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric* 2014, 17: 557-563

Reed S, Guthrie K, Newton K, Anderson G, Booth-Laforce C, Caan B, Carpenter J, Cohen L, Dunn A, Ensrud K, Freeman E, Hunt J, Joffe H, Larson J, Learman L, Rothenberg R, Seguin R, Sherman K, Sternfeld B, Lacroix A. Menopausal Quality of Life: A RCT of Yoga, Exercise and Omega-3 Supplements. *Am J Obstet Gynecol.* 2014, 210(3): 244.e1- 244.e11

Reed S, Lampe J, Qu C, Copeland W, Gundersen G, Fulle S, Newton K. Premenopausal vasomotor symptoms in an ethnically diverse population. *Menopause* 2014, 21(2): 158-158

Santoro N, Epperson C, Mathews S. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015, 44(3): 497-515

Santoro N. Perimenopause: From Research to Practice. *Journal of Women's Health* 2016, 25: 4

Shea A, Sohel N, Gilsing A, Mayhew AJ, Griffith L, Raina P. Depression, hormone therapy, and the menopausal transition among women aged 45 to 64 years using Canadian Longitudinal Study on aging baseline data. *Menopause* 2020, 27(7): 763-770

Shobeiri F, Jenabi E, Mahdi Hazavehei SM, Roshanaei G. Quality of Life in Postmenopausal Women in Iran: A Population-Base Study. *Journal of Menopausal Medicine* 2016, 22(1): 31-38

Simon J.A. Depression, anxiety, and "the incredible shrinking vagina". *Menopause* 2020, 27: 125-126

Simons JA, Nappi R, Kingsberg S, Maamari R, Brown V. Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: Emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. *Menopause* 2014, 21: 137-142

Sipila S, Tormakangas T, Sillanpaa E, Aukee P, Kujala U, Kovanen V, Laakkonen E. Muscle and bone mass in middle-aged women: role of menopausal status and physical activity. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 2020, 11: 698-709

Soares C.N. Taking a fresh look at mood, hormones, and menopause. *Menopause* 2020, 27:371-373

Steffen P. & Soto M. Spirituality and severity of menopausal symptoms in a sample of religious women: Erratum. *Journal of Religion and Health* 2011, 50(3):730

Sun D, Shao H, Li C, Tao M. Sleep disturbance and correlates in menopausal women in Shanghai. *J Psychosom Res.* 2014, 76(3):237-241

Szadowska- Szlachetka Z, Stasiak E, Leziak A, Irzmanska-Hudziak A, Luczyk M, Stanislawek A, Slusarska B, Domzal-Drzewicka. Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Menopause Rev* 2019, 18(4): 217-221

Taylor – Swanson L, Wong A, Pincus D, Butner J, Hahn-Holbrook, Koithan M, Wann K, Woods N. The dynamics of stress and fatigue across menopause: attractors, coupling, and resilience. *Menopause* 2018, 25(4): 380-390

Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, Matsushima E, Kubota T. Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri- and postmenopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2013, 39: 5

Terauchi M, Odai T, Hirose A, Kato K, Akiyoshi M, Masuda M, Tsunoda R, Fushiki H, Miyasaka N. Dizziness in peri- postmenopausal women is associated with anxiety: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine* 2018, 12:21

Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015, 44(3): 649-661

Thurston R, Chang Y, Buysse, Hall M, Matthews K. Hot Flashes and awakenings among midlife women. *SLEEPJ* 2019, 1-7

Xu Q. & Lang CP. Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: systematic review and meta-analysis. *Menopause* 2014, 21(12):1301-1318.

Yazdi Z, Sadeghiat-Haghighi K, Ziaee A, Elmizadeh K, Ziaeeha M. Influence of sleep disturbances on quality of life of Iranian menopausal women. *Psychiatry J.* 2013.

Yoeli H, Macnaughton J, McLusky S. Menopausal symptoms and work: a narrative review of women's experiences in casual, informal or precarious jobs. *Maturitas* 2021, 150: 14-21

Zheng Y., Zhou Y.,Hu J.,Zhu J.,Hua Q., Tao M. Prediction of risk of depressive symptoms in menopausal women based on hot flash and sweating symptoms: a multicentre study. *Clinical Interventions in Aging* 2017, 12: 1993-2001

Zouboulis CC, Blume-Peytavi U, Kosmadaki M, Roo E, Vexiau-Robert D, Kerob D, Goldstein SR. Skin, hair and beyond: the impact of menopause. *Climacteric* 2022, 25(5): 434-442

Καραμήτσος Δ. ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΑ Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. (2^η έκδοση) 2009 εκδόσεις ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Μώρος Μ. & Λυκερίδου Α. Εμμηνόπαυση. 2019 εκδόσεις ΒΗΤΑ

Παράρτημα

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Μαιευτικής

ΠΜΣ “Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα”

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Με το παρόν έγγραφο δηλώνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή μου στην ερευνητική μελέτη με τίτλο «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών» με επιστημονικό υπεύθυνο την Επίκουρη Καθηγήτρια Γιαννούλα Κύρκου, σε συνεργασία με τα μέλη ΔΕΠ του τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. Ελένη Καρόζη, κατανοώ ότι πριν αρχίσει η συμμετοχή μου θα ενημερωθώ επαρκώς για τη φύση και το σκοπό της μελέτης.

