

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΩΝ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ»

Φοιτητές Νοσηλευτικής:

Κατσαρού Αικατερίνη

Λουκαδάκης Ιωάννης

Επιβλέπων καθηγήτρια:

Τσουμάνη Ναταλία

Ηράκλειο, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	9
1.1 Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	9
1.2 Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	13
ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	13
2.1 Τι είναι η εμμηνόπαυση.....	13
2.2 Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης.....	14
2.3 Αίτια εμμηνόπαυσης	15
2.4 Επίδραση.....	15
2.5 Κλιμακτήριος-Εμμηνόπαυση	19
2.6 Άμεσες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης - Κλιμακτηριακό σύνδρομο.....	21
2.7 Απώτερες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στον οργανισμό	22
2.7.1 Αγγειοκινητικές διαταραχές	22
2.7.2 Ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές.....	23
2.7.3 Διαταραχές του ουροποιογεννητικού συστήματος.....	23
2.7.4 Καρδιαγγειακή νόσος	23
2.7.5 Οστεοπόρωση.....	23
2.7.6 Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στον μαστό.....	24
2.7.7 Επιπτώσεις της γήρανσης στο δέρμα.....	24
2.7.8 Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στον μεταβολισμό	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	27
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	27
3.1 Ορμονική θεραπεία	27
3.2 Εναλλακτικές θεραπείες.....	28
3.3 Θεραπεία.....	33
3.4 Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση	34
3.5 Εναλλακτικά φάρμακα.....	35
3.6 Αποφυγή οστεοπόρωσης.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	36
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	36
4.1 Τι είναι η ποιότητα ζωής.....	36
4.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις - Ιστορική αναδρομή.....	37
4.3 Πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	46
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	46
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας στην εμμηνόπαυση	46
5.1.1 Οι δραστηριότητες που συστήνονται για την προαγωγή της υγείας	47

5.2 Εξετάσεις υγείας.....	47
5.2.1 Προληπτικός έλεγχος μετά την εμμηνόπαυση κάθε χρόνο	48
5.3 Μαστογράφημα.....	49
5.4 Έλεγχος κολπικού επιχρίσματος.....	49
5.6 Κολποσκόπηση	51
5.7 Καρδιαγγειακοί έλεγχοι.....	51
5.8 Συμβουλές για καλύτερη ποιότητας ζωής.....	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	53
ΣΚΟΠΟΣ	53
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	53
ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	53
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ	54
ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	54
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	55
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με σκοπό την παρούσα πτυχιακή εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την στήριξη τους στις σπουδές μας όλα αυτά τα χρόνια και ιδιαίτερα την αδερφή μου. Επίσης την Κυρία Τσουμάνη Ναταλία επιβλέπων, για την υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εμμηνόπαυση, μια σημαντική και αναπόφευκτη μεταβολή της φυσιολογικής γυναικείας βιολογικής πορείας, απασχόλησε και απασχολεί την επιστήμη από αρχαιότατων χρόνων. Ουσιαστικά, σηματοδοτεί την απαρχή μιας νέας περιόδου στη γυναικεία ζωή, της «εμμηνοπαυσιακής», το οριστικό τέλος των αναπαραγωγικών χρόνων και την αρχή της «φάσεως της υποστροφής»(Stewart DE., 2003).

Η γενική κρατούσα αντίληψη από παλαιότερα ήταν ότι η γυναικεία συμπεριφορά και οι διαταραχές της συνδέονται με τις μεταβολές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Η εμμηνόπαυση, μια σημαντική συνισταμένη της γυναικείας βιολογικής πορείας, έχει συνδεθεί με συναισθηματικές μεταβολές, ακόμη και διαταραχές. Σε κάποιες κουλτούρες, οι γυναίκες δε δίνουν καμία ειδική σημασία στην εμμηνόπαυση ή τη βιώνουν ως μια ευκαιρία για μεγαλύτερη ελευθερία(Stewart DE., 2003).Αντιθέτως στον δυτικό κόσμο η εμμηνόπαυση απασχολεί έντονα τις γυναίκες(Webster RW., 2002).Ο τρόπος που βιώνουν οι γυναίκες την εμμηνόπαυση, διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από το ψυχολογικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν, από τα όσα παρατηρούν και προσδοκούν, αλλά και από τις απόψεις και αντιδράσεις των σημαντικών ανθρώπων της ζωής τους(Freeman EW.,2007).

Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον ερευνητών στο χώρο της υγείας, θεωρώντας ως επίκεντρο παραμέτρους όπως η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή. Πολλές έρευνες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τη σχέση εμμηνόπαυσης και ποιότητας ζωής, καθώς η τελευταία αντικατοπτρίζει την υποκειμενική αντίληψη της γυναίκας για την λειτουργικότητα και τις επιτεύξεις της, σε μία από τις πλέον παραγωγικές περιόδους της ζωής της. Τα αποτελέσματα ποικίλλουν και οι απόψεις δίστανται. Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η εμμηνόπαυση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών. Άλλοι αδυνατούν να επιδείξουν κάποια αλλαγή στην ποιότητα ζωής εξαιτίας της μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στη διερεύνηση των παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής κατά την περίοδο αυτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το βασικό πλαίσιο της μελέτης μας είναι το πόσο η εμμηνόπαυση περιορίζει την ποιότητα ζωής των γυναικών στην καθημερινότητα τους, πως επηρεάζει την σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα στις κοινωνικές δραστηριότητες. Επίσης, πως η εμμηνόπαυση επιδρά στην ψυχική υγεία των γυναικών και πως επηρεάζει τις υποχρεώσεις τους σε όλα τα επίπεδα.

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι παθογένειες των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, να μελετηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών και η βελτίωση του τρόπου ζωής και της καθημερινότητας τους.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 το οποίο είναι μεταφρασμένο στα Ελληνικά. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι εμπλουτισμένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Έγιναν ερωτήσεις σχετικά με την μέτρηση δραστηριοτήτων, ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική υγεία και μέτρηση πόνου. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθυνόταν στις γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση και που επισκέπτονται το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΑΓΝΗ και το ΠΕΔΥ Ηρακλείου έως 65 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό, απαντήθηκε από 200 γυναίκες μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των απαντήσεων που συλλέξαμε πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. (Statistical package for the social sciences).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών τόσο μειώνεται και η ποιότητα ζωής τους. Επίσης σε σχέση με τα ερωτηματολόγια οι ελαφριές δραστηριότητες επηρεάζονται λίγο έως καθόλου, αντίθετα με τις έντονες δραστηριότητες που επηρεάζονται πολύ και δεν μπορούν να τις διεκπεραιώσουν εύκολα.

Λέξεις-κλειδιά: Εμμηνόπαυση, εμμηνόπαυση και ποιότητα ζωής, κλιμακτήριος, οστεοπόρωση.

ABSTRACT

The basic framework of our study is how menopause limits the quality of life of women in their daily lives, how it affects physical health and emotional problems in social activities. Also, menopause affects the mental health of women and how it affects their responsibilities at all levels.

The purpose of this dissertation was to investigate the pathogens of menopausal women, to study the health-related quality of life of women and to improve their lifestyle and daily routine.

The SF-36 questionnaire was used in the framework of this survey, which is translated into Greek. This questionnaire is enriched with closed-ended questions. Questions were raised about measuring activities, quality of life, physical and mental health and pain measurement. This questionnaire was addressed to women in menopause who visit the University Hospital Heraklion PAGNI and PEDY Heraklion up to 65 years of age. This questionnaire was answered by 200 women through personal interviews.

The statistical analysis and processing of the responses we collected was carried out with the SPSS 22.0 statistical package. (Statistical package for the social sciences).

The results showed that as the age of menopausal women grows, their quality of life is diminishing as well. Also, in relation to the questionnaires, light activities are little or no, unlike the intense activities that are greatly affected and can not be easily dealt with.

Key words: Menopause, menopause and quality of life, climacteric, osteoporosis.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έξω και τα έσω γεννητικά όργανα .

1.1 Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Τα έξω γεννητικά όργανα χαρακτηρίζονται, συνολικά, σαν αιδοίο. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τον παρθενικό υμένα, τους Bartholinείους αδένες, τους παραουρηθραίους αδένες ή αδένες του Skene και τους βολβούς του προδόμου κόλπου.

- **Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης.** Πρόκειται για ένα τριγωνικό έπαρμα του δέρματος, η κορυφή του οποίου στρέφεται προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Στην ενήλικη γυναίκα καλύπτεται από τρίχωμα.
- **Μεγάλα χείλη του αιδοίου.** Είναι δυο επιμήκεις πτυχές του δέρματος. Εκφύονται από το εφηβαίο και εκτείνονται προς τα κάτω και πίσω και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Η έξω επιφάνεια τους φέρει τρίχωμα και χωρίζεται από τον σύστοιχο μηρό με την μεσοχείλια αύλακα. Καλύπτουν το σκέλος της κλειτορίδας και αντιστοιχούν στο αντρικό όσχεο.
- **Μικρά χείλη του αιδοίου.** Ευρίσκονται εσωτερικά των μεγάλων χειλέων, είναι άτριχα, έχουν όψη βλεννογόνου και σχήμα ανεστραμμένου V. Η εσωτερική τους επιφάνεια σχηματίζει από

τα πλάγια, τον πρόδομο του κόλπου. Το πρόσθιο άκρο σχηματίζει την πόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας, ενώ το οπίσθιο άκρο τους σχηματίζει το χαλινό τους.

- **Κλειτορίδα.** Αντιστοιχεί στο αντρικό πέος. Αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας και έχει μήκος 6 εκατοστά.
- **Πρόδομος του κόλπου.** Ευρίσκεται μεταξύ των δύο μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα πίσω μέχρι το σκαφοειδή βόθρο. Εμφανίζει το έξω στόμιο της ουρήθρας, το στόμιο του κόλπου με τον παρθενικό υμένα, στον οποίο, δεξιά και αριστερά, εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των αδένων του Bartholini.
- **Βολβοί του προδόμου.** Είναι δυο επιμήκη αμυγδαλοειδή σώματα, αποτελούμενα από στυτικό ιστό και βρίσκονται στη βάση των μεγάλων χειλέων του αιδοίου.
- **Μείζονες αδένες του προδόμου.** Πρόκειται για τους βαρθολίνειους αδένες στη βάση των μεγάλων χειλέων.
- **Παρθενικός υμένας.** Είναι ένα ινώδες πέταλο, δακτυλιοειδούς σχήματος. Μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή, διαχωρίζεται στους υμενικούς λοβούς. Μετά τον τοκετό παραμένουν τα υπολείμματά του, τα μύρτα.

1.2 Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Στα έσω γεννητικά όργανα ανήκουν ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες.

- **Κόλπος ή κολεός.** Ο κόλπος ή κολεός είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 8-10εκ. ανάμεσα στον τράχηλο της μήτρας και στον πρόδομο του κόλπου. Αποτελεί το όργανο της συνουσίας και μέσα από αυτόν περνά το έμβρυο κατά τον τοκετό. Ο κόλπος αποτελείται από το άνω άκρο, το σώμα και το κάτω άκρο ή στόμιο. Το τοίχωμα του κόλπου συνιστάται από έξω προς τα μέσα από τρεις χιτώνες, τον ινώδη, τον μυϊκό που περιλαμβάνει δυο στιβάδες λείων μυϊκών ινών αλλά υπάρχουν και γραμμωτές μυϊκές ίνες γύρω από το στόμιο του κόλπου και τον βλεννογόνο. Τη στήριξη του κόλπου αναλαμβάνουν όλα τα παρακείμενα όργανα κυρίως όμως το περίνεο.
- **Μήτρα.** Η μήτρα είναι μυώδες όργανο σε σχήμα ανεστραμμένου αψιδιού και είναι τοποθετημένη μέσα στην πύελο μεταξύ ουροδόχου κύστης και του ορθού. Στην άτοκο γυναίκα έχει μήκος περίπου 7-8εκ. και εγκάρσια διάμετρο περίπου 4 εκ. ενώ κατά την εγκυμοσύνη διευρύνεται ενεργητικά με την επίδραση των οιστρογόνων και το βάρος της αυξάνει από 30-40γρ. σε ένα κιλό περίπου.

Το όργανο αυτό χρησιμεύει για την ανάπτυξη του μονιμοποιηθέντος ωαρίου σε έμβρυο, για τον τοκετό του ωαρίου και για την έμμηνο ρύση, ενώ αποτελείται από τα εξής τρία μέρη:

- ⇒ τον πυθμένα
- ⇒ το σώμα
- ⇒ τον τράχηλο.

Ο πυθμένας είναι το πιο φαρδύ πάνω μέρος της μήτρας και χωρίζεται από το σώμα με τη μεσοσαλπγγική γραμμή, μια φανταστική γραμμή που ενώνει τα στόμια των δυο σαλπγγων. Το σώμα της μήτρας

χωρίζεται από τον τράχηλο με τον ισθμό που είναι το πιο στενό μέρος της μήτρας. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας που επικοινωνεί προς τα κάτω με τον κόλπο μέσω του έξω στομίου της μήτρας. Χαρακτηριστικό είναι ότι η μήτρα δεν ακουμπάει σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού αλλά «κρέμεται» στο μέσο της μικρής πυέλου με τους στρογγύλους, τους ιερομητρικούς και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους και προς τα κάτω με τους ανελκτήρες του πρωκτού.

- **Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί.** Οι σάλπιγγες είναι δύο λεπτοί αγωγοί μήκους 10-12 εκ. που εκτείνονται ανάμεσα στην πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας και τον κάτω πόλο της σύστοιχης ωοθήκης. Το τοίχωμα των σαλπιγγών από έξω προς τα μέσα αποτελείται από τον ορογόνο χιτώνα, τον μυϊκό χιτώνα και τον βλεννογόνο. Ο ορογόνος χιτώνας περιβάλλει την σάλπιγγα. Ο μυϊκός χιτώνας σε όλη τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου παρουσιάζει περισταλτικές κινήσεις, οι οποίες σε συνδυασμό με τις αντιπερισταλτικές κινήσεις άλλων τμημάτων της σάλπιγγας υποβοηθούν την συνάντηση ωαρίου με το σπερματοζώαριο.
- **Οι ωοθήκες.** Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δυο, αριστερά και δεξιά ωοθήκη. Έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και, ανατομικά, ευρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, μέσα στον ωοθηκικό βόθρο. Αποτελούνται από τη μυελώδη και τη φλοιώδη ουσία. Η φλοιώδης ουσία είναι το σημαντικότερο τμήμα της ωοθήκης, γιατί στο τμήμα αυτό ευρίσκονται τα ωοθηλάκια και τα ωχρά σωματίδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

2.1 Τι είναι η εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση είναι μια φυσιολογική περίοδος της ζωής της γυναίκας που οριοθετεί το τέλος της αναπαραγωγικής περιόδου και τη μετάβαση από τη γόνιμη στη μη γόνιμη περίοδο της ζωής της. Η διαδικασία αυτή έχει συσχετισθεί με συναισθηματικές και σωματικές διαταραχές που η κάθε γυναίκα τις βιώνει με διαφορετικό τρόπο. (Βλάχου Ε., 2002).

Η εμμηνόπαυση είναι μια εξελισσόμενη διεργασία που οφείλεται στη σταδιακή έκπτωση της λειτουργίας των ωοθηκών και έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων των γυναικείων ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης (Βλάχου Ε., 2002).

Η εμμηνόπαυση μπορεί να οριστεί με βεβαιότητα μόνο ένα έτος μετά την τελευταία έμμηνη ρύση. Ο μέσος όρος της ηλικίας για τη φυσιολογική εμμηνόπαυση είναι το 51^ο έτος, με διακύμανση από το 35^ο έως το 60^ο έτος. Της εμμηνόπαυσης προηγείται μια περίοδος γνωστή ως περιεμμηνόπαυση, κατά τη διάρκεια της οποίας παρατηρείται μείωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Τα ωάρια ελαττώνονται σταδιακά και οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι είναι ανωθυλακιορρηκτικοί, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αιμορραγίες με διαταραχές στη φυσιολογική τους ρυθμικότητα. Η ωοθήκη παύει να παράγει οιστρογόνα με αποτέλεσμα να μην υφίσταται έμμηνη ρύση. Η περίοδος της περιεμμηνόπαυσης διαρκεί περίπου τα 5 έτη (από 2 έως 8 έτη) (Speroff et al., 2005).

Μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν ορισμένα συμπτώματα που μπορεί να είναι αρκετά σοβαρά και να επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους (Wesstrom et al., 2008).

2.2 Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης

Οι γυναίκες περνούν περίπου το 1/3 της ζωής τους σε κατάσταση εμμηνόπαυσης (Lahdenpera et al., 2004). Στις ΗΠΑ το 2002 ο συνολικός αριθμός των εμμηνοπαυσιακών γυναικών έφθανε στα 40 εκατομμύρια. Η μέση ηλικία εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης για τη Δυτική Ευρώπη και τις ΗΠΑ είναι τα 51,4 χρόνια με μια απόκλιση 3,8 ετών. Μάλιστα, η ηλικία εγκατάστασης φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από τη φυλή, το κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας, τα φυσικά χαρακτηριστικά της και τη χρήση ή μη οιοπνεύματος. Όσον αφορά την περιεμμηνόπαυση, αυτή φαίνεται να ξεκινά στις ΗΠΑ στα 45.5-47.5 χρόνια (Treolar., 1981). Παράγοντες που επηρεάζουν, με μικρή όμως στατιστική σημασία, την ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης, είναι ο αριθμός των τέκνων που έχει γεννήσει η γυναίκα, η διάρκεια του κύκλου της και το κάπνισμα. Έχει φανεί ότι στις πολύτοκες γυναίκες η εμμηνόπαυση καθυστερεί κατά ένα περίπου χρόνο, σε σύγκριση με τις άτοκες. Γυναίκες με μικρό κύκλο <26 ημερών εμφανίζουν την εμμηνόπαυση στα 49,2 χρόνια ενώ γυναίκες με κύκλο >33 ημερών στα 51,4. Τέλος στις γυναίκες που καπνίζουν ή πάσχουν από χρόνια νόσο, η εμμηνόπαυση εμφανίζεται ένα έως δύο χρόνια ενωρίτερα. Επίσης γυναίκες με κατάθλιψη φαίνεται να μπαίνουν νωρίτερα στην περίοδο της εμμηνόπαυσης (Harlow et al., 1999). Για τη χώρα μας υπάρχουν μόνο δύο επιδημιολογικές μελέτες από τους Μπατρίνο τη δεκαετία του 70 (Batrinos et al., 1979) και τον Αδαμόπουλο το 2002 (Adamopoulos et al., 2002).

