



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας στην εμμηνόπαυση»**



*Από τις φοιτήτριες : Κοκόνα Φωτινή,*

*Λαζαράκη Μαρία,*

*Μεταζάκη Μαρία*

*Υπό την επίβλεψη: Καρσιωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ Π.Α.Γ.Ν.Η, MSc, PhDc*

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019**

**© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του  
ΤΕΙ Κρήτης στις 20/6/2018 με αριθμό Πρωτοκόλλου 914  
και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ  
Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).**

*Πίνακας περιεχομένων*

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</i> .....	<i>III</i>
<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i> .....	<i>VI</i>
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i> .....	<i>VII</i>
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i> .....	<i>8</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>11</i>
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i> .....	<i>13</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></i> .....	<i>13</i>
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> .....	<i>13</i>
<i>ΤΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ</i> .....	<i>14</i>
<i>Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ</i> .....	<i>14</i>
<i>Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ</i> .....	<i>15</i>
<i>Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ</i> .....	<i>17</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></i> .....	<i>19</i>
<i>ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</i> .....	<i>19</i>
<i>ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ</i> .....	<i>19</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></i> .....	<i>22</i>
<i>ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ-ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	<i>22</i>
<i>Ορισμοί</i> .....	<i>22</i>
<i>Στάδια</i> .....	<i>22</i>
<i>Πρόωρη εμμηνόπαυση</i> .....	<i>24</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></i> .....	<i>25</i>
<i>ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ</i> .....	<i>25</i>
<i>ΟΡΜΟΝΕΣ</i> .....	<i>25</i>
<i>ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	<i>26</i>
<i>ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	<i>26</i>
<i>ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	<i>27</i>
<i>ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	<i>27</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></i> .....	<i>29</i>
<i>ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</i> .....	<i>29</i>

<i>ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</i> .....	29
<i>Ψυχογενή-Ψυχοσωματικά- Ψυχοσεξουαλικά συμπτώματα:</i> .....	30
<i>ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</i> .....	31
<i>Επιπτώσεις Εμμηνόπαυσης στο γεννητικό σύστημα</i> .....	31
<i>Επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στο ουροποιητικό σύστημα</i> .....	32
<i>Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στο δέρμα</i> .....	33
<i>Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης</i> .....	34
<i>Οστεοπόρωση</i> .....	35
<i>Καρδιαγγειακά Νοσήματα</i> .....	44
<i>Νόσος ALZHEIMER</i> .....	46
<i>Η Επίδραση των Οιστρογόνων στο Ανοσοποιητικό Σύστημα</i> .....	47
<i>Εμμηνόπαυση και Σκλήρυνση κατά Πλάκας</i> .....	47
<i>Αυτοάνοσα νοσήματα</i> .....	49
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></i> .....	50
<i>ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</i> .....	50
<i>ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (HRT)</i> .....	51
<i>Αποφυγή Οστεοπόρωσης</i> .....	53
<i>Καρδιαγγειακά Προβλήματα</i> .....	53
<i>Αύξηση Βάρους</i> .....	53
<i>Αϋπνία</i> .....	54
<i>Εναλλαγές Διάθεσης</i> .....	54
<i>Ξηρός και επώδυνος κόλπος</i> .....	54
<i>ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</i> .....	54
<i>Αρωματοθεραπεία</i> .....	54
<i>Ομοιοπαθητική ιατρική</i> .....	55
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></i> .....	58
<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</i> .....	58
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></i> .....	62
<i>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</i> .....	62
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></i> .....	65

<i>ΕΜΜΗΝΟΠΛΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ</i> .....	65
<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i> .....	69
<i>ΣΚΟΠΟΣ</i> .....	69
<i>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</i> .....	69
<i>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ</i> .....	69
<i>ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ</i> .....	69
<i>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ</i> .....	70
<i>ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</i> .....	71
<i>ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</i> .....	72
<i>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</i> .....	73
<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ</i> .....	136
<i>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</i> .....	142
<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</i> .....	144
<i>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</i> .....	145
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i> .....	146
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</i> .....	150
<i>ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ</i> .....	150
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</i> .....	151
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΆΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</i> .....	156

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας που ήταν δίπλα μας σε αυτή την σταδιοδρομία μας. Τους καθηγητές μας που έκαναν ό,τι καλύτερο μπορούσαν για μας και τέλος την επιβλέπων καθηγήτρια μας που μας βοήθησε να υλοποιήσουμε την πτυχιακή μας εργασία.