Αντιλαμβάνομαι ότι δεν υπάρχει κανένας απολύτως κίνδυνος από τη συμμετοχή μου στη μελέτη.

Κατανοώ ότι:

Η μελέτη περιλαμβάνει την συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου η οποία αποσκοπεί στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Η συμμετοχή μου στη συγκεκριμένη μελέτη θα έχει ως δυνητικό όφελος στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Οποιαδήποτε ερωτήματά μου σχετικά με οποιαδήποτε διαδικασία της μελέτης θα απαντηθούν πλήρως από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. Ελένη Καρόζη και τους υπόλοιπους επιστημονικούς συνεργάτες.

Αν επιθυμώ, μπορώ να λάβω αναλυτικότερη περιγραφή των παραμέτρων που θα χρησιμοποιηθούν.

Διατηρώ το δικαίωμα να διακόψω ανά πάσα στιγμή της συμμετοχή μου στη μελέτη.

Έχω ενημερωθεί ότι οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά εμένα σε αποτελέσματα των μετρήσεων, τα οποία θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της μελέτης, θα παραμείνουν απόρρητα.

Επίσης, κατανοώ τη σημαντικότητα της δημοσίευσης των ανώνυμων συγκεντρωτικών και όχι μεμονωμένων στατιστικών δεδομένων της παρούσας μελέτης και τη συμβολή αυτών στην εθνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Εγώ, η/ο υπογεγραμμένη/ος..... κατανοώ τις παραπάνω εξηγήσεις και δέχομαι να συμμετέχω στην εν λόγω μελέτη.

Δηλώνω ότι υπογράφω αυτό το έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης με ελεύθερη βούληση.

Στοιχεία επικοινωνίας με τη ερευνητική ομάδα:

Γιαννούλα Κύρκου, Επίκουρη Καθηγήτρια, ikirkou@uniwa.gr

Ελένη Καρόζη, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, elenikarozzi97052@gmail.com

Η/Ο υπογράφουσα/ων

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΟΖΗ

Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις.

Δημογραφικά στοιχεία

1. Ποιο έτος γεννηθήκατε;

2. Εθνικότητα Ελληνική Άλλη (προσδιορίστε).....

3. Επάγγελμα

4. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμη Άγαμη Διαζευγμένη Σε συμβίωση Χήρα

5. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΙΕΚ/ΟΑΕΔ ΤΕ ΠΕ

6. Έχετε περίοδο; Ναι Όχι

7. Εάν όχι, τότε είχατε την τελευταία σας περίοδο;

8. Σημειώστε τα προβλήματα υγείας που έχετε.

.....
.....
.....

9. Ποια φάρμακα παίρνετε;

.....
.....
.....

10. Γυμνάζεστε;

Ναι Όχι

11. Σημειώστε το είδος άσκησης που κάνετε.

.....
.....
.....

12. Καπνίζετε;

Ναι Όχι

Για καθένα απ' τα ακόλουθα στοιχεία, σημειώνετε εάν έχετε εμπειρία απ' το πρόβλημα τον προηγούμενο μήνα. Εάν έχετε, να εκτιμήσετε πόσο πολύ έχετε ενοχληθεί από το πρόβλημα.

Καθόλου ενοχλημένη 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, Εξαιρετικά ενοχλημένη

1	ΕΞΑΨΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
2	ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΕΦΙΔΡΩΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
3	ΕΦΙΔΡΩΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
4	ΕΙΜΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΖΩΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
5	ΑΙΣΘΗΣΗ ΑΓΧΟΥΣ Ή ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
6	ΦΤΩΧΗ / ΑΔΥΝΑΜΗ ΜΝΗΜΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
7	ΠΕΤΥΧΑΙΝΩ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠ' ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΙΖΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
8	ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ Ή ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
9	ΕΙΜΑΙ ΑΝΥΠΟΜΟΝΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
10	ΑΙΣΘΗΣΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ / ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΜΟΝΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
11	ΑΕΡΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ Ή ΠΟΝΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΛΟΓΩ ΑΕΡΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
12	ΠΟΝΟΙ ΣΕ ΜΥΕΣ ΚΑΙ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6	
13	ΑΙΣΘΗΣΗ ΚΟΠΩΣΗΣ Ή ΕΞΑΝΛΗΣΗΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
14	ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
15	ΠΟΝΟΙ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ Ή ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
16	ΜΕΙΩΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
17	ΜΕΙΩΣΗ ΑΝΤΟΧΗΣ / ΨΥΧ.ΣΘΕΝΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
18	ΑΙΣΘΗΣΗ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
19	ΞΗΡΟΔΕΡΜΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
20	ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
21	ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΡΙΧΟΦΥΙΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
22	ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ, ΣΥΣΤΑΣΗ Ή ΤΟΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΑΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
23	ΝΟΙΩΘΩ ΠΡΗΙΜΟ / ΦΟΥΣΚΩΜΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
24	ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
25	ΣΥΧΝΟΟΥΡΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
26	ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΝΟΥΡΗΣΗ ΟΤΑΝ ΓΕΛΑΤΕ Ή ΒΗΧΕΤΕ (ΑΚΡΑΤΕΙΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
27	ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6
28	ΚΟΛΠΙΚΗ ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5	6