Και στις δύο αυτές μελέτες φαίνεται ότι η μέση ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης δεν διαφέρει για τις Ελληνίδες από αυτή των

ΗΠΑ. Στη μελέτη του Αδαμόπουλου ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της εμμηνόπαυσης βρέθηκε να είναι 48 έτη και 7 μήνες. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τα Ελληνικά δεδομένα προκύπτει αυξημένο ποσοστό χειρουργικής εμμηνόπαυσης στις Ελληνίδες, γεγονός που αντανακλά τις αυξημένες περιπτώσεις ολικών υστερεκτομών στη χώρα μας.

2.3 Αίτια εμμηνόπαυσης

Η παύση της εμμηνορρυσίας οφείλεται στην προοδευτική έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Ο μηχανισμός της εμμηνόπαυσης αρχίζει από τότε, που οι γοναδοτρόπες ορμόνες δεν επιδρούν στα ωοθυλάκια και επέρχεται προοδευτική αδυναμία ωρίμασής τους. Έτσι, ελαττώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών. Την ελάττωση αυτή ο υποθάλαμος προσπαθεί να την αντισταθμίσει με την αύξηση της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης GnRH. Η αύξηση της GnRH προκαλεί αύξηση της FSH και LH σε επίπεδα 5-10 φορές ψηλότερα από τα φυσιολογικά. Παρ' όλη την αύξηση των γοναδοτρόπων ορμονών, οι ωοθήκες αδρανούν για λόγους, που δεν διευκρινίστηκαν ακόμη. Ίσως, γιατί ελαττώνονται οι ορμονικοί υποδοχείς των ωοθηκών και η σύνθεση του DNA.

Τα μικρά ποσά οιστρογόνων ορμονών, που βρίσκουμε στην εμμηνόπαυση, προέρχονται από το στρώμα των ωοθηκών και από τα επινεφρίδια. Από το στρώμα παράγεται και τεστοστερόνη, από διέγερσή του ύστερα από επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών.

2.4 Επίδραση

Η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας έχει άμεση επίδραση στη λειτουργία συστημάτων ή οργάνων, που εξαρτώνται από αυτή. Έτσι διαπιστώνουμε κατά την εμμηνόπαυση τις παρακάτω επιδράσεις:

Υποθάλαμος. Αυτός παθαίνει υπερτροφία του παρακοιλιακού πυρήνα.

Υπόφυση. Αυτή αρχίζει να μικραίνει προοδευτικά. Βασεόφιλα κύτταρά της μαζεύονται σε σωρούς με τη μορφή μικρών αδενωμάτων (κύτταρα της εμμηνόπαυσης). Παρά την υποστρόφη της η υπόφυση παράγει αυξημένα ποσά γοναδοτρόπων ορμονών.

Ωοθήκες. Αυτές υποστρέφονται ελαττώνοντας τον αριθμό των ωοθυλακίων τους. Έτσι, η ελαττωμένη δράση των οιστρογόνων έχει επίδραση στην εμμηνορρυσία, που αρχίζει να χάνει το ρυθμό της λίγο πριν την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Τα αγγεία των ωοθηκών στην εμμηνόπαυση παθαίνουν αρτηριοσκλήρυνση και μικροεμφράξεις και μέσα σε δύο χρόνια περίπου οι ωοθήκες εκφυλίζονται και δεν παράγουν ορμόνες. Η έκπτωση αυτή της ωοθηκικής λειτουργίας, όπως παραπάνω αναφέραμε στο μηχανισμό της εμμηνόπαυσης, δικαιολογεί την αυξημένη έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης, στην οποία δεν απαντάνε πλέον οι ορμόνες.

Αυτή η δυσαρμονία ανάμεσα στην λειτουργία της υπόφυσης και των ωοθηκών έχει τον αντίκτυπό της, όχι μόνο στους άλλους ενδοκρινείς αδένες, αλλά και σε πολλά όργανα της γυναίκας.

Αν μάλιστα, πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, υπήρχε κάποια μικρή διαταραχή στη λειτουργία των οργάνων αυτών, αυτή τώρα επιτείνεται.

Η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας και η ατροφία τους, που ακολουθεί, κάνουν αυτές μικρότερες και σχεδόν αψηλάφητες στην αμφίχειρη εξέταση. Αν στην εμμηνόπαυση οι ωοθήκες είναι φυσιολογικές σε μέγεθος ή λίγο μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές, τότε πρέπει να γίνει υπερηχογράφημα ή λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία, για τον έλεγχο ύπαρξης νεοπλασίας.

Μήτρα. Αυτή μικραίνει από ατροφία του μυομητρίου και ανάπτυξη περισσότερου συνδετικού ιστού. Αν υπάρχουν ινομύωματα, αυτά μικραίνουν και αν αδενομύωση, αυτή υποχωρεί. Ο τράχηλος δεν

παράγει βλέννα, μικραίνει, ατροφεί και αποκτάει την ίδια σχέση, που είχε με το σώμα της μήτρας στην παιδική ηλικία. Το ενδομήτριο ατροφεί ή, αντίθετα, κάποτε, υπερπλάσσεται.

Σάλπιγγες. Αυτές στενεύουν, χάνουν την ελαστικότητα τους και την κινητικότητα τους και το επιθήλιο των ενδοσαλπιγγίων τους ατροφεί. Στην κλινική εξέταση είναι σχεδόν αφηλάφητες.

Κόλπος. Αυτός ελαττώνει προοδευτικά την έκκριση του, ατροφεί και ξηραίνεται. Η ελαττωμένη παραγωγή του γλυκογόνου του διαφοροποιεί τη μικροβιακή του χλωρίδα και εύκολα παθαίνει φλεγμονές.

Αιδοίο. Αυτό εμφανίζεται με ελαττωμένο το λίπος των μεγάλων χειλέων, αραίωση των τριχών του εφηβαίου, με μικρότερη κλειτορίδα και με στένωση της εισόδου του κόλπου. Κάποτε, εμφανίζεται κνησμός σ' αυτό από σκληροδερμία, κραύρωση ή λευκοπλακία.

Μαστοί. Αυτοί μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί από ατροφία των αδενικών τους στοιχείων. Αν υπήρχε κυστική μαστοπάθεια, αυτή υποχωρεί.

Σεξουαλική ζωή. Αυτή, παρά την έκπτωση της ωθητικής λειτουργίας και την ατροφία του γεννητικού συστήματος, υπάρχει και μάλιστα, κάποτε, είναι περισσότερο αυξημένη, είτε γιατί λείπουν οι φροντίδες υγιεινής κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, είτε γιατί δεν υπάρχει φόβος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ερειστικό σύστημα. Από το σύστημα αυτό δυνατό να εμφανισθούν μυϊκοί σπασμοί, αρθραλγίες και οστεοπόρωση.

Κυκλοφοριακό σύστημα. Από το σύστημα αυτό δυνατό να εμφανισθούν αρτηριοσκλήρυνση, ταχυκαρδία, αγγειοκινητικές διαταραχές με τη μορφή των εξάψεων και των εφιδρώσεων, αυξημένη

η συχνότητα εμφάνισης παθήσεων των στεφανιαίων αγγείων και αυξημένα τα επίπεδα της χοληστερόλης, των λιπιδίων, των φωσφορολιπιδίων και των τριγλυκεριδίων του αίματος.

Τις εξάψεις, που κάποτε γίνονται πολύ ενοχλητικές, τις αποδίδουμε σε πιθανή επίδραση της αυξημένης έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης του υποθάλαμου GnRH και της ωχρινοτρόπου ορμόνης.

Νευρικό σύστημα. Από το σύστημα αυτό δυνατό να εμφανισθούν πονοκέφαλοι, αϋπνίες, ίλιγγοι, δύσπνοια, βόμβοι των αφτιών, παραισθήσεις των άκρων, νευρώσεις, κόπωση, αδυναμία, μετεωρισμός της κοιλιάς κλπ.. Επίσης, δυνατό να εμφανισθούν συναισθηματικές αστάθειες, ψυχώσεις και μελαγχολία.

Τα παραπάνω συμπτώματα είναι συχνότερα στις γυναίκες, που πιστεύουν, πως με την εμμηνόπαυση κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή έχει εκλείψει.

Ουροποιητικό σύστημα. Από το σύστημα αυτό είναι δυνατό να εμφανισθούν διαταραχές της ούρησης, χωρίς παθολογικά ευρήματα στα ούρα, που οφείλονται σε ατροφία της ουροδόχου κύστης.

Δέρμα. Το δέρμα λεπταίνει προοδευτικά γι' αυτό αποκτάει ρυτίδες, ιδιαίτερα γύρω από τα μάτια και το στόμα. Επίσης, εκτός από την αραίωση της τρίχωσης του εφηβαίου, που αναφέραμε, παρατηρείται και αραίωση της τρίχωσης των μασχαλών. Κάποτε, όμως, δυνατό να υπάρχει μικρή υπερτρίχωση στο πάνω χείλος.

2.5 Κλιμακτήριος-Εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση αναφέρεται στην τελευταία φυσιολογική έμμηνο ρύση της γυναίκας και είναι μία μικρή χρονική στιγμή στην μεγάλη χρονική περίοδο της κλιμακτηρίου. Η κλιμακτήριος διαρκεί από το 45ο έως το 65ο έτος της ηλικίας, και σηματοδοτεί την μετάβαση από την αναπαραγωγική στην μη- αναπαραγωγική ηλικία.

Διακρίνεται σε επιμέρους μικρότερες περιόδους:

- α) την προ-εμμηνόπαυση
- β) την περιεμμηνόπαυση
- γ) την εμμηνόπαυση
- δ) την μετεμμηνόπαυση.

Η περίοδος της προ-εμμηνόπαυσης αρχίζει αρκετά πριν την εμμηνόπαυση (κοντά στο 45ό έτος) και λήγει με την εμμηνόπαυση. Οι ενδοκρινικές διαταραχές είναι μικρές και η γυναίκα συνήθως δεν έχει συμπτώματα.

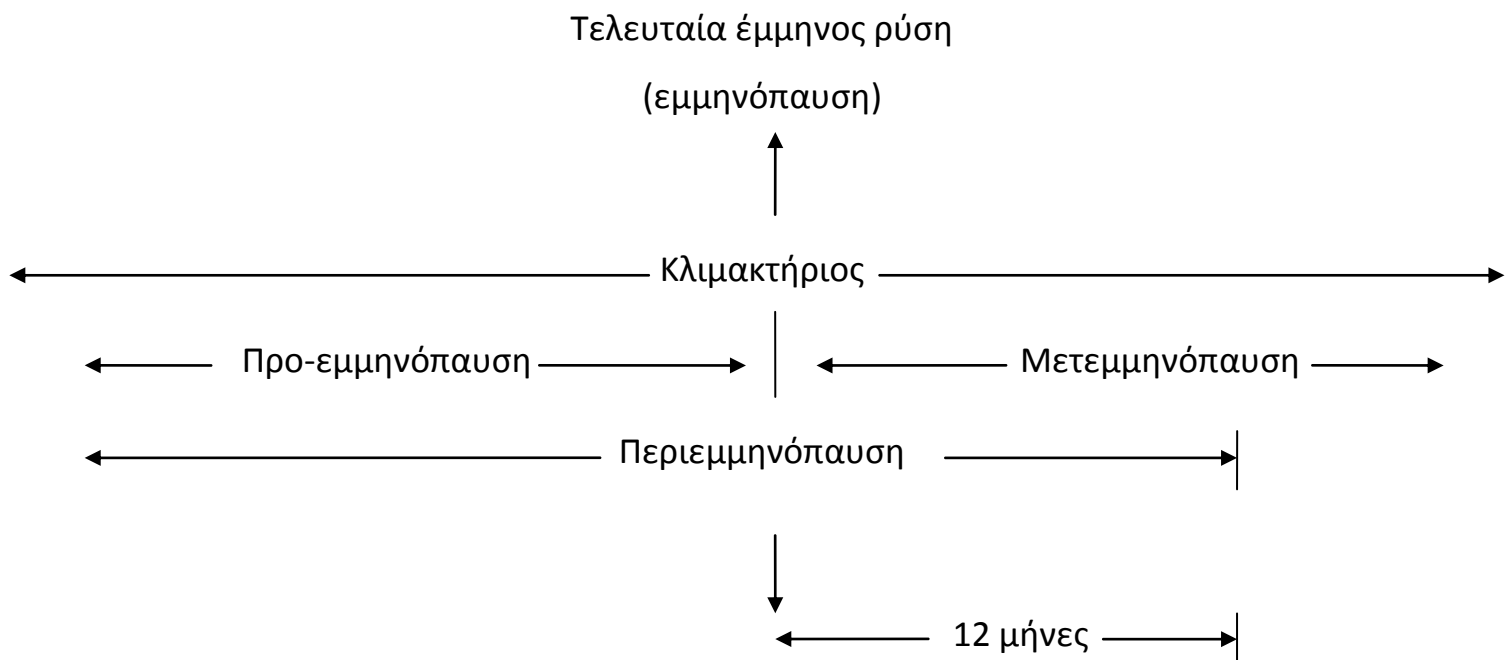
Η περιεμμηνόπαυση αρχίζει με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων και τελειώνει ένα έτος μετά την εμμηνόπαυση. Στην περιεμμηνόπαυση μπορεί να εμφανιστούν εξάψεις, που άλλωστε είναι το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κλιμακτηρίου, ενώ ο κύκλος της γυναίκας γίνεται ανώμαλος με την έμμηνο ρύση να χαρακτηρίζεται συχνά από εντονότερη ροή και μεγαλύτερη διάρκεια.

Η εμμηνόπαυση (natural menopause) χαρακτηρίζεται από την οριστική διακοπή της εμμήνου ρύσεως, ως συνέπεια της πλήρους έκπτωσης της ωοθηκικής λειτουργίας.

Η χρονική στιγμή της εμμηνόπαυσης, είναι η στιγμή της τελευταίας εμμήνου ρύσεως. Η στιγμή αυτή μπορεί να προσδιοριστεί, όπως είναι φυσικό, μόνον αναδρομικά, μετά από 12 συνεχείς μήνες αμηνόρροιας, για την οποία εννοείται ότι δεν ευθύνεται άλλη φυσιολογική ή παθολογική αιτία.

Όλα τα παραπάνω σχετικά με τις διαφορετικές χρονικές περιόδους που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, παρουσιάζονται στο σχήμα 1:

Σχήμα 1



2.6 Άμεσες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης - Κλιμακτηριακό σύνδρομο

Οι ορμονικές αλλαγές που συντελούνται κατά την εμμηνόπαυση και κυρίως η έκπτωση των ωοθηκικών οιστρογόνων, έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση ποικίλων σωματικών, ψυχικών και αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, τα οποία συνοψίζονται στον όρο «κλιμακτηριακό σύνδρομο». Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν σε ένταση από γυναίκα σε γυναίκα, κάτι που φαίνεται να έχει γενετική βάση. Πράγματι, ενώ η μείωση των οιστρογόνων στο αίμα είναι αισθητή, αυτά εξακολουθούν να παράγονται και να ασκούν τη δράση τους στα όργανα στόχους. Οι συγκεντρώσεις τους στους ιστούς αυτούς είναι μεγαλύτερες από αυτές που παρατηρούνται περιφερικά (Gruber et al 2002). Αυτό συμβαίνει σε ποικίλο βαθμό, ανάλογα με το γενετικό υπόβαθρο κάθε γυναίκας και διαφορές μπορεί να παρατηρούνται ακόμα και από όργανο σε όργανο (Weiss et al 2004).

Ο όρος κλιμακτηριακό σύνδρομο τυπικά περιλαμβάνει τις εξάψεις, τις νυχτερινές εφιδρώσεις, καθώς και καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως ευερεθιστότητα, κεφαλαλγία, αϋπνία, απώλεια ενεργητικότητας και δυσχέρεια της συγκέντρωσης. Τελευταία αμφισβητείται το αν υπάρχει ένα ενιαίο παγκόσμιο κλιμακτηριακό σύνδρομο (Avis et al., 2005), υπό την έννοια ενός συνόλου συμπτωμάτων, που το βιώνουν οι περισσότερες γυναίκες, ασχέτως φυλής και πολιτιστικού επιπέδου και το οποίο να σχετίζεται με την

μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων. Αποτελέσματα μελετών (factor analysis) σχετικά με το αν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης εμφανίζονται σαν μια ομάδα, δεν υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός μοναδικού συνδρόμου που να αποτελείται από τα κλιμακτηριακά, τα σωματικά και τα ψυχικά συμπτώματα (Avis et al., 2005).

2.7 Απώτερες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στον οργανισμό

Η συμπτωματολογία της εμμηνόπαυσης ποικίλει και έχει βρεθεί ότι έχει σχέση με το κοινωνικό οικονομικό επίπεδο και τη φυσική κατάσταση της γυναίκας. Ένα ποσοστό 20% των γυναικών δεν αναφέρει καθόλου ενοχλήματα. Μερικά από τα συμπτώματα μπορεί να είναι αρκετά σοβαρά και να επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των γυναικών.

Γενικά τα συμπτώματα που απασχολούν τις γυναίκες στην κλιμακτήριο (κλιμακτηριακό σύνδρομο) είναι τα παρακάτω:

2.7.1 Αγγειοκινητικές διαταραχές

- Εξάψεις
- αίσθηση ζεστού και κρύου
- Εφιδρώσεις
- νυκτερινοί ιδρώτες
- σύνδρομο κουρασμένων ποδιών
- Ταχυκαρδία.

Τα συμπτώματα υποχωρούν αυτόματα και σταδιακά και μόνο το 20-25% των γυναικών εμφανίζουν εξάψεις 4-5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Οι εξάψεις εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες της λευκής φυλής ενώ είναι σχεδόν άγνωστο σύμπτωμα στις Γιαπωνέζες (Wesstrom., 2008).

2.7.2 Ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές

- Άγχος
- Κατάθλιψη
- συχνές εναλλαγές διάθεσης
- αίσθημα κόπωσης
- μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- αϋπνίες
- Μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης στις καθημερινές υποχρεώσεις.

2.7.3 Διαταραχές του ουροποιογεννητικού συστήματος

Κολπική ατροφία και ατροφία της ουρήθρας και της ουροδόχου κύστης με συνέπεια τις συχνές λοιμώξεις, δυσουρία, συχνουρία, ακράτεια, δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή, ξηρότητα κόλπου, κνησμός).

Εκτός από τα άμεσα προβλήματα της εμμηνόπαυσης υπάρχουν και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις που έχουν σχέση με την έλλειψη των οιστρογόνων όπως η οστεοπόρωση και οι καρδιαγγειακές διαταραχές.