## *Συντομογραφίες*

DEXA: Dual Energy X-ray Absorptiometry

HDL: High Density Lipoprotein

ΣΚΠ: Σκλήρυνση κατά πλάκας

FSH: Follicle Stimulating Hormone

LH: Luteinizing Hormone

PRG: Προγεστερόνη

E<sub>2</sub>: Οιστραδιόλη

GnRH: Gonadotropin Releasing Hormone

E<sub>1</sub>: Οιστρόνη

SHBG: Sex Hormone Binding Globulin

Δ4Α: Ανδροστενδιόνη

DHEAS: Δεϋδροεπιανδροστερόνη

LDL: Low Density Lipoprotein

ΟΜΣΣ: Οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης

ΘΜΣΣ: Θωρακική μοίρα σπονδυλικής στήλης

ΟΠ: Οστική πυκνότητα

NAMS: North America Menopause Society

ΣΕΛ: Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

MME: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

HRT: Hormone Replacement Therapy

## Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρούσα εργασία με τίτλο «Διερεύνηση καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας στην εμμηνόπαυση» ασχολείται με ένα θέμα που απασχολεί τα τελευταία χρόνια τον γυναικείο πληθυσμό, καθώς η εμμηνόπαυση είναι μία νέα εποχή για τη ζωή της γυναίκας που φέρνει μαζί της βιολογικές και ψυχοσωματικές αλλαγές.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν να ερευνηθεί αν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν να διερευνηθεί εάν συμβάλλει στην εμφάνιση κατάθλιψης το μορφωτικό επίπεδο, το περιβάλλον και η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας.

Αξιολογήθηκε επίσης το ενδεχόμενο εάν οι γυναίκες που δεν εργάζονται είναι πιο ευάλωτες σε σχέση με αυτές που εργάζονται για την εμφάνιση ψυχικών και αγχωδών διαταραχών.

Τέλος, αποσκοπεί τη συσχέτιση της κατάθλιψης στην εμμηνόπαυση με την ηλικία που εμφάνισαν συμπτώματα πρόωρης εμμηνόπαυσης τον ΔΜΣ των γυναικών όπως επίσης και με ασθένειες όπου παρουσιάζονται κατά την περίοδο αυτή.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η έρευνα διενεργήθηκε στις πόλεις του Ηράκλειο, Αθήνας, Ρόδου και Κοζάνης. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που συστάθηκε μετά από μελέτη βιβλιογραφίας και καταγράφηκαν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία αλλά και κλίμακες αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης των γυναικών.

Χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα μέτρησης της ευερεθιστότητας, η κλίμακα ZUNG για τη μέτρηση της κατάθλιψης και η κλίμακα HAMILTON για τη μέτρηση άγχους. Για τη συλλογή των δεδομένων και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης, δηλαδή πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης με τη χρήση ερωτηματολογίου.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 225 γυναίκες, από τις οποίες 47,1% ήταν κάτοικοι πόλης. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από 37 έως 79 έτη. Τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος με



ποσοστό 75,6% ήταν "έγγαμες", με 48,4% από αυτές να έχουν "δύο παιδιά" και 41,3% να έχουν οικογένεια που αποτελείται από 4 μέλη.

Ποσοστό 26,7% των γυναικών απάντησαν ότι καπνίζουν ενώ το 57,8% των συμμετεχόντων δεν εργάζονται. Η ηλικία εμμηναρχής κυμαίνεται στα 12,93 χρόνια ( $\pm 1,393$ ), η ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης στα 47,14 χρόνια ( $\pm 4,961$ ) και οι ηλικίες που τελείωσε η εμμηνόπαυση των γυναικών στα 49,43 χρόνια ( $\pm 4,738$ ).

Τα πιο συχνά συμπτώματα στην προεμμηνόπαυση και την εμμηνόπαυση ήταν με ποσοστό 32,9% οι πονοκέφαλοι, οι εξάψεις με 51,1% και η κούραση και κατάπτωση με 70,2%. Ποσοστό 45,3% των γυναικών είχε αναπτύξει καταθλιπτική συμπεριφορά. Σχετικά με άλλα προβλήματα υγείας αύξηση αρτηριακής πίεσης εμφάνισε το 32,9% και ΣΔ το 11,6%, ενώ τέλος το 13% είχε υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή.