29	ΑΠΟΦΥΓΗ ΟΙΚΕΙΟΤΗΤΑΣ/ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ναι	Όχι	0	1	2	3	4	5 6

Σας ευχαριστώ Πολύ για τη συμμετοχή σας !!!

The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

For each of the following items, indicate whether you have experienced the problem in the **PAST MONTH**. If you have, rate how much you have been **bothered** by the problem.

				Not at all bothered	0 1 2 3 4 5 6						Extremely bothered	
1.	HOT FLUSHES OR FLASHES	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
2.	NIGHT SWEATS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
3.	SWEATING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
4.	BEING DISSATISFIED WITH MY PERSONAL LIFE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
5.	FEELING ANXIOUS OR NERVOUS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
6.	EXPERIENCING POOR MEMORY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
7.	ACCOMPLISHING LESS THAN I USED TO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
8.	FEELING DEPRESSED, DOWN OR BLUE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
9.	BEING IMPATIENT WITH OTHER PEOPLE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
10.	FEELINGS OF WANTING TO BE ALONE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
11.	FLATULENCE (WIND) OR GAS PAINS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
12.	ACHING IN MUSCLES AND JOINTS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
13.	FEELING TIRED OR WORN OUT	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
14.	DIFFICULTY SLEEPING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
15.	ACHES IN BACK OF NECK OR HEAD	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
16.	DECREASE IN PHYSICAL STRENGTH	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
17.	DECREASE IN STAMINA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
18.	FEELING A LACK OF ENERGY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
19.	DRYING SKIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
20.	WEIGHT GAIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
21.	INCREASED FACIAL HAIR	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
22.	CHANGES IN APPEARANCE, TEXTURE, OR TONE OF YOUR SKIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
23.	FEELING BLOATED	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
24.	LOW BACKACHE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
25.	FREQUENT URINATION	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
26.	INVOLUNTARY URINATION WHEN LAUGHING OR COUGHING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
27.	CHANGE IN YOUR SEXUAL DESIRE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
28.	VAGINAL DRYNESS DURING INTERCOURSE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
29.	AVOIDING INTIMACY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	

Θέμα 6° Εκτός Ημερήσιας Διάταξης :«Αίτηση της κ. Καρόζη Ελένη , ΤΕ Μαιών, Κ.Υ. Αλιβερίου για διανομή ερωτηματολογίων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για το αίτημα της κ. Καρόζη Ελένη, ΤΕ Μαιών του Κ.Υ Αλιβερίου, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής έγκρισης για διανομή ερωτηματολογίων στο γυναικείο πληθυσμό που επισκέπτεται το ΚΥ Αλιβερίου. Ο τίτλος της μελέτης είναι: «Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών» και πραγματοποιείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,

2. Την από 12-05-2020 αίτηση της κ. Καρόζη Ελένη,
3. Το με αριθμ. πρωτ. 42819/18-05-2020 εισερχόμενο έγγραφο στην υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ.

Ομόφωνα εισηγείται

Εγκρίνει το αίτημα της κ. Καρόζη Ελένη, ΤΕ Μαιών του Κ.Υ Αλιβερίου, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, που αφορά διανομή ερωτηματολογίων στο γυναικείο πληθυσμό που επισκέπτεται το ΚΥ Αλιβερίου για την διεξαγωγή διπλωματικής ερευνητικής εργασίας. Ο τίτλος της μελέτης είναι: «Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών» και πραγματοποιείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τον Συντονιστή του Κέντρου Υγείας Αλιβερίου, αλλά και υπό τη διαρκή εποπτεία αυτού έως ότου ολοκληρωθεί η συλλογή των σχετικών με την έρευνα στοιχεία.

Ο Πρόεδρος

Ηλίας Τσιαούσης

Ακριβές απόσπασμα

Η Γραμματέας

Στυλιανή Χατζηνίκου

Τα Μέλη

Θεοχάρης Λεπενός

Μαρία Γεωργοπούλου

Ευάγγελος Γραντζής

Παναγιώτα Λιάκου