2.7.4 Καρδιαγγειακή νόσος

Η έλλειψη των οιστρογόνων έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της ελαστικότητας των αγγείων και την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης έχει αρνητική επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ με αύξηση της ολικής χοληστερόλης και μείωση της HDL (καλής χοληστερόλης). Οι παραπάνω αλλαγές έχουν σαν συνέπεια τον υπερδιπλασιασμό των καρδιαγγειακών επεισοδίων στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

2.7.5 Οστεοπόρωση

Η ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας της μετα-εμμηνόπαυσιακής μορφής οστεοπόρωσης. Η οστική απώλεια υπολογίζεται στο 3% κάθε

χρόνο για τα πρώτα 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Η απώλεια της οστικής μάζας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του σωματικού ύψους, την κινητική δυσχέρεια και την αύξηση του κινδύνου καταγμάτων.

2.7.6 Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στον μαστό

Υπάρχει σαφής συσχέτιση της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού με την πάροδο των ετών, αφού το 80% περίπου των καρκίνων μαστού εμφανίζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών και το 1/3 μάλιστα εμφανίζεται σε γυναίκες άνω των 70 ετών. Μετά από την εμμηνόπαυση ο μαστός παρουσιάζει υποστροφή και οι σημαντικότερες αλλαγές παρατηρούνται στα τελικά λόβια. Παρατηρείται επίσης, σε σχέση με τον προεμμηνόπαυσιακό μαστό, αύξηση των κυττάρων που διαθέτουν οιστρογονικούς υποδοχείς α (ER-α) και μείωση του ρυθμού κυτταρικής διαίρεσης. Ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας 75 ετών ή και μεγαλύτερες φαίνεται να είναι ER- θετικός, με μικρό ρυθμό ανάπτυξης και περιορισμένη έκφραση του HER-2 και του p537 . Πιστεύεται ότι η ασύμμετρη υποστροφή των μαστών, η παραμονή βλαβών υψηλού κινδύνου, η παρουσία ER-α αναπτυσσόμενων κυττάρων και ο τοπικός μεταβολισμός οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό του μαστού είναι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του μαστού.

2.7.7 Επιπτώσεις της γήρανσης στο δέρμα

Το δέρμα, όπως πολλά όργανα, υφίσταται τις επιδράσεις της γήρανσης, καθότι, εκτός από το πέρασμα του χρόνου, το δέρμα δέχεται και

επιδράσεις από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως χημικές ουσίες, κάπνισμα, ηλιακή ακτινοβολία κ.ά., επιπτώσεις που θα πρέπει να διαχωριστούν από αυτές που προκαλούνται από τις ορμονικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά την εμμηνόπαυση. Το δέρμα δέχεται σημαντικές επιδράσεις από τα οιστρογόνα, η δράση των οποίων του προσδίδει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σημαντικό παράδειγμα είναι η αύξηση της περιεκτικότητας σε νερό του συνδετικού ιστού κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου τα επίπεδα των κυκλοφορούντων οιστρογόνων είναι αυξημένα. Αυτό συμβαίνει λόγω της αυξημένης σύνθεσης υαλουρονικού οξέος στον συνδετικό ιστό του δέρματος που προκύπτει από τη δράση των οιστρογόνων στο ένζυμο συνθετάση του υαλουρονικού οξέος. Τα οιστρογόνα μειώνουν, επίσης, την έκκριση των σμηγματογόνων αδένων, ενώ δεν παρουσιάζουν μεταβολές στη λειτουργία των αποκρινών ιδρωτοποιών αδένων. Τα οιστρογόνα επηρεάζουν, επίσης, τη χρώση του δέρματος. Συγκεκριμένα, στην εγκυμοσύνη εμφανίζεται συσσώρευση μελανίνης στη λευκή γραμμή, τις θηλές των μαστών και παρατηρείται χλόασμα στις παρειές. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν στη συσχέτιση των οιστρογόνων με κακώηθες μελάνωμα. Στην εμμηνοπαυσιακή γυναίκα έρευνες έδειξαν ότι η συστηματική αλλά και η τοπική χρήση οιστρογόνων αυξάνει το πάχος του δέρματος και την ποιότητα του κολλαγόνου του, βελτιώνοντας έτσι την υφή του. Αυτό μπορεί να μην έχει εμφανές κλινικό πλεονέκτημα, αλλά η ψυχολογική σημασία αυτής της δράσης για τη φιλάρεσκη γυναίκα δεν θα πρέπει να υποτιμάται.

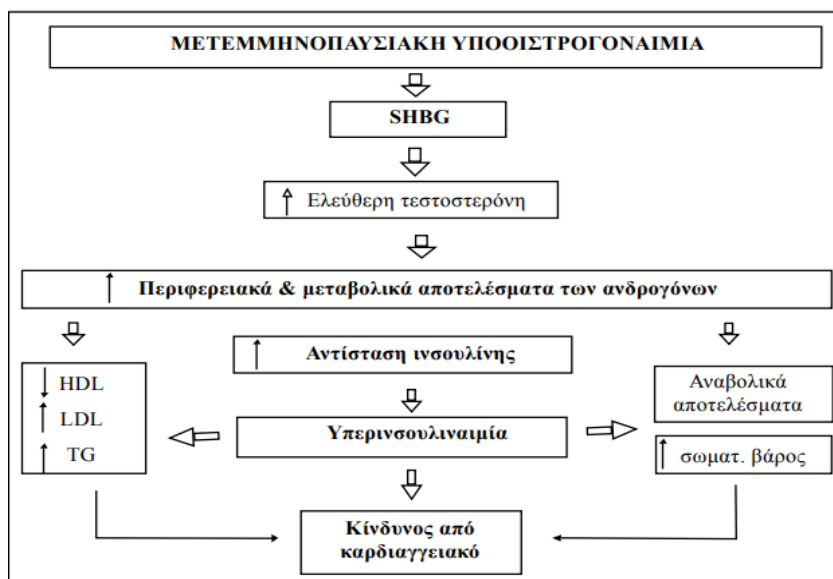
2.7.8 Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στον μεταβολισμό

Μετά από την εμμηνόπαυση παρατηρείται μία έντονη κινητικότητα στο ορμονικό σύστημα της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, που έχει ως αποτέλεσμα σημαντική αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του. Η αλλαγή αυτή ευθύνεται για τις επιπτώσεις που εμφανίζονται στην οιστρογονοπενική εμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

Παρατηρούνται οι εξής αλλαγές στον μεταβολισμό και στη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού της γυναίκας:

- Αύξηση χοληστερόλης
- Αύξηση τριγλυκεριδίων
- Αναστροφή της σχέσης HDL/LDL, αρτηριοσκλήρυνση, αθηροσκλήρωση και στεφανιαία νόσος, η οποία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου
- Υπέρταση
- Διαβήτης
- Παχυσαρκία
- Κάπνισμα.

Μεταβολικές αλλαγές κατά την εμμηνόπαυση



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

3.1 Ορμονική θεραπεία

Η ορμονική θεραπεία είναι η υποκατάσταση της ωοθηκικής λειτουργίας με τη χορήγηση μικρής δόσης οιστρογόνων ή συνδυασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης. Η ορμονική αυτή υποστήριξη έχει σκοπό την προστασία από καρδιαγγειακές προσβολές και την πρόληψη ή καθυστέρηση εμφάνισης της οστεοπόρωσης. Παράλληλα ανακουφίζει τη γυναίκα από τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής της. Ωστόσο η θεραπεία αυτή δεν ενδείκνυται για όλες τις γυναίκες (Barnabei et al., 2005). Την απόφαση για την ορμονική υποστήριξη θα την λάβει η γυναίκα σε συνεννόηση με το γιατρό της. Μεγάλη σημασία για τη σωστή απόφαση έχει το ατομικό και οικογενειακό της ιστορικό, η ηλικία, η φυλή και η ύπαρξη κάποιων επιβαρυντικών παραγόντων όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία κ.α. Κατά καιρούς οι έρευνες έχουν συσχετίσει την ορμονική θεραπεία με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, με θρομβοεμβολικά επεισόδια και με την αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Από τις μελέτες φαίνεται ότι η σωστή επιλογή των γυναικών που μπορούν να πάρουν ορμονοθεραπεία, η χρονική διάρκεια της θεραπείας και ο τακτικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος είναι μερικά κριτήρια που διασφαλίζουν και προστατεύουν τη γυναίκα από τις αρνητικές συνέπειες της ορμονοθεραπείας. Οι γυναίκες είναι διστακτικές στην απόφαση για έναρξη ή όχι της θεραπείας γιατί θεωρούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σαν κάτι φυσικό και αναμενόμενο και από την άλλη μεριά έχουν έντονη την πεποίθηση ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ορμονική θεραπεία έχουν σοβαρές παρενέργειες.

3.2 Εναλλακτικές Θεραπείες

Εκτός της ορμονικής υποστήριξης υπάρχει και μια πληθώρα άλλων τεχνικών και μεθόδων που μπορούν να εφαρμοσθούν σαν εναλλακτικές λύσεις. Οι εναλλακτικές αυτές «θεραπείες» είναι η ομοιοπαθητική, η χρήση των φυτο-οιστρογόνων, η βοτανοθεραπεία, η αρωματοθεραπεία και άλλες προσεγγίσεις (διαλογισμός, yoga κλπ). Οι εναλλακτικές θεραπείες χρησιμοποιούνται κυρίως από μια ομάδα γυναικών επειδή συνάδουν περισσότερο με τον φιλοσοφικό τους προσανατολισμό και τις γενικότερες πεποιθήσεις τους για την υγεία και τη ζωή.

Φυτο-οιστρογόνα

Είναι φυσικές ουσίες (στερόλες) με αποτελέσματα ίδια με τα οιστρογόνα. Μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες και βρίσκονται στη σόγια, στο λάδι από σπόρους λιναριού, στο κόκκινο τριφύλλι, στα βλαστάρια από κουκιά. Σε μελέτες σε πληθυσμούς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φυτο-οιστρογόνων όπως η Κίνα και η Ιαπωνία οι γυναίκες εμφανίζουν λιγότερες εμμηνοπαυσιακές ενοχλήσεις και τα περιστατικά καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου είναι αξιοσημείωτα χαμηλά σε σύγκριση με τις δυτικές χώρες.

Ομοιοπαθητική

Οι απόψεις των ομοιοπαθητικών σχετικά με τα προβλήματα της εμμηνόπαυσης είναι ότι πρόκειται για εκδηλώσεις υπαρχουσών ανισορροπιών που βελτιώνονται μόνο με την ομαλοποίηση του φυσικού και ψυχικού κόσμου της γυναίκας. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο οι γυναίκες ενθαρρύνονται να προετοιμαστούν για την εμμηνόπαυση φροντίζοντας γενικότερα την υγεία τους και αναπτύσσοντας μια θετική στάση για την εμμηνόπαυση πριν την εμφάνισή της. Στόχος της ομοιοπαθητικής είναι αρχικά η ολιστική

αξιολόγηση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Βοτανοθεραπεία

Τα βότανα μπορούν να αποβούν πολύ αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Τα περισσότερα από αυτά που συνταγογραφούνται είναι ασφαλή και ήπια. Χορηγούνται περισσότερο σε συνδυασμούς φαρμακευτικών φυτών και η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με μέτρο και να διακοπεί αμέσως αν εμφανιστούν παρενέργειες.

Αρωματοθεραπεία

Αποτελεί μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων γιατί συντελεί γενικότερα στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής. Τα αιθέρια έλαια που χρησιμοποιούνται στην αρωματοθεραπεία είναι συμπυκνωμένα αποστάγματα από φυτά και προσφέρουν ένα ευχάριστο αίσθημα χαλάρωσης και μείωση του άγχους. Αρωματικά έλαια κατάλληλα για την αντιμετώπιση ενοχλημάτων της εμμηνόπαυσης είναι το κυπαρίσσι, το γεράνι, το τριαντάφυλλο, το δενδρολίβανο και η λεβάντα.

Γιόγκα

Η γιόγκα θεωρείται πλέον γνωστή θεωρία αυτοσυγκέντρωσης και περιλαμβάνει κινήσεις τεντώματος, χαλάρωσης και βαθιές αναπνοές, οι οποίες συντελούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου. Βασικός στόχος της γιόγκα είναι η αρμονική συμβίωση υγιούς πνεύματος και υγιούς σώματος. Η θεραπεία εφαρμόζεται, ανεξαρτήτου ηλικίας και σώματος και βοηθάει στην αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων. Παράλληλα περιορίζει την υψηλή πίεση και

ανακουφίζει από πόνους της πλάτης, ελαφρά κατάπτωση, καθώς και προβλήματα αϋπνίας (Ντολάντζας.,1998).

Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες γιατί έχει στόχο την αύξηση της ροής του αίματος στο δέρμα και την εξασθένιση της πίεσης του αίματος. Οι περισσότερες μορφές υδροθεραπείας έχουν ως βάση τη χρήση του ζεστού και του κρύου νερού, όπου κατά τη χρήση του ζεστού διαστέλλονται τα αιμοφόρα αγγεία, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση ροής του αίματος. Ενώ αντίθετα, κατά τη χρήση του κρύου νερού προκαλείται συστολή στα αιμοφόρα αγγεία, εξασθενώντας την πίεση του αίματος. Οι τύποι υδροθεραπείας είναι οι εξής:

- Σάουνα
- Εναλλάξ κρύο-ζεστό
- Καθιστό μπάνιο
- Ατμόλουτρο (Stoppard., 2000).

Βελονισμός

Ο βελονισμός ως ένα άλλο είδος εναλλακτικής θεραπείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με σκοπό την ανακούφιση από τους πόνους. Η θεωρία του βελονισμού βασίζεται στη διακίνηση της ενέργειας στο σώμα, διαμέσου καναλιών, γνωστά ως μεσημβρινοί. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία είναι τόσο λεπτές που σχεδόν δεν γίνονται αντιληπτές καθώς εισχωρούν στο δέρμα. Ανακουφίζει από τους πόνους και βοηθάει στην αντιμετώπιση ειδικών συμπτωμάτων όπως η δυσκαμψία (Stoppard., 2000).

Τιβολόνη

Η τιβολόνη είναι ένα συνθετικό στεροειδές που ανήκει στους STEARs (Selective Tissue Estrogenic Activity Regulators). Η δομή των STEAR μοιάζει με αυτή της προγεστερόνης. Η διαφορά είναι ότι οι STEARs μεταβολίζονται σε οιστρογονικά και ανδρογονικά παράγωγα μέσω των οποίων ασκούν τη δράση τους. Οι μεταβολίτες της τιβολόνης είναι οι: Δ4 με ιδιότητες προγεσταγόνου και ανδρογόνου, 3α-OH και 3β-OH με ιδιότητες οιστρογόνου. Η τιβολόνη προλαμβάνει την εμφάνιση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων και την απώλεια οστικής μάζας λόγω οστεοπόρωσης, ενώ δεν διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του μαστού και του ενδομητρίου.

Οι δράσεις της τιβολόνης είναι οι εξής :

Μέσω της οιστρογονικής δράσης της αντιμετωπίζει ικανοποιητικά

- Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα της κλιμακτηριακής περιόδου (Landgren et al., 2005).
- Προκαλεί βελτίωση της συναισθηματικής διάθεσης και της libido (Nathorst-Boos et al., 1997).
- Προκαλεί αύξηση της οστικής πυκνότητας (BMD) (Gallagher et al., 2001).
- Διεγείρει τον μαζικό αδένα, σε μικρότερο βαθμό από τα οιστρογόνα ενώ
- Αυξάνει ελάχιστα την πυκνότητα του μαστού (Lundstrom et al., 2002).

Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι η τιβολόνη έχει αντι-οιστρογονική δράση στο μαστό (de Gooyer et al., 2001). Μελέτες του Ιατρείου κλιμακτηρίου και εμμηνόπαυσης της Β Γυναικολογικής & Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, έδειξαν ότι η τιβολόνη δεν επηρεάζει την εικόνα της μαστογραφίας στην πλειονότητα των γυναικών (Christodoulakos et al., 2002, Christodoulakos et al 2003). Η τιβολόνη, μέσω της δράσης του Δ4 μεταβολίτη της, δεν διεγείρει το ενδομήτριο, το οποίο παραμένει στην ίδια υπερηχογραφική εικόνα με αυτή της γυναίκας η οποία δεν λαμβάνει θεραπεία (Kloosterboer et al., 2001). Σε τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η τιβολόνη αυξάνει την οστική πυκνότητα, τόσο στη σπονδυλική στήλη όσο και στο ισχίο (Gallagher et al 2001, Ederveen et al., 2001). Εντούτοις, δεν υπάρχουν στοιχεία όσον αφορά στην επίδραση της τιβολόνης στη συχνότητα των οστεοπορωτικών καταγμάτων.

Για την επίδραση της τιβολόνης στο καρδιαγγειακό, διάφορες μελέτες έγιναν και συνεχίζουν να γίνονται. Η μελέτη OPAL (Osteoporosis Prevention and Arterial effects of tibolone) της οποίας τα αποτελέσματα δημοσιεύτηκαν το 2006, είναι μια τυχαιοποιημένη μελέτη ελεγχόμενη με placebo, που έδειξε ότι η τιβολόνη αυξάνει το πάχος του ενδοθηλίου της κοινής καρωτίδας κατά 0.004 mm κάθε χρόνο (Bots et al 2006). Αυτό μεταφράζεται σε αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια. Συμβατά αποτελέσματα προκύπτουν και από τη μελέτη LIFT (Long-Term Intervention on Fractures with Tibolone) μια νεότερη τυχαιοποιημένη, διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με placebo μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 4538 γυναίκες από κέντρα της Ευρώπης και της Αμερικής (Steven et al., 2008). Στη μελέτη LIFT, οι γυναίκες που πήραν τιβολόνη, είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κάτι που οδήγησε και στον πρώιμο τερματισμό της μελέτης. Όσον αφορά τους δείκτες της αθηρωμάτωσης, η τιβολόνη:

- μειώνει την HDL-χοληστερόλη κατά 30% περίπου, ενώ η ολική και η LDL-χοληστερόλη δεν φαίνεται να επηρεάζονται ιδιαίτερα από τη θεραπεία (Bjarnason et al., 1997, Lloyd et al., 2000).

- αυξάνει τα επίπεδα της CRP, με παρόμοιο τρόπο με τη συνδυασμένη (Barnes et al., 2005).
- αυξάνει τα επίπεδα του VEGF (Christodoulakos et al., 2004).