Το 79,6% των ερωτηθέντων γυναικών απάντησε ότι έχει κάνει σπάνια χρήση ηρεμιστικών χαπιών για την καταπολέμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, ενώ έγινε καταγραφή της διάρκειας του κύκλου των γυναικών όπου το 41,8% αναφέρει ότι ο κύκλος τους είχε διάρκεια μικρότερη από 28 ημερών το 39,6% αναφέρει ότι ο κύκλος τους είχε διάρκεια ακριβώς 28 ημέρες και το 18,7% είχε μεγαλύτερη διάρκεια από 28 ημέρες. Σε διαδικασία έκτρωσης είχε προβεί το 36,9%.

Κατά μέσο όρο τα αποτελέσματα της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας κυμαίνονται στα 7,24% ( $TA=\pm 1,819$ ), το οποίο σημαίνει ότι έχουμε μέτριας μορφής εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας. Το σκορ της εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας με μέσο όρο να κυμαίνεται 8,69% με απόκλιση ( $TA=\pm 2,727$ ), αποδεικνύει ότι έχουμε μέτριας μορφής εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας.

Ο μέσος όρος του σκορ της κατάθλιψης ήταν 42,18% ( $\pm 11,389$ ), αναδεικνύοντας ότι η κατάθλιψη κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Πιο αναλυτικά το 25% πάσχει από ήπιας μορφής κατάθλιψης, το 3,9% πάσχει από μέτριας μορφής κατάθλιψης ενώ το 1,3% πάσχει από σοβαρής μορφής κατάθλιψης.

Το σκορ σχετικά με το άγχος υπολογίστηκε με το μέσο όρο να κυμαίνεται στα 15,60% ( $\pm 9,8$ ) υποδεικνύοντας ήπια μορφή άγχους των συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα ποσοστό 20%

πάσχει από ήπιας προς μέτριας μορφής άγχους το 10,7% πάσχει από μέτριας προς σοβαρής μορφής άγχους και το 9,8% από σοβαρής μορφής άγχους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μετά το τέλος της εκπόνησης της εργασίας μας έχοντας μία σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα για τις ψυχοσωματικές αλλαγές στη ζωή της γυναίκας συμπεραίνουμε ότι σημαντικό ρόλο στην εμμηνόπαυσιακή φάση έχει η οικογενειακή της κατάσταση (επάγγελμα, μέλη οικογένειας) η ηλικία, το κάπνισμα, όταν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση, ευάλωτη προσωπικότητα και στρεσογόνοι κοινωνικοί παράγοντες.

Σε ένα θετικό συμπέρασμα όμως που μπορούμε να καταλήξουμε είναι ότι όλες οι ψυχοσωματικές αλλαγές στην περίοδο της εμμηνόπαυσης είναι παροδικές, προπαντός εάν υπάρχει πρόληψη γιατί με τη σωστή ενημέρωση και την ψυχικής της τόνωση η γυναίκα μπορεί να εξέλθει από αυτή την κατάσταση πιο δυνατή και με μεγαλύτερη θέληση ζωής.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Εμμηνόπαυση, άγχος, κατάθλιψη, γυναίκες

## Abstract

**INTRODUCTION:** The present paper titled "Investigating Depressive Psychopathology in Menopause" deals with a topic that has been of concern to the female population in recent years. Menopause is a new era in the life of a woman bringing with her biological and psychosomatic changes.

**AIM:** The purpose of this research work was to investigate whether menopausal women show depressive symptoms.

The specific aims of the research were to investigate whether the educational level, environment and marital status of the woman contribute to the development of depression.

It was also evaluated whether women who are not working are more vulnerable than those working to develop mental and anxiety disorders.

Finally, it aims to correlate the depression of menopause with the age of early menopausal symptoms of women's BMI as well as with diseases presenting during this period.

**METHODOLOGY:** The survey was conducted in the cities of Heraklion, Athens, Rhodes and Kozani. Participants responded to a structured questionnaire established after studying literature and recorded sociodemographic data and rating scales of psychological status of women.

The irritability scale, the ZUNG scale for depression, and the HAMILTON scale for anxiety were used. Quantitative research was used to collect data, ie a cross-sectional observational study using a questionnaire.

**RESULTS:** The study involved a total of 225 women, of which 47.1% were residents of the city. The age of participants ranged from 37-79 years. The results of the research process showed that most of the sampled women with percentage 75.6% were married, with 48.4% of them have two children and 41.3% have family consisting of 4 members.

26.7% of women answered that they smoke while 57.8% of the participants did not work. The menstrual age ranges from 12.93 years ( $\pm 1.393$ ), the menopause age to 47.14 years ( $\pm 4.961$ ), and the menopausal age of women at 49.43 years ( $\pm 4.738$ ).

The most common symptoms in proemminopafsi and menopause was 32.9% with a percentage as headaches, hot flashes by 51.1% and the fatigue and depression by 70.2%. Percentage 45.3% of women had developed depressive behavior. Regarding other health problems increase blood pressure showed 32.9% and DS 11.6% and finally 13% had undergone hysterectomy.

79.6% of respondents answered that women have made rare use of tranquillising pills to combat depressive symptoms during menopause, and was recording the duration of the women's cycle where 41.8% report that their circle lasted less than 28 days 39.6% report that their circle lasted just 28 days and 18.7% were longer than 28 days. In abortion procedure had made 36.9%.

On average, the results of extroverted irritability ranged from 7.24% ( $TA=\pm 1.819$ ), which means that we have a moderate form of extroverted irritability. The mean score of introverted irritability was 8.69% with a deviation ( $TA=\pm 2.727$ ), indicating that we have a moderate form of introverted irritability.

The mean score of depression was 42.18% ( $\pm 11.389$ ), indicating that depression was at normal levels. More specifically, 25% suffer from mild depression, 3.9% suffer from mild depression and 1.3% suffer from severe depression.

Anxiety score was calculated with an average of 15.60% ( $\pm 9.8$ ) indicating mild anxiety form of participants. More specifically, 20% suffer from mild to moderate anxiety, 10.7% suffer from moderate to severe anxiety, and 9.8% suffer from severe anxiety.

**CONCLUSIONS:** At the end of our work, having a clear and complete picture of the psychosomatic changes in a woman's life, we conclude that her menial status (occupation, family members), age, smoking, and hereditary predisposition play an important role in the menopausal phase. , vulnerable personality and stressful social factors.

But one positive conclusion we can come to is that all psychosomatic changes in menopause are transient, especially if there is prevention because with the right information and mental stimulation the woman can come out of this situation stronger and more life will.

**KEYWORDS:** Menopause, Anxiety, Depression, Women

## *ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

### *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>*

#### *Εισαγωγή*

"Εμμηνόπαυση" μια νέα εποχή για την ζωή της γυναίκας που φέρνει μαζί της αρκετές ορμονικές και βιολογικές μεταβολές. Είναι η διακοπή της έμμηνου ρήσεως (12 μήνες πριν) επομένως και της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας. Συγκεκριμένα η εμμηνόπαυση ορίζεται ως έλλειψη οιστρογόνων και η μέση ηλικία που εμφανίζεται είναι στα 48-52 έτη αφού έχει προηγηθεί η «Περιεμμηνόπαυση» μια κατάσταση που ξεκάνει μέχρι και 10 χρόνια πριν την παρουσία της εμμηνόπαυσης. Αυτή η ξαφνική αλλαγή προκαλεί μεγάλο "shock" θεωρώντας ότι το γήρας πλησιάζει απειλητικά με μονή διέξοδο την κατάθλιψη και την ανημποριά. Εξωτερικοί παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό είναι τα οικονομικά προβλήματα, ο θάνατος γονέων, αποχωρισμός παιδιών για σπουδές κ.α.

Για αυτό απαιτείται γρήγορη προσαρμογή στις νέες συνθήκες αν και μπορούμε να πούμε ότι αυτή η αντίδραση αλλάζει από γυναίκα σε γυναίκα και εξαρτάται πολύ το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον όπου ζει και πως γαλουχήθηκε (Διονύσιος Ι Αραβαντινού, 1982).

Πέρα από τις Ψυχολογικές αλλαγές παρατηρούνται επίσης επιρροές στο καρδιαγγειακό, αναπαραγωγικό και μυοσκελετικό σύστημα (εμφάνιση χοληστερόλης, σακχαρώδη διαβήτη Τύπου II, παχυσαρκία, μεταβολή σύστασης σώματος, οστεοπόρωση).