Ραλοξιφένη

Η ραλοξιφένη ανήκει σε μια ομάδα μη στεροειδών ουσιών, που ονομάζονται εκλεκτικοί τροποποιητές των υποδοχέων οιστρογόνων (SERMS-selective estrogen receptor mediators), με κύριους εκπροσώπους την ταμοξιφένη, την κλομιφένη και τη ραλοξιφένη . Οι δύο πρώτες ουσίες ανήκουν στην ομάδα των τριφαινυλαιθυλενίων, ενώ η ραλοξιφένη είναι παράγωγο της ομάδας των βενζοθειοφενίων. Όσον αφορά στη θεραπεία μετά την εμμηνόπαυση ο ιδανικός SERM θα είχε οιστρογονική δράση στον εγκέφαλο, τα οστά, το καρδιαγγειακό, στον κόλπο και στο ουροποιητικό ενώ θα είχε αντι-οιστρογονική δράση στο μαστό και στο ενδομήτρι

Οι δράσεις της ραλοξιφένης είναι οι εξής:

- Στα οστά μειώνει στατιστικά σημαντικά τους δείκτες της οστικής απορρόφησης, ενώ αυξάνει σημαντικά την οστική πυκνότητα (BMD). Τα αποτελέσματα αυτά είναι εφάμιλλα ή λίγο κατώτερα από αυτά που παρατηρούνται στη συνδυασμένη θεραπεία με οιστρογόνα και προγεστερόνη και μεταφράζονται σε μείωση των καταγμάτων κατά 50% (Francucci et al., 2005).
- Δεν διεγείρει το ενδομήτριο και δεν προκαλεί υπερπλασία ούτε αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο ενώ δεν σχετίζεται με εμφάνιση κολπικής αιμόρροιας (Christodoulakos et al., 2006). Στο μαστό η ραλοξιφένη δεν προκαλεί ευαισθησία αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προστασία από τον καρκίνο του μαστού. Αυτό προέκυψε από τη μελέτη STAR, μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη στις ΗΠΑ και Καναδά που συνέκρινε τους 2 SERMS, ραλοξιφένη και ταμοξιφένη για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ δράση των δύο ουσιών στο μαστό είναι συγκρίσιμη, η ραλοξιφένη δεν συνοδεύεται από τις ανεπιθύμητες δράσεις που παρουσιάζει η ταμοξιφένη στο ενδομήτριο και στην πήκτικότητα του αίματος (Wickerham et al., 2002, Castrellon et al., 2008).

3.3 Θεραπεία

Σε 80% των περιπτώσεων η εμμηνόπαυση δεν απαιτεί ειδική θεραπεία. Όταν αυτή κριθεί απαραίτητη, δυνατό να χορηγηθούν:

- 1) Ηρεμιστικά, υπνωτικά, αναλγητικά, ψυχοαναληπτικά φάρμακα, βιταμίνη D και ασβέστιο.
- 2) Οιστρογόνες ορμόνες με μεγάλη επιφύλαξη και ιδιαίτερα εκεί, που κρίνονται απαραίτητες, όπως στις εξάψεις και εφιδρώσεις. Η δόση τους είναι 1,25 mg την ημέρα για έξι μήνες, ελαττώνοντας αυτή προοδευτικά. Αν παραστεί ανάγκη συνέχισης της θεραπείας με οιστρογόνες ορμόνες, αυτή δεν πρέπει να περάσει τον ένα χρόνο. Αν τον περάσει, πρέπει να ελέγξουμε το ενδομήτριο με ιστοληψία του. Σε καμία περίπτωση δεν θα

τις χορηγήσουμε, αν η γυναίκα πάσχει από ηπατοπάθεια, εγκεφαλοπάθεια, υπέρταση, μαστοπάθεια, καρκίνο του μαστού, διαβήτη, επιληψία, χολολιθίαση, θρομβοεμβολικό επεισόδιο και ινομύματα μήτρας. Οι οιστρογονές ορμόνες αυξάνουν τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου από αύξηση των τριγλυκεριδίων και την πίεση του αίματος από αύξηση της ρενίνης του συκωτιού.

- 3) Καλσιτονίνη, που ρυθμίζει το μεταβολισμό του ασβεστίου ελαττώνοντας σημαντικά την απομάκρυνσή του από τα οστά.
- 4) Οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη ή μόνη την προγεστερόνη για 10-14 ημέρες, γιατί η προγεστερόνη περιορίζει τους υποδοχείς της οιστραδιόλης των κυττάρων του ενδομητρίου και εμποδίζεται έτσι η μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου.
- 5) Οιστρογόνες ορμόνες για τοπική χρήση με τη μορφή αλοιφής σε περιπτώσεις ατροφικής αιδοιίτιδας και κολπίτιδας.
- 6) Θα συμβουλέψουμε την αποφυγή καπνίσματος, γιατί βοηθάει στην εμφάνιση οστεοπόρωσης και αρτηριοσκλήρυνσης.
- 7) Θα συνεργαστούμε με ψυχίατρο, όπου οι περιστάσεις το απαιτούν.

3.4 Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση

Γενικά μέτρα: Διακοπή του καπνίσματος, περιορισμός της πρόσληψης αλκοόλ και καφεΐνης, ασκήσεις άρσης βάρους, επαρκής διαιτητική πρόσληψη ασβεστίου.

Ειδικά μέτρα: Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, διφωσφονικά, καλσιτονίνη (χρησιμοποιείται σπανίως, διαφυλάσσεται για επιλεγμένες ασθενείς ως θεραπευτικός παράγοντας και όχι για πρόληψη)

Δίαιτα: Επαρκής διαιτητική πρόσληψη ασβεστίου (1000-1500 mg/ημέρα) και βιταμίνης D (400-800 IU ημερησίως)

Δραστηριότητα: Ασκήσεις άρσης βάρους ή υπερνίκησης αντίστασης. Δραστηριότητες που δεν επιβαρύνουν την κατάσταση ασθενών με διαπιστωμένη απώλεια οστικής μάζας.

Εκπαίδευση της ασθενούς: Κκαθησύχαση της ασθενούς, ενημερωτικά φυλλάδια.

3.5 Εναλλακτικά φάρμακα

Τα συμπληρώματα ασβεστίου διαφυλάσσονται για τις ασθενείς με ανεπαρκή πρόσληψη ή δυσανεξία κάποιων τροφών η οποία εμποδίζει την επίτευξη ικανοποιητικών επιπέδων με τη δίαιτα. Το ανθρακικό ασβέστιο παρέχει τη μεγαλύτερη αναλογία στοιχειακού ασβεστίου και το κιτρικό ασβέστιο έχει πολύ υψηλή απορρόφηση, γεγονός που τα καθιστά αποδεκτά ως συμπληρώματα. Όπου χρησιμοποιούνται πρέπει να λαμβάνονται σε διαιρεμένες δόσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η υπερβολική πρόσληψη συμπληρωμάτων ασβεστίου έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας λίθου και πρέπει να αποθαρρύνεται.

3.6 Αποφυγή οστεοπόρωσης

Μετά την εμμηνόπαυση υπάρχει μία αυξημένη πιθανότητα η γυναίκα να πάθει οστεοπόρωση. Μία μελέτη έδειξε πως η πυκνότητα των οστών στις γυναίκες φτάνει στο ψηλότερο της σημείο στην ηλικία των 35 με 40 και ύστερα μειώνεται σταθερά. Διαπιστώθηκε πως όταν αρχίσει αυτή η ελάττωση, προσβάλλονται πολύ συχνά τα οστά των σιαγόνων, με αποτέλεσμα να χαλαρώνουν τα δόντια και να πέφτουν. Παρ' όλα αυτά, ένα συμπλήρωμα ασβεστίου στη δίαιτα, εμποδίζει την παραπέρα επιδείνωση. Βρέθηκε πως το συμπλήρωμα ασβεστίου σε συνδυασμό με την ορμονοθεραπεία, ήταν η πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας, οδηγώντας σε αυξημένη πυκνότητα των οστών σε μερικά άτομα.

Αν αρχίσουν οι γυναίκες να παίρνουν παραπάνω ασβέστιο στη δίαιτά τους την εποχή γύρω από την εμμηνόπαυση, πιθανότατα θ' αποφύγουν την πρώιμη εμφάνιση οστεοπόρωσης και ίσως να μην χρειαστούν ορμονοθεραπεία. Μετά την εμμηνόπαυση, θα πρέπει να καταναλώνουν καθημερινά 1.500 मिलिकράμ ασβεστίου. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει πώς θα τα καταφέρουν με μία ισορροπημένη κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε ασβέστιο. Το ασβέστιο μπορούν και πρέπει να το πάρουν και σε άλλα φαγητά, εκτός από το γάλα και το τυρί.

Αν δεν φτάσουν τα 1.500 मिलिकράμ κάθε μέρα, τότε έστω και μία μικρή ποσότητα είναι καλύτερη από τίποτα και θα προστατέψει τα κόκκαλα τους. Αν υποβάλλονται ήδη σε κάποια ιατρική θεραπεία, πρέπει να ρωτήσουν το γιατρό τους αν έχει καμία επίδραση στην ισορροπία του οργανισμού τους σε ασβέστιο. Αν έχουν υπεργλυκαιμία, μία πολύ σπάνια πάθηση, ίσως δε θα πρέπει να παίρνουν συμπλήρωμα ασβεστίου. (Κούπ., 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

4.1 Τι είναι η ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (1948) η υγεία ορίζεται ως «Η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας».

Ο όρος ποιότητα ζωής αποβλέπει στην αντικειμενική και υποκειμενική αξιολόγηση συγκεκριμένων καταστάσεων σχετιζόμενων με τη ζωή. Η ποιότητα ζωής αποτελείται από κάποιους παραμέτρους που είναι η υγεία και η ευεξία, που είναι έννοιες πολυδιάστατες και τις οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα ψυχολογικών και σωματικών παραμέτρων. Υπάρχουν και κάποιες άλλες αναφορές οι οποίες τεκμηριώνουν ότι η οικονομική και κοινωνική ευημερία μιας χώρας ή μιας κοινωνικής ομάδας με βάση τους δείκτες υγείας που αφορούν τα ατομικά χαρακτηριστικά, τη συμπεριφορά, τις επιλογές στο τρόπο ζωής, το πλούτο, τους κοινωνικούς, βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες επηρεάζουν έμμεσα ή άμεσα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Παπαζαφειροπούλου, Παππάς., 2014; Δαρβίρη., 2007).

Όσον αφορά τους ασθενείς, οι παράγοντες που μπορούν να τους επηρεάσουν σχετίζονται με την ίδια την νόσο αλλά και με προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Σαπουντζή., 2004). Οι παράγοντες που αφορούν την ασθένεια έχουν να κάνουν με τις

επιπτώσεις της ασθένειας στον οργανισμό, τη φύση της ασθένειας και τις πλευρές της θεραπείας (Πολυκανδριώτη, Καλογιάννη., 2008).

Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν την ηλικία, το φύλο, τη φιλοσοφία που διέπει το πνεύμα του ατόμου, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, το βαθμό ωριμότητας, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια, τις δυσκολίες ψυχικής υγείας, το βαθμό πρότερης προσαρμογής και τα προϋπάρχοντα προβλήματα.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν τα πλαίσια του στενού κύκλου, του νοσοκομείου, του κοινωνικού και ευρύτερου περιβάλλοντος και τα θέματα κοινωνικής υποστήριξης (Μαλιαρού., 2012).

Με βάση όλους αυτούς τους παράγοντες θα μπορούσε να σημειωθεί ότι η ποιότητα ζωής για κάθε άνθρωπο ερμηνεύεται διαφορετικά ανάλογα με το πλαίσιο εφαρμογής του(Σαρρής., 2001).

4.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις - Ιστορική αναδρομή

Οι παλαιότερες αναφορές στην ποιότητα ζωής ανάγονται στην κλασική Ελλάδα. Ο Αριστοτέλης στο έργο του Ηθικά Νικομάχεια, προσεγγίζει την ποιότητα ζωής και εξαίρει τη σημασία της για τον άνθρωπο: «οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα

ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία». Ο Αριστοτέλης δεν παραλείπει ωστόσο να υπογραμμίσει τον υποκειμενικό χαρακτήρα της έννοιας: «διαφωνούν, όμως μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι εκείνοι την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως είναι η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί την θεωρούν κάτι άλλο. Σε πολλές περιπτώσεις, ο ίδιος ο άνθρωπος έχει διαφορετική γνώμη, διότι όταν αρρωστήσει, θεωρεί την υγεία ευδαιμονία κι όταν είναι φτωχός, τα πλούτη» (Αριστοτέλης). Από την εποχή του Αριστοτέλη ως τις μέρες μας, η έννοια της ποιότητας ζωής αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης φιλοσόφων, θεολόγων και κοινωνικών επιστημόνων και ήταν συνυφασμένη με την επίτευξη πληρότητας, ικανοποίησης στη ζωή του ατόμου.

Από τον προηγούμενο αιώνα ωστόσο, το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής ξεπέρασε τα όρια των κοινωνικών επιστημών κι επεκτάθηκε και σε άλλους επιστημονικούς τομείς χώρους όπως η οικονομία, η ψυχολογία και η ιατρική. Η κοινωνιολογία είναι ίσως ο επιστημονικός χώρος με την μεγαλύτερη παράδοση στην προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας ζωής. Η διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το 1948 αποτέλεσε ορόσημο στη σύγχρονη προβληματική, σχετικά με τον προσδιορισμό και τη μέτρηση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής. Η αναγνώριση των κοινωνικών ανισοτήτων και η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας, αρχικά στις Σκανδιναβικές χώρες και αργότερα στην υπόλοιπη Ευρώπη και τις ΗΠΑ, κατήφθηνε την κοινωνιολογική έρευνα στην έρευνα των κοινωνικών δεικτών (social indicators research) τη δεκαετία του 1970. Κοινωνιολόγοι, όπως ο Erickson και ο Drewnowski

στην Ευρώπη καθώς και ο Andrews, ο Whitley και ο Campbell στο Πανεπιστήμιο του Michigan στις ΗΠΑ πρωτοστάτησαν στην μελέτη των κοινωνικών δεικτών και της ποιότητας ζωής. (Albrecht et al., 1994). Ο διττός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής, που περιλαμβάνει τόσο την αντικειμενική διάσταση (ανάγκες) όσο και την υποκειμενική διάσταση (επιθυμίες), επιβεβαιώθηκε από διάφορες κοινωνιολογικές μελέτες (Schneider et al., 1975, Allardt et al., 1978). Διεθνείς φορείς όπως ο ΟΟΣΑ έχουν ορίσει ως δείκτες ποιότητας ζωής, την υγεία, την παιδεία και τη μόρφωση, την εργασία και την ποιότητα της εργασιακής ζωής, τη διάθεση χρόνου και τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, τον έλεγχο της περιουσίας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον και την προσωπική ασφάλεια (OECD 1982). Οι Andrews και Whitley, θεώρησαν 12 παραμέτρους ως δείκτες της «αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής»: την αυτοαντίληψη, την οικογενειακή ζωή, το οικονομικό επίπεδο, την απόλαυση ζωής, τη στέγη, τις οικογενειακές δραστηριότητες, τη διάθεση χρόνου, τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, την κυβέρνηση, την πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, την υγεία και την εργασία (Andrews, Whitley et al., 1976). Παρά την ταύτιση των δυο προσεγγίσεων όσον αφορά τους περισσότερους αντικειμενικούς παράγοντες, το μοντέλο των Andrews και Whitley υπογραμμίζει τη σημασία ψυχικών παραγόντων (αυτοαντίληψη, απόλαυση ζωής) και της οικογενειακής ζωής, στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής. Η πρώτη αναφορά στην ποιότητα ζωής στην οικονομολογική βιβλιογραφία ανάγεται στην δεκαετία του 1920 και συγκεκριμένα στο βιβλίο *Economics of Welfare* του A.C. Pigou, όπου συζητείται η παροχή οικονομικής υποστήριξης και εθνικού μερίσματος στις αδύναμες οικονομικά τάξεις για την βελτίωση της

ποιότητας ζωής τους (Pigou et al., 1920). Στις μέρες μας στην οικονομία, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται κυρίως από τη διάθεση των οικονομικών πόρων, που εκφράζεται με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν και το κατά κεφαλήν εισόδημα. Εκφράζονται, ωστόσο, επιφυλάξεις σχετικά με το πόσο αντιπροσωπευτικό και αξιόπιστο μπορεί να θεωρηθεί το ακαθάριστο εθνικό προϊόν ως δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς δεν παρέχει στοιχεία ούτε για την κατανομή του εισοδήματος στις διάφορες κοινωνικές ομάδες, ούτε για την επένδυση ενός κράτους σε τομείς καθοριστικούς για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, όπως η παιδεία, η υγεία και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Εξάλλου, είναι διαπιστωμένο ότι η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, συνεπάγεται υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων του πληθυσμού (UN1993).