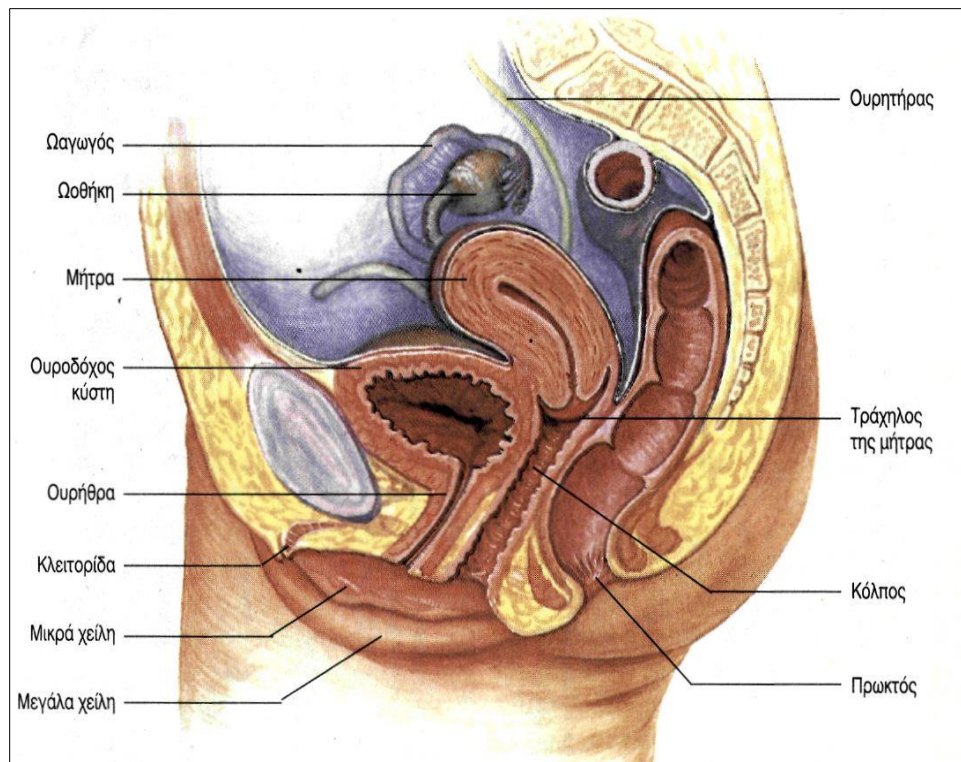
Στις ΗΠΑ από 476 εκ. εμμηνοπαυσιακών γυναικών (1990) θα σημειωθεί αύξηση έως και 1,2 δισ. έως το 2030, επειδή ο μέσος όρος ζωής στις ΗΠΑ και τις δυτικές χώρες έχει αυξηθεί από 50 ετών που ήταν το 1990 στα 80 έτη. Επίσης σημαντικό ρόλο έχει και ο αριθμός των παιδιών, το κάπνισμα, η διάρκεια κύκλου της γυναίκας και εάν υπήρχε ιστορικό κατάθλιψης πριν την εμμηνόπαυση. Στις πολύτοκες γυναίκες συνήθως παρουσιάζεται 1 χρόνο μετά σε σχέση με τις άτοκες ενώ αντίθετα το κάπνισμα και η κατάθλιψη βοηθούν στην πρόωρη εμμηνόπαυση έως και 2 χρόνια νωρίτερα.

## *Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας*

### *Η ανατομία του γυναικείου σώματος*

Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας είναι μια ομάδα οργάνων με σκοπό την αναπαραγωγή και την έκκριση διαφόρων "ουσιών" (ορμόνες, φερομόνες) σημαντικές για την ομαλή λειτουργικότητα του ατόμου. Διακρίνεται σε έσω γεννητικά όργανα (μέσα στην πύελο) και έξω γεννητικά. Αρχικά είναι καλό να αναφερθεί η ανατομία-φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας για να γίνουν κατανοητές οι αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει στην εμμηνοπαυσιακή περίοδο της, είτε σωματικά είτε ψυχικά. Τα έσω και έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι: (εικόνα 1)

*Εικόνα 1: Έσω και έξω γεννητικά όργανα γυναίκας*



### **Έσω γεννητικά όργανα γυναίκας**

- \* Δυο ωοθήκες
- \* Δύο ωαγωγοί (σάλπιγγες)

- \* Η μήτρα
- \* Ο κόλπος (κολεός)

### **Έξω γεννητικά όργανα γυναίκας**

- \* Το αιδοίο
- \* Η κλειτορίδα
- \* Το εφηβαίο
- \* Τα μικρά χείλη
- \* Τα μεγάλα χείλη
- \* Το πρόδομο του κολεού
- \* Οι βολβοί του προδόμου
- \* Οι μείζονες αδένες του προδόμου (Βικιπαίδεια)

### ***Η φυσιολογία των έσω γεννητικών οργάνων***

Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμύγδαλου και μέγεθος περίπου 3 εκατοστά, στο εσωτερικό τους μέρος περιέχουν αγγεία και νευρά και εξωτερικά υπάρχει ο φλοιός που περιέχει τα ωοθυλάκια. Βρίσκονται στο πάνω μέρος της λεκάνης και το μέγεθος τους αλλάζει σε αυτό συμβάλει η ηλικία της γυναίκας. Σε κάθε ωοθήκη διακρίνουμε:

- τα δυο χείλη (μπροστά και πίσω)
- δυο άκρα (άνω και κάτω) και,
- τις δυο επιφάνειες (μέσα και έξω)

Οι ωοθήκες αποτελούνται από πολλά κύτταρα που στην εφηβεία θα εξελιχτούν σε ωάρια τα όποια και ωριμάζουν περίπου κάθε 28 ημέρες. Συγκεκριμένα ο ρόλος των ωοθηκών είναι να παράγουν σεξουαλικές ορμόνες όπως οιστρογόνα και προγεστερόνη και τα ωάρια. Το γυναικείο σώμα παράγει ένα ωάριο από τις ωοθήκες κάθε μήνα εναλλάξ όπου θα προχωρήσει προς την μήτρα για την γονιμοποίηση.

Η μήτρα έχει σχήμα και το μέγεθος αντεστραμμένου αχλαδιού, ενώ εσωτερικά περιβάλλεται από το ενδομήτριο που αποτελείται από παχιά τοιχώματα μυϊκού ιστού. Ο ρόλος της μήτρας

είναι να υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο όπου θα το φιλοξενήσει για τους υπόλοιπους 9 μήνες (εγκυμοσύνη) και αποτελείται από τρία μέρη:

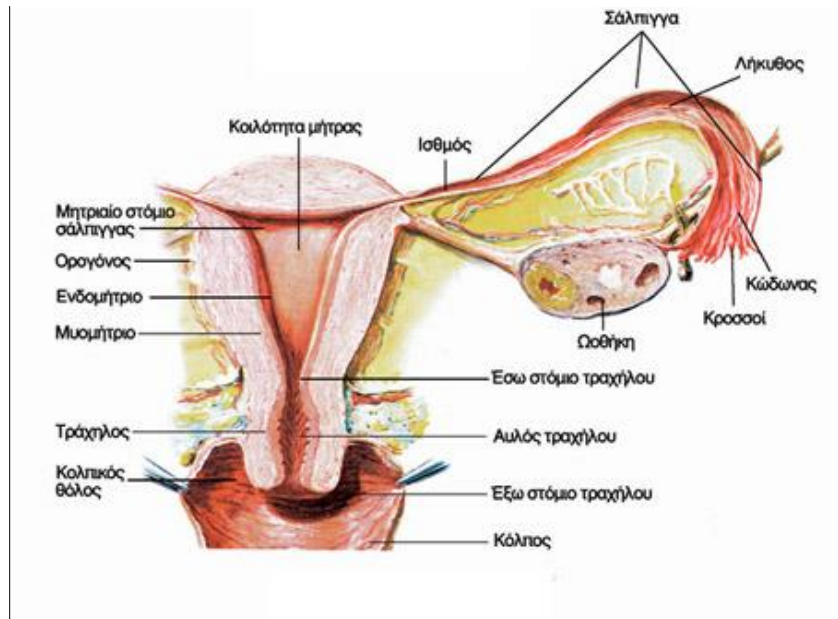
- τον τράχηλο
- το σώμα
- τον πυθμένα

Στο κάτω μέρος της μήτρας είναι ο τράχηλος και παρακάτω ο κόλπος. Οι δυο πάνω άκρες της μήτρας επικοινωνούν με τις σάλπιγγες (αυλούς). Κατά την εγκυμοσύνη η μήτρα διογκώνεται πάρα πολύ για να φιλοξενήσει το ωάριο που θα μεγαλώνει. Αυτό το μέρος της μήτρας λέγεται μυομήτριο.