Για αυτό το λόγο, η Διεθνής Τράπεζα εισήγαγε το δείκτη φυσικής ποιότητας ζωής (physical quality of life index, PQLI), ο οποίος μαζί με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν συνυπολογίζει τη βρεφική θνησιμότητα, το προσδόκιμο ζωής (στην ηλικία ενός έτους), καθώς και το ποσοστό αναλφαβητισμού της χώρας (Morris et al., 1979). Ήδη από τη δεκαετία του 1950, αναγνωρίστηκε η συμβολή της ψυχικής υγείας στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής (Jahoda et al., 1958). Χαρακτηριστικά καλής ψυχικής υγείας, όπως η θετική αυτοαντίληψη, η δυνατότητα δραστηριότητας και ανάπτυξης δεξιοτήτων, η ολοκληρωμένη προσωπικότητα, η ικανότητα λήψης ατομικών αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων, η αίσθηση της πραγματικότητας, η αλληλεγγύη και η ικανότητα δημιουργίας σχέσεων με τους συνανθρώπους, θεωρούνται πλέον προϋποθέσεις για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής. Τη δεκαετία του 1980 εισήχθη η έννοια της

«εσωτερικής ποιότητας ζωής», η οποία συναρτάται από τη δραστηριότητα του ατόμου, την ύπαρξη διαπροσωπικών σχέσεων, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση, την ασφάλεια και την ευχαρίστηση από τη ζωή (Naess et al., 1987). Πιο πρόσφατα θεωρητικά μοντέλα κατανέμουν τις παραμέτρους για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής σε 3 επίπεδα: τους εξωτερικούς παράγοντες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι σύντροφος) και εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Lindstroem et al., 1995). Όπως είναι αναμενόμενο, λόγω της προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας ζωής από διαφορετικές οπτικές γωνίες, δεν υπάρχει ομοφωνία στον προσδιορισμό της. Δεν υπάρχει ένας μοναδικός ορισμός της ποιότητας ζωής, που να είναι περιεκτικός και συμβατός με την πληθώρα των θεωριών και των αρχών όλων των επιστημονικών προοπτικών, που έχουν αποπειραθεί να την προσδιορίσουν. Αυτό που θα πρέπει ίσως να τονιστεί σε κάθε απόπειρα ορισμού της έννοιας «ποιότητα ζωής», είναι ότι θα πρέπει πάντα να διαχωρίζονται οι παράγοντες αυτοί που κρατούν έναν άνθρωπο στη ζωή και προάγουν ή δυσχεραίνουν την καθημερινή του ζωή, από τους παράγοντες εκείνους για τους οποίους ζει κανείς. Με άλλα λόγια, για τους περισσότερους ανθρώπους η καλή υγεία δεν είναι σκοπός ζωής, αλλά το μέσο για να πετύχουν τους στόχους τους, όποιοι και αν είναι αυτοί. Για να μορφώσει κανείς έναν ορισμό για την «ποιότητα ζωής», θα πρέπει πρώτα να προσδιορίσει τι είναι αυτό που κάνει τη ζωή να αξίζει, ποιος είναι δηλαδή ο σκοπός ζωής του κάθε ανθρώπου. Αυτό το ερώτημα είναι θεμελιώδες για τον ορισμό της ποιότητας ζωής και αποτελεί κομβικό σημείο της προβληματικής όλων των επιστημονικών κλάδων που έχουν καταπιαστεί με την έννοια. Η ποιότητα ζωής μπορεί

ως εκ τούτου να προσδιοριστεί με βάση το συγκεκριμένο σύστημα αξιών που έχει ενστερνιστεί ο κάθε άνθρωπος (Hyland., 1997). Οι βασικότερες θεωρίες που έχουν επιστρατευτεί για την εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής είναι η υποκειμενική θεωρία και η θεωρία της σχετικότητας (Ruta et al., 1994). Σύμφωνα με την υποκειμενική προσέγγιση (που συχνά αναφέρεται και ως φαινομενολογική), πρωταρχικό στοιχείο στη μελέτη της ποιότητας ζωής θεωρείται η ανθρώπινη εμπειρία, η υποκειμενική ερμηνεία των γεγονότων και το νόημα που αποδίδεται σε αυτά από το άτομο που τα βιώνει. Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι όλα τα φαινόμενα αφού γίνονται αντιληπτά από τις αισθήσεις, υπόκεινται σε παραμόρφωση και παρερμηνεία---. Κάθε ερμηνεία της πραγματικότητας επομένως δεν είναι παρά το προϊόν μιας επιλεκτικής αντίληψης, που έχει διαμορφωθεί και σφυρηλατηθεί από προσωπικές απόψεις και συναισθήματα. Η θεωρία της σχετικότητας προέκυψε από την παραδοχή ότι πολλοί νόμοι και αρχές, που θεωρούνταν ότι διέπουν τον φυσικό κόσμο αλλά και τις πράξεις των ανθρώπων, έχουν αποδειχθεί ότι ισχύουν μόνο σε συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει πλεονεκτική σκοπιά από την οποία μπορεί κανείς να παρατηρήσει την «αληθινή» φύση των φυσικών γεγονότων ή να κρίνει «σωστά» την ανθρώπινη δραστηριότητα. Όπως συνάγεται από τα παραπάνω, τόσο η υποκειμενική (φαινομενολογική) προσέγγιση, όσο και η θεωρία της σχετικότητας πρεσβεύουν ότι δεν υπάρχει μια και μόνη απάντηση στο τι είναι αυτό που δίνει αξία και σκοπό στη ζωή του ατόμου. Οι απαντήσεις ποικίλλουν όπως ποικίλλουν και οι διαφορετικές προσωπικότητες (Gough et al 1983). Επιπλέον αυτό που κατά κύριο λόγο καθορίζει, πόσο καλή ή κακή αντιλαμβάνεται κάποιος την

ποιότητα ζωής του, είναι το κατά πόσο θεωρεί ότι έχει εκπληρώσει τις προσδοκίες του από τη ζωή. Με άλλα λόγια- η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός, που οι ελπίδες και οι φιλοδοξίες ενός ατόμου, συμφωνούν και εκπληρώνονται με την εμπειρία του. Ένας τρόπος επομένως να βελτιώσει κανείς την ποιότητα της ζωής του, είναι να περιορίσει το χάσμα ανάμεσα στις επιδιώξεις του και σε αυτά που πραγματοποιεί (Calman., 1984). Αυτός ο ορισμός δεν συνάδει μόνο με τις αρχές του υποκειμενισμού και της σχετικότητας, αλλά έχει ήδη υιοθετηθεί και δοκιμαστεί στο χώρο της ιατρικής και ειδικότερα της κλινικής έρευνας (Cohen 1982., 1984). Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δεν θα πρέπει να συνάγει κανείς το συμπέρασμα, ότι η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια η οποία προσδιορίζεται μόνο από υποκειμενικές παραμέτρους.

Αντίθετα, όπως υπογραμμίζει ένας ακόμη δόκιμος ορισμός της έννοιας, (Zautra et al., 1979), η ποιότητα ζωής αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα της κατοικίας και άλλες υλικές προϋποθέσεις. Το 1991 συστάθηκε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) μια ομάδα μελέτης για την ανάπτυξη του θεωρητικού μοντέλου, καθώς και ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής (WHOQOL Group,1995). Η ομάδα αυτή, γνωστή ως «World Health Organisation Quality of Life Group» (WHOQOL), όρισε την ποιότητα ζωής ως « την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις

προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του» (WHOQOL Group 1995). Η ποιότητα ζωής εκλαμβάνεται επομένως ως μια πολυδιάστατη έννοια, που συνδυάζει τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις, το βαθμό αυτονομίας και την σχέση του ατόμου με το περιβάλλον. Έχει σαφώς υποκειμενικό χαρακτήρα και περιλαμβάνει τόσο θετικές όσο και αρνητικές παραμέτρους (WHOQOL Group 1994). Στην ιατρική βιβλιογραφία, ο όρος «ποιότητα ζωής» συναντάται για πρώτη φορά το 1966 στο άρθρο “Medicine and Quality of Life” του περιοδικού- Annals of Internal Medicine (Albrecht., 1994). Η ραγδαία εξέλιξη της έννοιας της ποιότητας ζωής στην Ιατρική έκτοτε καταφαίνεται και από το γεγονός ότι, ενώ την περίοδο 1966-1974 οι αναφορές στην ποιότητα ζωής στην ιατρική βιβλιογραφία ήταν μόλις 40 (Albrecht., 1994), σήμερα ανέρχονται στις 19242 (Medline., 2008). Το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου για την έννοια της ποιότητας ζωής, είναι απόλυτα συμβατό με την σύγχρονη θεώρηση της υγείας, όπως αυτή αποτυπώνεται στον ορισμό του ΠΟΥ (WHO 1947), που δίνει έμφαση στην ψυχοκοινωνική διάσταση της υγείας του ατόμου. Για να διακρίνεται η γενικώς εννοούμενη ποιότητα ζωής από την ποιότητα ζωής που άπτεται του ενδιαφέροντος των επιστημών υγείας επινοήθηκε ο όρος «ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία» (health related quality of life).

4.3 Πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση

Προκειμένου να αντιληφθεί κανείς σε ποιο επίπεδο βρίσκεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι χρήσιμο να προβεί στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας. Σκοπός της αξιολόγησης αυτής είναι ο αποτελεσματικότερος σχεδιασμός προγραμμάτων και στρατηγικών μεθόδων για την υγεία, ο καταμερισμός των πόρων και η αξιολόγηση αυτών και τέλος η ανάπτυξη επαγγελματιών υγείας. Επίσης, η αξιολόγηση σε μερικές μελέτες γίνεται για την σύγκριση διάφορων θεραπειών.

Οι τρόποι που μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής είναι τρεις σύμφωνα με τους Gill Feinstein. Πρώτον με αντικειμενικές μετρήσεις, όπως οι κλινικοί δείκτες τους οποίους οι ασθενείς δεν μπορούν να κατανοήσουν. Δεύτερον με τις μετρήσεις της λειτουργικής ικανότητας, οι οποίες αφορούν δείκτες τους οποίους οι ασθενείς είναι σε θέση να αντιληφθούν. Τρίτον είναι η αξιολόγηση που μπορεί να γίνει με την καταγραφή της άποψης των ατόμων για την υποκειμενική εμπειρία να φέρουν σε πέρας μια δραστηριότητα. Η υποκειμενική αυτή άποψη για τη κατάσταση της υγείας είναι πιο κοντά στην έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και λειτουργικότητας (Eiser et al., 2001). Αρκετά από τα εργαλεία αξιολόγησης επικεντρώνονται στο να περιγράψουν το πως αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο τη κατάσταση της υγείας του ώστε να καταλάβουμε τις ανάγκες και τις προσδοκίες του με στόχο τη παροχή ανάλογων υπηρεσιών. Πολύ διαδεδομένοι δείκτες για τη μέτρηση της

ποιότητας της ζωής είναι τα ποιοτικά προσαρμοσμένα χρόνια ζωής και τα χρόνια απαλλαγμένα από ανικανότητα.

Ο πρώτος τρόπος αξιολόγησης αφορά τις εξετάσεις που κάνει ο ασθενής που δεν μπορεί να ερμηνεύσει και έτσι είναι ακατανόητες για τον ίδιο. Ο δεύτερος τρόπος αφορά τις λειτουργίες του σώματος τις οποίες ο ασθενής τις αισθάνεται και μπορεί να τις κατανοήσει. Και ο τελευταίος τρόπος είναι η καταγραφή της άποψης του δηλαδή τα ερωτηματολόγια, αφού έχουν προηγηθεί όλες οι κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις και έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη της εμμηνόπαυσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας στην εμμηνόπαυση

Η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα θα πρέπει να διδαχθεί μέσα από τον νοσηλευτή την σημασία της σωστής διατροφής, της ανάπαυσης και της άσκησης, καθώς και του κινδύνου από την κατάχρηση ουσιών. Οι παραπομπές σε ομάδες στήριξης και η ατομική συμβουλευτική μπορεί να είναι απαραίτητα για την ενδυνάμωση των μηχανισμών αντιμετώπισης και την αποδοχή των προσωπικών και οικογενειακών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα. Ακλουθώντας τις οδηγίες του νοσηλευτή και πάντα με την καθοδήγηση των γιατρών η

εμμηνοπαυσιακή γυναίκα θα πρέπει να προβεί σε συγκεκριμένες πράξεις που προάγουν την υγεία της, τόσο σωματική όσο και ψυχική. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, διδάσκοντας, λειτουργώντας ως πρότυπο ενθαρρύνοντας την ανάληψη της ευθύνης για αυτοφροντίδα.

5.1.1 Οι δραστηριότητες που συστήνονται για την προαγωγή της υγείας

- 1.Εξέταση μαστών από επαγγελματία υγείας μία φορά τον χρόνο
- 2.Αυτοεξέταση μαστών κάθε μήνα
- 3.Μαστογραφία μετά από σύσταση επαγγελματία υγείας και μετά την ηλικία των 50 μια φορά τον χρόνο
- 4.Τεστ Παπανικολάου μια φορά τον χρόνο
- 5.Μετά από τρία ή περισσότερα διαδοχικά τεστ, το τεστ Παπανικολάου μπορεί να γίνεται λιγότερο συχνά ,κατά την κρίση του επαγγελματία υγείας.
- 6.Πλήρη φυσική εξέταση κάθε δύο χρόνια
- 7.Ετήσια οδοντιατρική εξέταση
- 8.Οφθαλμολογική εξέταση κάθε ένα με δύο χρόνια, συμπεριλαμβανόμενης της εξέτασης για το γλαύκωμα
- 9.Διατήρη της τρέχουσας ανοσοποιήσεις
- 10.Ετήσια εξέτασης κοπράνων για την παρουσία αίματος
- 11.Δαχτυλική εξέταση ορθού κάθε χρόνο
- 12.Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο.

5.2 Εξετάσεις υγείας

Καθώς η γυναίκα πλησιάζει την εμμηνόπαυση κάθε χρειάζεται να υποβάλλεται τακτικά σε ποικιλία ιατρικών εξετάσεων. Κάποιες από τις εξετάσεις που πραγματοποιούσε, στο παρελθόν θα πρέπει να γίνονται πιο τακτικά, ενώ μπορεί να προστεθούν και καινούργιες ,λόγω της αλλαγής που έχει υποστεί ένεκα της εμμηνόπαυσης. Διαδικασίες όπως η κολποσκόπηση, μπορεί να είναι απαραίτητες, εφόσον στους ελέγχους

ρουτίνας διαπιστωθούν κάποιες ανωμαλίες. Μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων θα συμβάλλουν στον έλεγχο της υγείας της γυναίκας, με πρωταρχικό ρόλο να κατέχει ο ίδιος ο εαυτός. Ακολουθεί ο γιατρός, ο γυναικολόγος, ο ακτινολόγος που θα διαβάσει το μαστογράφημα, ο κυτταρολόγος που θα μετρήσει το κολπικό επίχρισμα.

Οι γιατροί φέρουν ευθύνη σε ότι αφορά τη θεραπεία της υποκατάστασης ορμονών και πρώτου συσταθεί αυτή η θεραπεία HRT ο γιατρός θα πρέπει να προβεί σε μια εξέταση της πυέλου, του στήθους, να πάρει κολπικό επίχρισμα και να ελέγξει το βάρος πίεσης της γυναίκας.

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να γίνει μια μαστογραφία για να διαπιστωθεί η κατάσταση υγείας του στήθους όπως επίσης θα πρέπει να γίνει έλεγχος της οστικής μάζας για να εκτιμηθεί εάν η γυναίκα είναι επιρρεπείς σε οστεοπόρωση. Αφού χορηγηθεί η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, θα πρέπει να ανά εξάμηνο να γίνεται επίσκεψη στον γιατρό για την συζήτηση τυχόν παρενεργειών και αιμορραγιών κατά τον έλεγχο του σωματικού βάρους αλλά και τη αρτηριακής πίεσης.

5.2.1 Προληπτικός έλεγχος μετά την εμμηνόπαυση κάθε χρόνο

1. Γενική εξέταση ούρων
2. Γενική εξέταση αίματος
3. Τ.Κ.Ε.
4. Ασβέστιο
5. Φώσφορος
6. Σάκχαρο
7. Ουρία
8. Ουρικό οξύ
9. Χοληστερίνη
10. Τριγλυκερίδια
11. HDL-LDL
12. SGOT-SGTP (τρανσαμινάσες)
13. Λευκώματα ολικά-Λευκωματίνη
14. Κρεατινίνη

- 15.Αλκαλική Φωσφατάση
- 16.FSH
- 17.Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας(σπειρομετρία)
- 18.Γυναικολογική εξέταση κάθε χρόνο
- 19.Καρδιολογική εξέταση
- 20.Παθολογική εξέταση
- 21.Ω.Ρ.Λ. εξέταση
- 22.Οφθαλμολογικός έλεγχος
- 23.Ψηλάφηση μαστών καθε χρόνο

5.3 Μαστογράφημα

Η μαστογραφία είναι ένα είδος ακτινογραφίας, η οποία καταδεικνύει τις όποιες αλλαγές στην ιδιοσυστασία των ιστών μιας γυναίκας, όπως οι κύστες και οι όγκοι. Η μαστογραφία είναι ακίνδυνη, καθώς οι ακτίνες εισέρχονται μόλις λίγα εκατοστά και ο ακτινολόγος το χρησιμοποιεί για να διαπιστώσει την θέση τυχόν περιοχών αυξημένης πυκνότητας ή άλλες ανωμαλίες, όπως ο καρκίνος.

5.4 Έλεγχος κολπικού επιχρίσματος

Ο έλεγχος του κολπικού επιχρίσματος είναι πολύ αποτελεσματικός σε ότι αφορά την προστασία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και είναι εξίσου σημαντικός για όλες τις ηλικίες. Το τεστ Παπανικολάου είναι απαραίτητο κάθε χρόνο για τις προεμμηνόπαυσικές γυναίκες, και κάθε έξι μήνες μετά την εμμηνόπαυση. Οι τοπικοί παράγοντες άμυνας ελαττώνονται μετά την εμμηνόπαυση καθώς και η συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται αυτή την περίοδο η επανάληψη του τεστ Παπανικολάου σε αυτό τον ρυθμό θεωρείται ικανοποιητική,

δεδομένου ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται πολύ αργά. Οι γυναίκες που βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου με την ίδια συχνότητα. Και αυτές είναι: όσες είχαν στη ζωή τους πολλούς ερωτικούς συντρόφους, γυναίκες με ιστορικό αφροδίσιου νοσήματος, γυναίκες με κονδυλώματα και προηγούμενα τεστ τα οποία δεν ήταν φυσιολογικά. Επίσης είναι απαραίτητο και δυο μήνες μετά την εγκυμοσύνη, ώστε να γίνει πλήρης έλεγχος της κατάστασης του τραχήλου της μήτρας.

Προτού αναπτυχθεί ο καρκίνος, υπάρχει ένα προκαρκινικό στάδιο, χωρίς εμφανή συμπτώματα. Εντούτοις, υπάρχουν αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου και εφόσον ληφθεί κάποιο δείγμα των κυττάρων αυτών και εξεταστούν κάτω από μικροσκόπιο, οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν ανωμαλίες και να αποφασίσουν για την σχετική θεραπεία. Με το τεστ Παπανικολάου, γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώμα κύτταρα αυτά σε πλάκες και αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα το στέλνει στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος βάφει τα κύτταρα με ειδική χρωστική ουσία, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο, και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εφόσον υπάρχουν. Εφόσον βρεθεί η ύπαρξη ανώμαλων τραχηλικών κυττάρων, γίνεται ο χαρακτηρισμός τους σε ήπια, ενδιάμεση και σοβαρή μορφή. Στην πρώτη περίπτωση, συστήνεται η πραγματοποίηση επαναληπτικών ελέγχων σε διαστήματα τριών ως έξι μηνών, διότι ορισμένες φορές οι ανωμαλίες αυτές εξαφανίζονται. Αν οι κυτταρολογικές αλλαγές είναι ενδιάμεσης ή σοβαρής μορφής πιθανόν να απαιτηθεί η πραγματοποίηση κολποσκόπησης που παρέχει τη δυνατότητα στον γιατρό να δει σε λεπτομέρεια μικροσκοπίου, τον τράχηλο.

Στις γυναίκες που έχουν περάσει στην εμμηνόπαυση η ζωή μετάλλαξης μετακινείται στην τραχηλική δίοδο, σημείο λιγότερο βατό για την πραγματοποίηση της εξέτασης του κολπικού επιχρίσματος. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με τη χρήση μιας ενδοτραχηλικής βούρτσας, η οποία μπορεί να εισέλθει ήρεμα στην τραχηλική δίοδο. Μια συνήθης αιτία ανώμαλων αλλαγών στον τράχηλο, είναι οι γυναικολογικής μορφής σπίλοι ή τα θηλώματα (HPV). Ορισμένοι τύποι τους μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές που είναι εμφανείς στην εξέταση κολπικού επιχρίσματος, όμως έως και το 1/3 αυτών των ανωμαλιών μπορεί να εξαφανιστούν από μόνες τους. Για το λόγο αυτό, εάν η γυναίκα έχει

προϊστορία με γυναικολογικής μορφής σπίλους θα πρέπει να πραγματοποιεί ετησίως μία εξέταση κολπικού επιχρίσματος. Άλλες γυναίκες κάθε δύο με τρία χρόνια. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος το τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις δύο τελευταίες μέρες. Είναι ασυγχώρητο να καθυστερεί η γυναίκα και να παραμελεί αυτή την τόσο απλή εξέταση. Το τεστ Παπ έχει πολύ μικρό κόστος, πολύ μικρή χρονική διάρκεια 5-10 λεπτών, αλλά μπορεί να γλιτώσει τη γυναίκα από πλήθος βαριές συνέπειες.

5.6 Κολποσκόπηση

Εφόσον στην εξέταση του κολπικού επιχρίσματος εμφανιστούν ανώμαλα κύτταρα ο γιατρός θα προβεί σε κολποσκόπηση για να αποφασίσει την κατάλληλη θεραπεία. Χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο που μοιάζει με κυάλια, προβαίνει σε μικροσκοπική εξέταση της επιφάνειας τραχήλου. Οι έμπειροι ειδικοί στις κολποσκοπήσεις μπορούν να ξεχωρίσουν τις μολύνσεις, τις χρόνιες φλεγμονές, τους πολύποδες και τις περιοχές του προκαταρκτικού σταδίου του καρκίνου. Αν ο γιατρός διαπιστώσει κάποια ανωμαλία εμφανισιακά κατάσταση θα συστήσει να γίνει εξέταση με λείζερ, βιοψία κώνου ή μία εκτομή με βρόγχο.

5.7 Καρδιαγγειακοί έλεγχοι

Εάν η γυναίκα δεν έχει συμπτώματα, ασκείται τακτικά την εβδομάδα, έχει φυσιολογικό βάρος και δεν καπνίζει δεν είναι πιθανό να αντιμετωπίσει καρδιαγγειακά προβλήματα και οι περιστασιακοί έλεγχοι είναι αρκετοί. Οι καρδιακοί έλεγχοι συνίσταται στον έλεγχο της καρδιάς, την μέτρηση της πίεσης, ηλεκτροκαρδιογράφημα ΗΚΓ, καθώς

και την εξέταση αίματος. Αν η γυναίκα έχει υψηλή πίεση ή υψηλό ποσοστό χοληστερόλης στο αίμα, ιστορικό με καρδιακά νοσήματα, έχει επιπλέον βάρος, καπνίζει ή ασκείται σπάνια, θα πρέπει να κάνει τακτικά τσεκ-απ από την ηλικία των 35. Δεν χρειάζεται ηλεκτροκαρδιογράφημα εκτός αν ο γιατρός διαπιστώσει κάποια ανωμαλία.

5.8 Συμβουλές για καλύτερη ποιότητας ζωής

Οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση μπορούν να ακολουθήσουν τα παρακάτω βήματα και να βελτιώσουν κατά πολύ τόσο την σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία.

- να ασκούνται καθημερινά
- να έχουν σωστή διατροφή, πλούσια σε βιταμίνες και ασβέστιο
- να διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα
- να σταματήσουν το κάπνισμα
- να περιορίσουν την κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης
- να κοιμούνται αρκετά
- να συνεχίσουν τα ενδιαφέροντά τους ή να αναπτύξουν νέες δραστηριότητες
- να έχουν μια συστηματική ιατρική παρακολούθηση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις παθογένειες των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, να μελετηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών και η βελτίωση του τρόπου ζωής και της καθημερινότητας τους.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Πόσο περιορίζει η εμμηνόπαυση την ποιότητα ζωής των γυναικών στην καθημερινότητα τους;
2. Πως επηρεάζει η σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα λόγω εμμηνόπαυσης τις κοινωνικές δραστηριότητες;
3. Πως η εμμηνόπαυση επιδρά στην ψυχική υγεία των γυναικών και πως επηρεάζει τις υποχρεώσεις τους σε όλα τα επίπεδα;

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την παρούσα μελέτη, η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Στα κλειστά τύπου ερωτηματολόγια η συμπλήρωση γίνεται από τους νοσηλευτές και οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν επιλέγοντας από συγκεκριμένες εναλλακτικές.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Ιουνίου 2016 έως Ιουνίου 2017 στο Π.Ε.Δ.Υ και ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. (Statistical package for the social sciences).

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εφαρμόστηκε μέθοδος τυχαίας δειγματοληψίας. Η αναφερόμενη μέθοδος διασφαλίζει ότι κάθε στοιχείο του πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να επιλεγεί. Το δείγμα αποτελέσουν όλες οι γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση και που επισκέπτονταν το ΠΕΔΥ και ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου έως 65 ετών (τυχαία δειγματοληψία).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 το οποίο είναι μεταφρασμένο στα Ελληνικά και σταθμισμένο. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έγινε μέτρηση δραστηριοτήτων, ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική υγεία και μέτρηση πόνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Ερωτηματολόγιο SF-36

Το ερωτηματολόγιο SF-36 είναι ένα γνωστό και ευρέως χρησιμοποιημένο εργαλείο για την ποιότητα ζωής. Ο σκοπός του είναι να καταγράψει την υποκειμενική αίσθηση του ερωτώμενου για την ποιότητα της ζωής του ή το πώς βιώνει κυρίως κάποιο χρόνιο ιατρικό πρόβλημα. Σε αρκετές μελέτες έχει συσχετισθεί η βαθμολογία του SF-36 με την ιατρική εικόνα του ασθενούς.

Στον Πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου SF-36. Το εύρος των κλιμάκων κυμαίνεται από 1-2, 1-3, 1-5 και 1-6. Οι κλίμακες με τιμές 1-2 αντιστοιχούν σε ερωτήσεις της μορφής ναι/όχι, οι κλίμακες 1-3 αφορούν καθόλου, πιθανή ή καταφατική επιλογή (π.χ. περιορισμός), οι κλίμακες 1-5 και 1-6 αφορούν απαντήσεις από καθόλου μέχρι πολύ (π.χ καθόλου, πολύ ήπια, ήπια, μέτρια, αρκετά πολύ).

Ανάλογα με τον αριθμό των τιμών των μεταβλητών υπάρχει αντιστοίχιση σε κλίμακα από 0-100. Οι ερωτήσεις είναι βαθμολογημένες ώστε το 100 να αντιστοιχεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 1. Βαθμολόγηση των ερωτήσεων-δηλώσεων του SF-36

Ερωτήσεις SF-36	Απά ντηση	Κωδικο Ποίηση	Ερωτήσεις SF-36	Απά ντηση	Κωδικο Ποίηση
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100	32, 33, 35	1	0
	2	75		2	25
	3	50		3	50
	4	25		4	75
	5	0		5	100
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0			
	2	50			
	3	100			
13, 14, 15, 16, 17, 18,	1	0			

	2	100			
			24, 25, 28,		
21, 23, 26, 27, 30	1	100	29, 31	1	0
	2	80		2	20
	3	60		3	40
	4	40		4	60
	5	20		5	80
	6	0		6	100

Από το σύνολο των 36 ερωτήσεων δημιουργήθηκαν 8 κλίμακες που σχετίζονται με τη σωματική και συναισθηματική υγεία όπως την βιώνει ο ερωτώμενος (Πίνακας 2). Οι κλίμακες που δημιουργούνται είναι η λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις), περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (4 ερωτήσεις), περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (3 ερωτήσεις), ενέργεια/κόπωση (4 ερωτήσεις) συναισθηματική κατάσταση (5 ερωτήσεις), κοινωνική λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις), πόνος (2 ερωτήσεις) και γενική υγεία (5 ερωτήσεις)

Η ερώτηση “Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;” μπορεί και να θεωρηθεί και ως 9^η κλίμακα στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, χρησιμοποιούνται αρκετά δύο γενικές κλίμακες: η μία σωματικής υγείας (PH) που προκύπτει από την άθροιση των επιμέρους κλιμάκων - PF, RLP, P, GH-και της Διανοητικής υγείας (MH) που προκύπτει από την άθροιση των RLE, EF, EWV, SF.

Πίνακας 2. Οι επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36

Κλίμακα SF-36	Κλίμακα	Αριθμός Ερωτήσεων	Ερωτήσεις	Ακρωνύμιο
Λειτουργικότητα	Physical Functioning	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	PF
Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	Role Limitations due to Physical health	4	13, 14, 15, 16	RLP
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	Role Limitations due to Emotional problems	3	17, 18, 19	RLE
Ενέργεια/κόπωση	Energy/Fatigue	4	23, 27, 29,	EF

Συναισθηματική Κατάσταση	Emotional Well Being	5	31 24, 25, 26, 28, 30	EWB
Κοινωνική λειτουργικότητα	Social Functioning	2	20, 32	SF
Πόνος	Pain	2	21, 22	P
Γενική Υγεία	General Health	5	1, 33, 34, 35, 36,	GH
Γενικές Κλίμακες				
Σωματική Υγεία	Physical Health	21	1, 3-16, 21- 22 33-36	PH
Διανοητική Υγεία	Mental Health	14	17-20, 23- 32	MH

Οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας του Cronbach υπολογίστηκαν για όλες τις παρουσιαζόμενες κλίμακες

Στατιστική Ανάλυση

Η ηλικία, οι ερωτήσεις και οι κλίμακες του SF-36 εκφράστηκαν με τη μορφή της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν η διάμεσος και η ελάχιστη-μέγιστη τιμή για την περιγραφή τους. Για την εύρεση διαφορών μεταξύ των μέσων τιμών των κλιμάκων SF-36 ανά πηγή πληροφορίας (ΠαΓΝΗ ή ΠΕΔΥ) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Οι συγκρίσεις των μέσων τιμών των κλιμάκων SF-36 ανά ηλικιακή ομάδα έγινε με ανάλυση διασποράς ενός παράγοντα (one-way ANOVA). Επίσης χρησιμοποιήθηκε ο post-hoc έλεγχος Tukey's HSD για την εύρεση διαφορών ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων του SF-36 υπολογίστηκε με τον συντελεστή alpha του Cronbach.

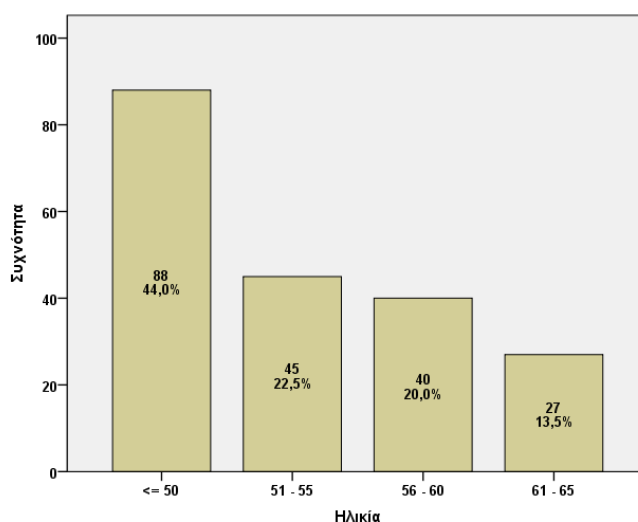
Χρησιμοποιήθηκαν θηκογράμματα (Box and Whisker plots), ραβδογράμματα (barcharts) για την γραφική αναπαράσταση των δεδομένων.

Η καταχώριση των δεδομένων έγινε σε ειδικά διαμορφωμένο υπολογιστικό φύλο EXCEL για τον υπολογισμό των αναγόμενων τιμών και κλιμάκων SF-36, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε στο IBM SPSS Statistics 23.0

Αποτελέσματα

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν με τυχαίο τρόπο σε γυναίκες που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο ΠαΓΝΗ και το υποκατάστημα Ηρακλείου του ΠΕΔΥ. Το σύνολο των εμμηνοπαυσιακών γυναικών που συμμετείχαν ήταν 200 ισοκατανεμημένες και στις δύο μονάδες.

Η ηλικιακή κατανομή των γυναικών συνολικά παρουσιάζεται στην Εικόνα 1. Μεγάλος αριθμός γυναικών -88 γυναίκες, 44,0% του δείγματος- ήταν στην ηλικία μέχρι 50 ετών ενώ ο μικρότερος αριθμός ήταν στην ηλικιακή ομάδα 61-65 (27 γυναίκες, 13,5%). Σε απόλυτα έτη η μικρότερη εμμηνοπαυσιακή γυναίκα του δείγματος ήταν 41 ετών με μέγιστη τιμή τα 65. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν 52.7 ± 6.3 και η διάμεση τα 52.



Εικόνα 1. Ηλικιακή κατανομή των γυναικών στο σύνολο του δείγματος

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή ανά μονάδα συλλογής (ΠΕΔΥ ή ΠΑΓΝΗ). παρατηρήθηκε ότι η ηλικιακή κατανομή διαφοροποιείται στις δύο μονάδες ($\chi^2=74,03$, $df=3$, $p<0,001$). Οι νεώτερες ηλικιακά γυναίκες κάτω των 50 κατανέμονται σε ποσοστό 62,0% στη μονάδα συλλογής ΠΑΓΝΗ, ενώ στην μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες όπως στην ηλικιακή ομάδα 56-60, 35 γυναίκες είναι στο ΠΕΔΥ ενώ μόνο πέντε στο ΠΑΓΝΗ.

Πίνακας 3. Ηλικιακή κατανομή εμμηνοπαυσιακών γυναικών ανά μονάδα συλλογής.

		Μονάδα συλλογής				Σύνολο		
		ΠΑΓΝΗ		ΠΕΔΥ				
		n	%	n	%	N	%	
Ηλικιακή	<= 50	62	62,0%	26	26,0%	88	44,0%	
Κατανομή	51	-	33	33,0%	12	12,0%	45	22,5%
	55							
	56	-	5	5,0%	35	35,0%	40	20,0%
	60							
	61	-	0	0,0%	27	27,0%	27	13,5%
	65							
Σύνολο		100	100,0%	100	100,0%	200	100,0%	

Σε ότι αφορά τις αναγώμενες ως προς το 100 τιμές των ερωτήσεων της κλίμακας SF-36 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 τα περιγραφικά τους στατιστικά. Η τοποθέτηση των ερωτήσεων στον Πίνακα έγινε με αντιστοίχιση στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου. Παρουσιάζεται επίσης με βάση την βαθμολογία της ερώτησης η σχετική θέση σε φθίνουσα σειρά στο σύνολο των ερωτήσεων αλλά και στην επιμέρους κλίμακα.

Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι έξι ερωτήσεις με τα μεγαλύτερα σκορ (βαθμολογίες) στο ερωτηματολόγιο SF-36 ανήκουν στην κλίμακα PF. Οι ερωτήσεις αυτές είναι η SF-12 ($89,0 \pm 26,1$), η SF-11 ($83,5 \pm 28,8$), η SF-7 ($82,5 \pm 26,9$), η SF-5 ($75,5 \pm 30,9$), η SF-4 ($72,0 \pm 30,3$) και η SF-10 ($71,0 \pm 35,6$).

Οι πέντε χαμηλότερες τιμές στη βαθμολογία παρουσιάστηκαν στην ερώτηση SF-35 της κλίμακας SF με μέση τιμή $42,0 \pm 29,7$, στην ερώτηση SF-3 της κλίμακας PF ($44,5 \pm 38,8$), στην ερώτηση SF-27 της κλίμακας EF ($45,4 \pm 28,8$), η ερώτηση SF-26 της κλίμακας EWB ($45,9 \pm 23,6$), η ερώτηση SF-31 της κλίμακας EF ($46,3 \pm 26,2$) και η ερώτηση SF-30 της κλίμακας WEB ($46,5 \pm 24,5$).

Οι ερωτήσεις με μεγαλύτερη μέση βαθμολογία σε κάθε μία από τις οκτώ κλίμακες ήταν:

- Η ερώτηση SF-12 της κλίμακας PF με μέση τιμή $89,0 \pm 26,1$
- Η ερώτηση SF-15 της κλίμακας RLP με μέση τιμή $65,0 \pm 47,8$

- Η ερώτηση SF-17 της κλίμακας RLE με μέση τιμή 62,0±48,7
- Η ερώτηση SF-29 της κλίμακας EF με μέση τιμή 59,9±28,5
- Η ερώτηση SF-25 της κλίμακας EWB με μέση τιμή 59,2±29,1
- Η ερώτηση SF-20 της κλίμακας SF με μέση τιμή 68,4±28,3
- Η ερώτηση SF-22 της κλίμακας P με μέση τιμή 65,0±30,2
- Η ερώτηση SF-34 της κλίμακας GH με μέση τιμή 61,0±31,0

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων του SF-36

Κλίμακα	Ερώτηση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Θέση	
							Κλίμακας	Απόλυτη
PF	SF-3	44,5	38,8	50,0	0,0	100,0	10	35
	SF-4	72,0	30,3	75,0	0,0	100,0	5	5
	SF-5	75,5	30,9	100,0	0,0	100,0	4	4
	SF-6	60,3	36,6	50,0	0,0	100,0	8	19
	SF-7	82,5	26,9	100,0	0,0	100,0	3	3
	SF-8	67,5	35,7	50,0	0,0	100,0	7	8
	SF-9	56,8	39,7	50,0	0,0	100,0	9	23
	SF-10	71,0	35,6	100,0	0,0	100,0	6	6
	SF-11	83,5	28,8	100,0	0,0	100,0	2	2
	SF-12	89,0	26,1	100,0	0,0	100,0	1	1
RLP	SF-13	60,5	49,0	100,0	0,0	100,0	3	17
	SF-14	51,0	50,1	100,0	0,0	100,0	4	29
	SF-15	65,0	47,8	100,0	0,0	100,0	1	9
	SF-16	62,5	48,5	100,0	0,0	100,0	2	13
RLE	SF-17	62,0	48,7	100,0	0,0	100,0	1	14
	SF-18	53,5	50,0	100,0	0,0	100,0	3	27
	SF-19	61,0	48,9	100,0	0,0	100,0	2	15
EF	SF-23	48,8	27,2	60,0	0,0	100,0	2	30
	SF-27	45,4	25,8	40,0	0,0	100,0	4	34
	SF-29	59,9	28,5	60,0	0,0	100,0	1	20
	SF-31	46,3	26,2	40,0	0,0	100,0	3	32
EWB	SF-24	57,1	27,6	60,0	0,0	100,0	2	22
	SF-25	59,2	29,1	60,0	0,0	100,0	1	21
	SF-26	45,9	23,6	40,0	0,0	100,0	5	33
	SF-28	56,2	28,9	60,0	0,0	100,0	3	24
	SF-30	46,5	24,5	60,0	0,0	100,0	4	31

SF	SF-20	68,4	28,3	75,0	0,0	100,0	1	7
	SF-32	62,9	27,5	75,0	0,0	100,0	2	12
P	SF-21	64,0	26,6	60,0	20,0	100,0	2	11
	SF-22	65,0	30,2	75,0	0,0	100,0	1	9
GH	SF-1	53,6	23,3	50,0	0,0	100,0	4	26
	SF-33	60,4	33,9	50,0	0,0	100,0	2	18
	SF-34	61,0	31,0	62,5	0,0	100,0	1	15
	SF-35	42,0	29,7	50,0	0,0	100,0	5	36
	SF-36	54,0	34,4	50,0	0,0	100,0	3	25
	SF-2	52,7	21,2	50,0	0,0	100,0	1	28

Τα περιγραφικά στατιστικά των παραγόμενων κλιμάκων SF-36 παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 και στην Εικόνα 2. Οι μέσες τιμές σε φθίνουσα σειρά είναι λειτουργικότητα $PF=70,3\pm 23,2$, κοινωνική λειτουργικότητα $SF=65,6\pm 23,8$, Πόνος $P=64,5\pm 26,8$, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας $RLP=59,7\pm 36,2$, περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας $RLE=58,8\pm 40,2$, γενική υγεία $GH=54,2\pm 21,0$, συναισθηματική κατάσταση $EWB=53,0\pm 19,2$, ενέργεια/κόπωση $EF=50,1\pm 18,5$.

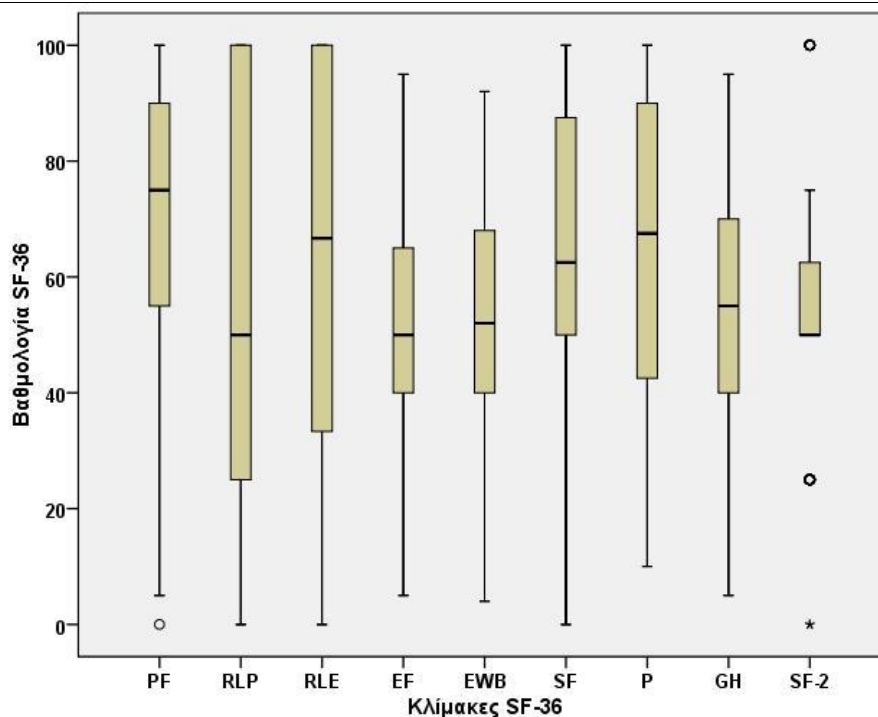
Επίσης οι γενικές κλίμακες PH και MH που εκφράζουν συνολικά την σωματική και την διανοητική υγεία έχουν μέσες τιμές $62,2\pm 22,2$ και $56,9\pm 20,8$ αντίστοιχα.

Για το σύνολο των ερωτήσεων ο συντελεστής του Cronbach είχε την υψηλή τιμή 0,934 ενώ υψηλές ήταν και για τις γενικές κλίμακες PH και MH με τιμές 0,910 και 0,863 αντίστοιχα. Στις επιμέρους κλίμακες όλες εκτός 2 παρουσίασαν τιμές άνω του 0,700.

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων SF-36

Κωδικός	Κλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Cronbach's alpha
PF	Λειτουργικότητα	70,3	23,2	75,0	,0	100,0	0,882
RLP	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	59,7	36,2	50,0	,0	100,0	0,726

RLE	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	58,8	40,2	66,7	,0	100,0	0,753
EF	Ενέργεια/κόπωση	50,1	18,5	50,0	5,0	95,0	0,626
EWB	Συναισθηματική κατάσταση	53,0	19,2	52,0	4,0	92,0	0,763
SF	Κοινωνική Λειτουργικότητα	65,6	23,8	62,5	,0	100,0	0,624
P	Πόνος	64,5	26,8	67,5	10,0	100,0	0,872
GH	Γενική Υγεία	54,2	21,0	55,0	5,0	95,0	0,712
SF-2		52,7	21,2	50,0	,0	100,0	
PH	Σωματική Υγεία	62,2	22,2	64,1	7,5	97,5	0,910
MH	Συναισθηματική Υγεία	56,9	20,8	59,5	5,4	96,8	0,863



Εικόνα 2. Θηκογράμματα κλιμάκων SF-36

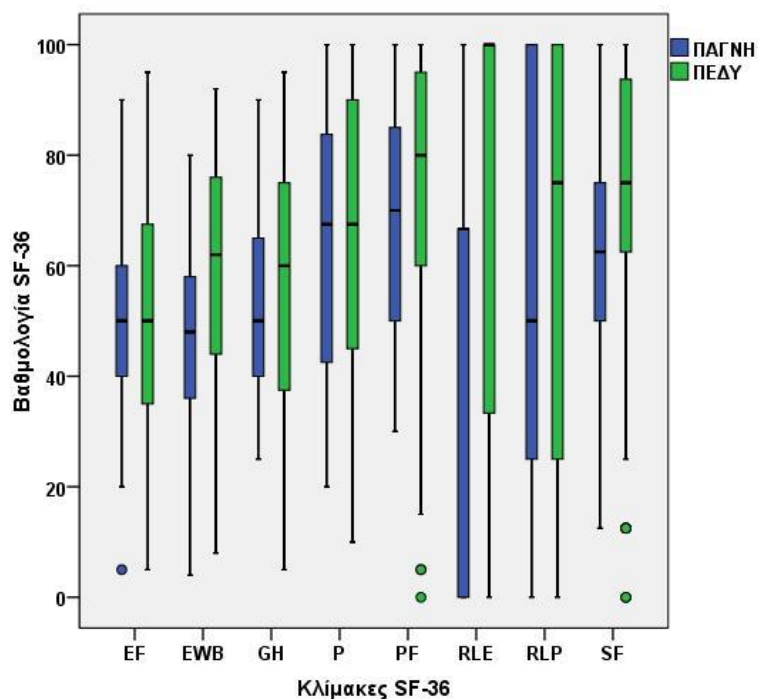
Η επίδραση της πηγής πληροφορίας (ΠΑΓΝΗ ή ΔΥΠΕ) παρουσιάζεται στον Πίνακα 6 και στην Εικόνα 3. Παρατηρήθηκαν διαφορές στις κλίμακες RLE, EWB, SF με τιμές $p < 0,001$ μεταξύ των πηγών. Σε κάθε

περίπτωση οι μέσες τιμές στις αναφερόμενες κλίμακες είναι υψηλότερες στο ΠΕΔΥ 70,0±38,3 για την RLE, 51,2±21,2 για την EWB και 71,6±25,4 για την SF σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές για το ΠΑΓΝΗ (RLE: 47,7±39,1, EWB: 47,7±14,9, SF: 59,6±20,5).

Σε ότι αφορά τις γενικές κλίμακες σωματικής υγείας PH δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πηγών ($p=0,108$) ενώ παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,001$) στην διανοητική υγεία.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά και έλεγχος διαφορών στις κλίμακες SF-36 μεταξύ των πηγών συλλογής.

	Πηγή				P
	ΠΑΓΝΗ		ΠΕΔΥ		
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	
PF	67,6	19,9	73,0	25,8	0,099
RLP	55,3	33,4	64,3	38,5	0,079
RLE	47,7	39,1	70,0	38,3	<0,001
EF	49,0	15,4	51,2	21,2	0,402
EWB	47,7	14,9	58,3	21,6	<0,001
SF	59,6	20,5	71,6	25,4	<0,001
P	62,5	25,9	66,5	27,7	0,298
GH	53,3	15,4	55,1	25,3	0,545
SF-2	55,8	22,4	49,8	19,6	0,045
PH	59,7	19,4	64,7	24,5	0,108
MH	51,0	17,8	62,8	22,0	<0,001



Εικόνα 3. Θηκογράμματα των κλιμάκων SF-36 ανά τόπο συλλογής.

Η σύγκριση των βαθμολογιών των κλιμάκων SF-36 ανα ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε αρκετές από αυτές. Στις κλίμακες PF, RLP, EF, P, GH αλλά και στο SF-2 οι τιμές του p είναι $<0,001$, ενώ στην κλίμακα EWB η τιμή είναι $p=0,005$. Οι πιο υψηλές τιμές των κλιμάκων SF-36 άρα και η καλύτερη υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 50 ενώ οι χαμηλότερες στην ηλικιακή ομάδα 61-65. Ως παράδειγμα στην κλίμακα PF η μέση τιμή ήταν $77,8 \pm 19,6$ ενώ στην 61-65 ήταν $56,5 \pm 26,7$, στην κλίμακα RLP $67,0 \pm 31,4$ και στην κλίμακα 61-65 $37,0 \pm 38,2$.

Οι συνοπτικές κλίμακες PH και MH έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες με $p < 0,001$ και $p = 0,012$ αντίστοιχα.

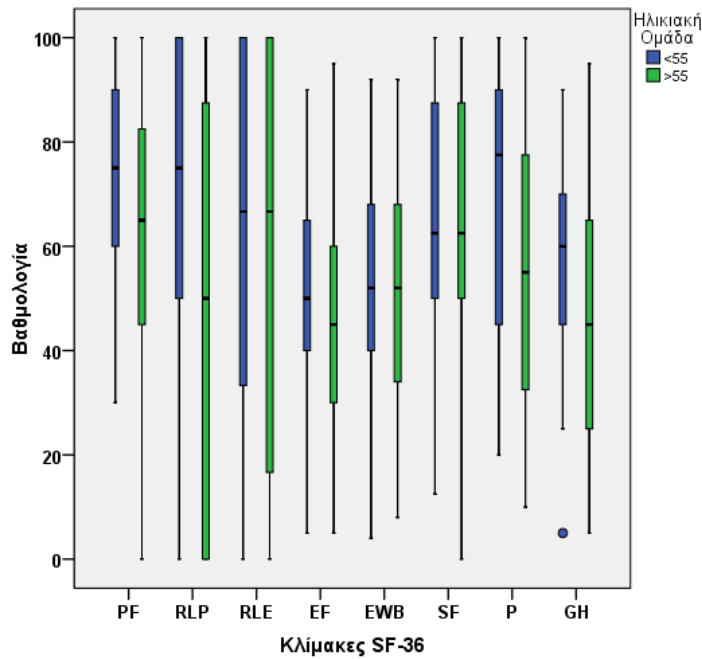
Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά και έλεγχος διαφορών στις κλίμακες SF-36 μεταξύ των ηλικιακών ομάδων

<= 50		51 – 55		56 - 60		61 – 65		P
Μέσ η Τιμή	Τυπική Απόκλι ση	Μέσ η Τιμή	Τυπική Απόκλι ση	Μέσ η Τιμή	Τυπική Απόκλι ση	Μέσ η Τιμή	Τυπική Απόκλι ση	

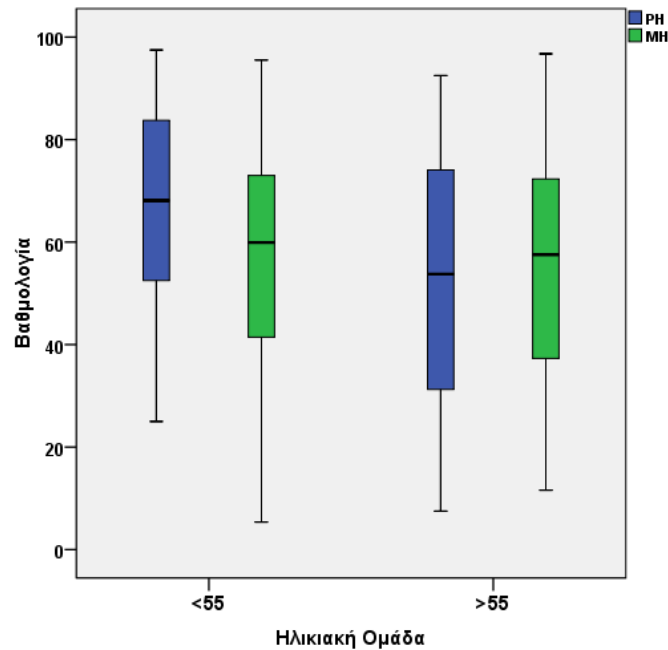
PF	77,8	19,6	68,0	19,8	65,5	25,8	56,5	26,7	<0,0 01
RLP	67,0	31,4	62,8	36,0	55,6	39,4	37,0	38,2	0,00 1
RLE	65,9	36,1	47,4	42,9	55,0	44,4	60,5	39,3	0.07 9
EF	56,5	16,9	45,7	15,1	51,3	19,6	35,0	17,3	<0,0 01
EW B	57,3	18,2	45,8	17,8	54,7	21,7	48,3	17,1	0,00 5
SF	68,0	22,5	62,2	21,7	63,1	27,4	67,1	25,5	0.50 0
P	72,6	22,6	63,1	28,1	60,1	27,7	46,9	26,7	<0,0 01
GH	60,4	17,5	55,1	17,6	52,5	21,1	35,0	25,0	<0,0 01
SF- 2	57,4	21,5	55,6	21,9	49,4	16,5	38,0	18,8	<0,0 01
PH	69,5	18,4	62,3	21,5	58,4	22,7	43,9	22,8	<0,0 01
MH	61,9	19,0	50,3	19,8	56,0	23,9	52,7	20,1	0,01 2

Στην Εικόνα 4 παρουσιάζονται οι διαφορές των κλιμάκων SF-36 με τη μορφή θηκογραμμάτων στις ενοποιημένες ηλικιακές ομάδες >55 και <55 ετών. Όπως και στην προηγούμενη σύγκριση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο επίπεδο $p < 0,001$ για τις κλίμακες PF, RLP, P και GH ενώ η κλίμακα EF παρουσίασε τιμή $p = 0,003$. Η μόνη διαφοροποίηση σε σχέση με τον πίνακα 7 ήταν στο EWB όπου δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά $p = 0,654$.

Αντίστοιχο διάγραμμα όπως στην Εικόνα 4 για τις γενικές κλίμακες PH και MH παρουσιάζονται στην Εικόνα 5.



Εικόνα 4. Θηκογράμματα κλιμάκων SF-36 για τις ηλικιακές ομάδες <55 και >55 ετών



Εικόνα 5. Θηκογράμματα γενικών κλιμάκων PH και MH για τις ηλικιακές ομάδες <55 και >55 ετών

Τα αποτελέσματα του Πίνακα 8 αναδεικνύουν που είναι οι διαφορές - με σύγκριση post-hoc ελέγχων (Tukey's HSD) στις κλίμακες SF-36 ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Σε σύντομη περιγραφή σε όλες τις κλίμακες που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στον έλεγχο

ANOVA υπήρχαν σημαντικές διαφοποιήσεις σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες.

Μόνο στην κλίμακα SF η οποία δεν παρουσίασε διαφορά στην ανάλυση ANOVA δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες ανά δύο.

Πίνακας 8. Post – hoc έλεγχος για την σύγκριση των κλιμάκων SF-36 ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Μεταβλητή	Ηλικία	P			
		Ηλικία	<= 50	51 - 55	56 - 60
PF	<= 50		0,016	0,004	<0,001
	51 - 55	0,016		0,603	0,033
	56 - 60	0,004	0,603		0,102
	61 - 65	<0,001	0,033	0,102	
RLP	<= 50		0,508	0,089	<0,001
	51 - 55	0,508		0,349	0,003
	56 – 60	0,089	0,349		0,035
	61 – 65	<0,001	0,003	0,035	
RLE	<= 50		0,012	0,153	0,537
	51 – 55	0,012		0,382	0,179
	56 – 60	0,153	0,382		0,581
	61 – 65	0,537	0,179	0,581	
EF	<= 50		0,001	0,111	<0,001
	51 – 55	0,001		0,135	0,011
	56 – 60	0,111	0,135		<0,001
	61 – 65	<0,001	0,011	<0,001	
EWB	<= 50		0,001	0,465	0,030
	51 – 55	0,001		0,030	0,581
	56 – 60	0,465	0,030		0,172
	61 – 65	0,030	0,581	0,172	
SF	<= 50		0,184	0,280	0,862
	51 – 55	0,184		0,862	0,398
	56 – 60	0,280	0,862		0,500
	61 – 65	0,862	0,398	0,500	

P	<= 50		0,044	0,011	<0,001
	51 – 55	0,044		0,591	0,010
	56 – 60	0,011	0,591		0,040
	61 – 65	0,001	0,010	0,040	
GH	<= 50		0,139	0,034	0,000
	51 – 55	0,139		0,537	<0,001
	56 – 60	0,034	0,537		<0,001
	61 – 65	<0,001	<0,001	<0,001	
SF-2	<= 50		0,624	0,040	<0,001
	51 – 55	0,624		0,164	<0,001
	56 – 60	0,040	0,164		0,025
	61 – 65	<0,001	<0,001	0,025	
PH	<= 50		0,058	0,006	<0,001
	51 – 55	0,058		0,396	<0,001
	56 – 60	0,006	0,396		0,005
	61 – 65	<0,001	<0,001	0,005	
MH	<= 50		0,002	0,130	0,042
	51 – 55	0,002		0,196	0,621
	56 – 60	0,130	0,196		0,518
	61 – 65	0,042	0,621	0,518	

Σύνοψη

- ⇒ Τα δείγμα ελήφθησαν ισόποσα από το ΠαΓΝΗ και τη ΔΥΠΕ από γυναίκες που είναι σε εμμηνόπαυση.
- ⇒ Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες SF-36 σε ότι αφορά την σημείο συλλογής (ΠαΓΝΗ ή ΔΥΠΕ)
- ⇒ Σε ότι αφορά την ηλικία παρουσιάστηκαν διαφορές σε όλες τις κλίμακες PF, RLP, EF, EWB, P, GH, SF-2 εκτός από τις κλίμακες, RLE SF

⇒ Υποστηρίζεται ότι οι διαφορές στις κλίμακες SF-36 που παρατηρήθηκαν σε βάρος των μεγαλύτερων ηλικιακά εμμηνοπαυσιακών γυναικών στις συλλογές του ΠαΓΝΗ και της ΔΥΠΕ οφείλεται στην ηλικιακή διαφορά. Ο ρόλος αφορά στο ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην ΔΥΠΕ ήταν μεγαλύτερης ηλικίας από ότι αυτές του ΠαΓΝΗ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ολιστική θεώρηση της υγείας δίνει έμφαση στην ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου. Οι γυναίκες περνούν το 1/3 της ζωής τους μετά την εμμηνόπαυση, κάτι που καθιστά κάτι που καθιστά σημαντική την εκτίμηση της ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών και κατά συνέπεια και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Είναι γεγονός ότι όταν επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση αναζητούν βοήθεια στις αντίστοιχες κλινικές (Schnatz et al.,2005).

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις παθογένειες των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, να μελετηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών και η βελτίωση του τρόπου ζωής και της καθημερινότητας τους.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν διακόσες (200) γυναίκες, ηλικίας έως 65 ετών, οι οποίες βρισκόντουσαν σε εμμηνόπαυση και που επισκέπτονταν το ΠΕΔΥ και το ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου. Σε αυτές τις γυναίκες δόθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο(SF-36). Βάση των αποτελεσμάτων μας βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών τόσο μειώνεται και η ποιότητα ζωής τους.

Παρόμοιο αποτέλεσμα βρήκε ο Churchill, R. (2010) όπου κατέληξε στο ίδιο με το δικό μας συμπεριλαμβανομένου ότι οι βαθμολογίες MCS αυξήθηκαν στις νέες γυναίκες και μέσω της μέσης ζωής σε μια κορυφή στη μεταγενέστερη ζωή, πριν μειωθεί σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Γενικότερα, η συγκεκριμένη μελέτη έχει ελάχιστα μελετηθεί στον Ελλαδικό χώρο. Μια πρώτη προσέγγιση για τον Ελλαδικό χώρο έλαβε χώρα από το ιατρείο κλιμακτηρίου και εμμηνόπαυσης της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

στο Αρεταίειο Νοσοκομείο. Βασικά εξετάστηκαν γυναίκες που λάμβαναν ορμονική θεραπεία και γυναίκες που δεν λάμβαναν. Η συλλογή του δείγματος έγινε κατά τα έτη 2005-2006 και το δείγμα αποτέλεσαν 216 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στη συγκεκριμένη μελέτη ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν 54,5 έτη ενώ στη δική μας ήταν 52,7. Παρατηρούμε ότι στη δική μας μελέτη έχουμε μικρότερο μέσο όρο ηλικίας.

⇒ Η ποιότητα ζωής στη μελέτη του Αρεταίειου Νοσοκομείου καταγράφηκε με την κλίμακα ποιότητα ζωής UQOL και όλες οι διαστάσεις της κλίμακας συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους με $p < 0,001$ καθώς και οι διαστάσεις που έχουν να κάνουν με την απασχόληση, την υγεία και τη συναισθηματική ζωή. Στη δική μας μελέτη βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών τόσο μειώνεται και η ποιότητα ζωής τους. Υποστηρίζουμε ότι οι διαφορές στις κλίμακες του ερωτηματολογίου που παρατηρήθηκαν σε βάρος των μεγαλύτερων ηλικιακά εμμηνοπαυσιακών γυναικών στις συλλογές του ΠΑΓΝΗ και της ΔΥΠΕ οφείλονται στην ηλικιακή διαφορά.

Συγκεκριμένα, οι συνοπτικές κλίμακες της Σωματικής υγείας (PH) και της ψυχικής υγείας (MH) έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες με $p < 0,001$ και $p = 0,012$. Παρατηρήθηκε ότι στις ηλικιακές ομάδες από 41-50 ετών έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 61-65 ετών όπου παρατηρούμε χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με εμμηνόπαυση. Ειδικότερα είχαν τεθεί 3 ερευνητικά ερωτήματα που αφορούσαν το θέμα αυτό, έτσι ώστε να φανεί πόσο περιορίζει η εμμηνόπαυση την ποιότητα ζωής των γυναικών στην καθημερινότητά τους, πως η ψυχική και η σωματική υγεία επηρεάζει

την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και πως η εμμηνόπαυση επιδρά στην ψυχική υγεία της γυναίκας και επηρεάζει τις υποχρεώσεις της στα υπόλοιπα επίπεδα.

Μέσα από ανάλυση λοιπόν, προέκυψε ότι, οι περισσότερες γυναίκες με εμμηνόπαυση ήταν στο σύνολο 88 κάτω των 50 ετών. Όσο αφορά την ποιότητα ζωής των γυναικών τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ελαφριές σωματικές δραστηριότητες όπως το να κάνουν μπάνιο ή να ντυθούν μόνοι τους δεν ήταν κάτι που τις δυσκόλευε σημαντικά, σε αντίθεση με δυσκολότερες σωματικές δραστηριότητες όπως γονάτισμα, σκύψιμο και περπάτημα για αρκετή ώρα. Το ίδιο από ψυχολογικής πλευράς φαίνεται ότι η εμμηνόπαυση τις επηρεάζει μέχρι σε κάποιο σημείο δίνοντας ένα τόνο μελαγχολίας και πιθανής νευρικότητας αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό ώστε τίποτα να μην μπορεί να τους φτιάξει την διάθεση. Από την άλλη όμως θεωρούν ότι γενικότερα η υγεία τους βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Επίσης ηλικιακά η εμμηνόπαυση επηρεάζει απ' όλες τις απόψεις την σωματική λειτουργικότητα από 61-65 ετών ενώ στην ψυχολογική λειτουργικότητα από 51-65 ετών. Τέλος διαφάνηκε ότι οι κλίμακες που αναλύθηκαν στο ερωτηματολόγιο και που αφορούν την ζωτικότητα, την γενική υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία, την σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον συναισθηματικό ρόλο και τον πόνο σχετίζονται μεταξύ τους με αποτέλεσμα μία γυναίκα που μπορεί να αισθάνεται για παράδειγμα σωματικό πόνο λόγω της εμμηνόπαυσης, να επηρεάζεται αντίστοιχα και η ψυχική της υγεία, η λειτουργικότητα της και γενικότερα όλη η υγεία της.

Συμπερασματικά, η εμμηνόπαυση αποτελεί μία κρίσιμη περίοδο στη ζωή μίας γυναίκας. Ίσως να μπορεί να χαρακτηριστεί ως το πιο

επίπονο και δύσκολο στάδιο στη ζωή της είτε από σωματικής άποψης, είτε από ψυχολογικής, κατά τη διάρκεια του οποίου συμβαίνουν ριζικές αλλαγές στον οργανισμό. Μετά, όμως, το τέλος της δύσκολης αυτής περιόδου επέρχεται ο συμβιβασμός της γυναίκας στη νέα αυτή κατάσταση και πλέον αντιλαμβάνεται ότι είναι μία αναπόφευκτη φάση στη ζωή κάθε γυναίκας και ότι η ζωή δεν τελειώνει με την εμμηνόπαυση. Για την γυναίκα της σύγχρονης εποχής με τον πολυδιάστατο ρόλο και τις πολυάριθμες δραστηριότητες, η διατήρηση της καλής υγείας δεν είναι απλώς επιθυμητή, είναι αναγκαιότητα που αφορά την ίδια αλλά και το περιβάλλον της. Η εμμηνόπαυση είναι ίσως το τέλος ενός κεφαλαίου στην ζωή, αλλά είναι και η αρχή ενός καινούριου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

& ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω 36 ερωτήσεις του RAND Health Survey 1.0 ολοκληρωμένα, ειλικρινά και χωρίς διακοπές. Σημειώσατε με «X» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ

Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Εξαιρετική
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Φτωχή

Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας **τώρα**;

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Λίγο καλύτερη, από τον προηγούμενο χρόνο
- Περίπου ίδια
- Λίγο χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Πολύ χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο

Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

Οι παρακάτω στήλες αφορούν δραστηριότητες που θα μπορούσατε να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. **Το επίπεδο της υγείας σας τώρα σας περιορίζει** στις παρακάτω δραστηριότητες ;Αν ναι, πόσο; **(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)**

	Ναι, με Περιορ ίζει πολύ	Περιορ ίζει λίγο	Περιορ ίζει Καθόλ ου

Εντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ			
Μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, παίζοντας μπόουλινγκ ή γκολφ			
Άρση ή μεταφορά τροφίμων			
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μερικές φορές			
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μία φορά			
Γονάτισμα ή σκύψιμο			
Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο			
Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων			
Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου			
Κάνοντας μπάνιο ή ντύνοντας τον εαυτό σας			

Προβλήματα σωματικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω

στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;**

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο , από αυτό που θα θέλατε		
Είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
Είχατε δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. χρειαστήκατε επιπλέον προσπάθεια)		

Προβλήματα ψυχικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω

στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα κάποιων ψυχικών προβλημάτων** (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους) **(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)**

	Ναι	Όχι
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		

Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε		
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεχτικά ως συνήθως		

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιά έκταση επέδρασαν τα ψυχικά προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές σας με την οικογένεια, φίλους, γείτονες ή παρέες; **(Επιλέξτε μία απάντηση)**

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Λίγο
- Μέτρια
- Πάρα πολύ

Πόνος

Πόσο πονέσατε σωματικά τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**;

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Καθόλου
- Πολύ ήπια
- Ήπια
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, πόσο ο πόνος επέδρασε στη δουλειά σας

(συμπεριλαμβανομένων και των δύο εργασιών μέσα κι έξω απ' το σπίτι);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Ενέργεια και συναισθήματα

Αυτές οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το πως νιώσατε και πώς ήταν η κατάστασή σας τις **4 τελευταίες εβδομάδες**.

Για κάθε ερώτηση, δώστε την απάντηση που προσεγγίζει τον τρόπο με τον οποίο νιώσατε.

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων...	Όλο το χρόν	Πολύ χρόνο	Αρκετό χρόν	Λίγο χρόν	Πολύ λίγο χρόν	Καθόλου χρόνο
--	-------------	------------	-------------	-----------	----------------	---------------

	ο		ο		ο	
Αισθανθήκατε γεμάτοι από ζωντάνια;						
Είσαστε πάρα πολύ νευρικοί;						
Αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;						
Αισθανθήκατε ήρεμοι και γαλήνιοι;						
Είχατε πολύ ενέργεια;						
Αισθανθήκατε μελαγχολικοί;						
Αισθανθήκατε νευρικοί;						
Αισθανθήκατε ευτυχείς;						
Αισθανθήκατε κουρασμένοι;						

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, πόσες φορές **η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα**, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επίσκεψη σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Συνεχώς
- Τις περισσότερες φορές
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Καθόλου

Γενικά περί υγείας

Πόσο σωστές ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω προτάσεις;

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Αληθής	Αρκετά αληθής	Δεν ξέρω	Αρκετά ψευδής	Ψευδής
Αρρωσταίνω ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους					
Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι					
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει					
Η υγεία μου είναι εξαιρετική					

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βλάχου Ε. (2002). Η επίδραση της ορμονικής θεραπείας στην ψυχική κατάσταση των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών Διδακτορική διατριβή. Ε.Κ.Π.Α. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΑΣ. Δεδομένα 2007.
2. Δρ. Τζήν Κούπ , Εμμηνόπαυση Μια κρίσιμη περίοδος για κάθε γυναίκα, 1984, Εκδόσεις ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΣ.
3. Ντολαντζας Θ. (1998). Ο γιατρός συμβουλεύει. Προληπτική Ιατρική. Τόμοι 1-4, Εκδόσεις Κορωναιού.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adamopoulos, D.A., Karamertzanis, M., Thomopoulos, A., Pappa, A., Koukkou, E., Nicopoulou, S.C. (2002) Age at menopause and prevalence of its different types in contemporary Greek women. Menopause. 9(6):443-8.
2. Albrecht, G.L. (1994) "Subjective health assessment", In: Jenkinson C (ed)., Measuring health and medical outcomes. London: UCL Press. 7-26.
3. Andrews FM, Whitley SB (1976) Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. New York: Plenum Press.
4. Avis NE et al. (2005) A universal menopausal syndrome? The American Journal of Medicine 118:37S-46S.
5. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, Nygaardl, Williams RS, McGovern PG, Young RL, WellsEC, O'Sullivan MJ, Chen B, Schenken R, JohnsonSR, Women's Health Initiative Investigators (May2005) Menopausal symptoms and treatmentrelated effects of estrogen

and progestin in the Women's Health Initiative., *Obstetrics and Gynecology*, 105 (5 Pt 1), 1063-73.

6. Barnes JF, Farish E, Rankin M, Hart DM. (2005) Effects of two continuous hormone therapy regimens on C-reactive protein and homocysteine. *Menopause* 12:92-8.
7. Batrinos ML, Panitsa-Fafli C, Pitoulis S, Pavlou S, Piaditis G, Alexandridis T, Liappi C. (1979) The clinical features of the menopause and its relation to the length of pregnancies and lactation. *Maturitas*. 1(4):261-8.
8. Bjarnason NH, Bjarnason K, Haarbo J, Bennink HJ, Christiansen C. (1997) Tibolone: influence on markers of cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 82:1752-6.
9. Calman KC (1984) "Quality of life in cancer patients-a hypothesis", *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-7.
10. Christodoulakos GE, Lambrinoudaki IV, Vourtsi AD, Panoulis KP, Kelekis DA, Creatsas GC (2002) Mammographic changes associated with raloxifene and tibolone therapy in postmenopausal women: a prospective study. *Menopause* 9(2):110-116. Christodoulakos GE, Lambrinoudaki IV, Panoulis.
11. Cohen C (1982) "On the quality of life: some philosophical reflections", *Circulation*, 66 (3), 29-33.
12. Francucci CM, Romagni P, Boscaro M. (2005) Raloxifene: bone and cardiovascular effects. *J Endocrinol Invest*. 28(10 Suppl):85-9 Review.
13. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007 10(3):197-214.
14. Gallagher JC, Baylink DJ, Freeman R, McClung M. (2001) Prevention of bone loss with tibolone in postmenopausal women.

Results of two randomized, double-blind placebocontrolled, dose-finding studies. *J Clin Endocrinol Metab.* 86:4717–4726.

15. de Gooyer ME, Kleyn GT, Smits KC, et al. (2001) Tibolone: a compound with tissue specific inhibitory effects on sulfatase. *Mol Cell Endocrinol.* 183:55–62.
16. Gough IR, Furnival CM, Schilder L, Grove W (1983) “Assessment of the quality of life of patients with advanced cancer”, *European Journal of Clinical Oncology*, 19, 1161-5.
17. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. (1999) Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry.* 56(5):418-24.
18. Hyland M (1997) “Health and values: the values underlying health measurement and health resources allocation”, *Psychology Health*, 12, 389-403.
19. Kloosterboer HJ (2001) Tibolone: a steroid with a tissue-specific mode of action. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology* Volume 76, Issues 1-5, Pages 231- 238.
20. Κουντή Καλλιόπη, Διδακτορική Διατριβή, η επίδραση της θεραπείας της ορμονικής αποκατάσταση (Θ.ΟΥ) στην ποιότητα ζωής (ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις) των εμμηνοπαυσιακών γυναικών
21. Jahoda M. (1958) *Current concepts of positive mental health.* New York: Basic Books.
22. Lahdenpera M, Lummaa V, Helle S, Tremblay M and Russell AF (2004) Fitness benefits of prolonged post-reproductive lifespan in women. *Nature* 428:178-181.
23. Lindstroem B (1995) “Measuring and improving quality of life for children”, In: Lindstroem, B. and Spencer, N. (eds), *Social Paediatrics.* Oxford: Oxford University Press. 570-585.

24. Morris, MD. (1979). Measuring the condition of the world's poor. The physical quality of life index. New York: Pergamon Press.
25. Naess, S. (1987). Quality of life research: concepts, methods and applications. Oslo: Institute of Applied Social Research.
26. Pigou, A.C. (1920) The economics of welfare. London: Macmillan.
27. Ruta DA, Garratt AM (1994) "Health status to quality of life measurement", In: Jenkinson C (ed)., Measuring health and medical outcomes. London: UCL Press. 139-155.
28. Schneider M. (1975) "The quality of life in large American cities: objective and subjective social indicators", Soc Indic Res, 1:495-500.
29. Stevenson, D.W., & Delprato, D. J. (1983). Multiple component self-control program for menopausal hot flashes. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology, 14(2), 137–140.
30. Stewart DE. Menopause in highland Guatemalan women. Maturitas 2003; 44(4):293-297.
31. Stoppard M.(2000). Εμμηνόπαυση. Ένας πρακτικός οδηγός που θα σας βοηθήσει να οργανώσετε τη ζωή σας και να δημιουργήσετε τη φυσική και ψυχική ισορροπία. Εκδόσεις Δομική, Αθήνα.
32. The WHOQOL Group (1995) "The World Health Organization Quality Of Life Assessment(WHOQOL): position paper from the World Health Organization", Soc Sci Med, 41,(10), 1403-1409.
33. Treolar AE. (1981) Menstrual cyclicity and the premenopause. Maturitas, 3:249-64.
34. Treolar AE. (1981) Menstrual cyclicity and the premenopause. Maturitas, 3:249-64.
35. Webster RW. Aboriginal women and menopause. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24(12):938-940. 3. Obermeyer CM.

Menopause across cultures: a review of the evidence.
Menopause 2000; 7(3):184-192.

36. Weiss G, Skurnick JH, Goldsmith LT, et al. (2004) Menopause and hypothalamic-pituitary sensitivity to estrogen. JAMA. 292:2991–2996.
37. Westrom J., Nilsson S., Sundstrom-Poromaal., Ulfberg J. (2008). Restless legs syndrome among women: prevalence, co-morbidity and possible relationship to menopause. Climacteric 11(5):422-28.
38. Wickerham DL. (2002) Tamoxifen versus raloxifene in the prevention of breast cancer. Eur J Cancer. 38 Suppl 6:S20-1.
39. Zautra A, Goodhard D (1979) “Quality of life indicators: A review of the literature”, Commun Mental Health Rev, 4, 1-10.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Γυναίκα και Εμμηνόπαυση (2005). Διαθέσιμο στο: <http://www.iatronet.gr/>, Δημοσίευση: 18 Μαΐου 2005.
2. www.nutrimed.gr