Οι **σάλπιγγες** είναι μυώδεις σωλήνες με μήκος 10-12 εκατοστά η κάθε μια. Έχουν δυο άκρα το ένα ενώνεται με την μήτρα, ενώ το άλλο κρέμεται ελεύθερο στην κοιλία. Οι σάλπιγγες αποτελούνται από τέσσερις μοίρες:

- τον κώδωνα ή χοάνη
- τον ισθμό
- τη λήκυθο
- Τη μητριαία μοίρα

*Εικόνα 2: Έσω γεννητικά όργανα γυναίκας*



Εκεί γίνεται η συνάντηση

του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου και μέσω αυτών γίνεται η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο (μήτρα).

Ο **κόλπος** είναι μυώδες όργανο και ενώνει τον τράχηλο της μήτρας με το αιδοίο. Μπροστά από το αιδοίο βρίσκεται η ουροδόχος κύστη όπου καταλήγει στην ουρήθρα. Υποδέχεται το πέος κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και βοηθά στην έξοδο του νεογνού κατά την διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Σε κατάσταση ηρεμίας έχει μήκος 6 με 7,5



εκατοστά. Αυτές οι διαστάσεις του κόλπου αλλάζουν σε περιπτώσεις όπως ο τοκετός και η σεξουαλική επαφή. Ο κόλπος αποτελείται από τρία μέρη:

- Το άνω άκρο ή θόλος
- Το σώμα
- το κάτω άκρος ή στόμιο.

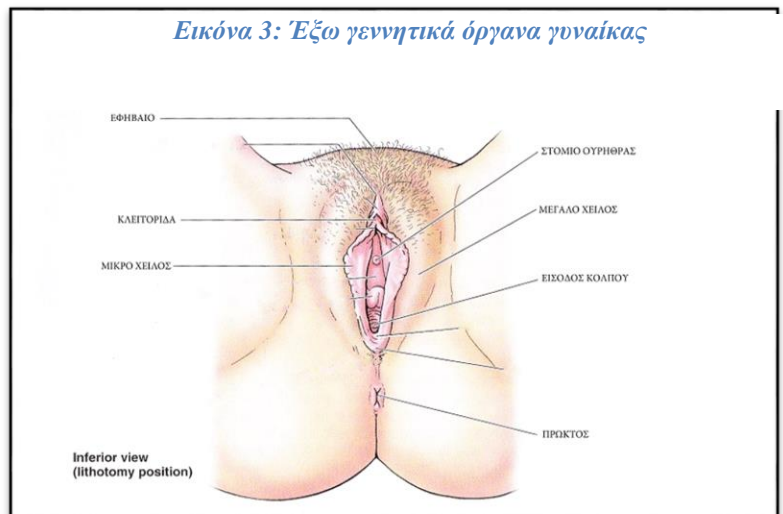
Το άνω άκρος περιβάλλεται από τον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει μια κυκλική αύλακα και στο κάτω άκρο βρίσκεται ο παρθενικός υμένας (Ντότσικα-Αθανασιάδη Ιωάννα, 2010)(εικόνα 2)

### *Η φυσιολογία των έξω γεννητικών οργάνων*

Το αιδοίο είναι έξω γεννητικό όργανο.

Συμβάλει και στο γεννητικό αλλά και στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Βοηθά στην ερωτική συνουσία και αποτελείται από:

1. Το **εφηβαίο** ή ηβική χώρα είναι η τριγωνική χώρα στο κάτω μέρος του υπογαστρίου και καλύπτεται από το τρίχωμα.
2. Τα **μεγάλα χείλη** του αιδοίου είναι συμμετρικές πτυχές του δέρματος μήκους 7-8 εκατοστών ξεκινούν από το εφηβαίο και φτάνουν έως το περίνεο. Ανάμεσα τους βρίσκεται η αιδοϊκή σχισμή. Με την ένωση των πτυχών αυτών μπροστά και πίσω σχηματίζεται:
  - ο πρόσθιος σύνδεσμος των μεγάλων χειλιών και,
  - ο οπίσθιος σύνδεσμος
3. Τα **μικρά χείλη** του αιδοίου είναι πτυχές του δέρματος που μοιάζουν με βλεννογόνο και βρίσκονται μέσα στα μεγάλα χείλη με μήκος 3-4 εκατοστά ξεκινούν από την κλειτορίδα και φτάνουν έως το κάτω χείλος του στομίου του κολεού. Τα πίσω άκρα



των μικρών χειλιών ενώνονται μεταξύ τους δημιουργώντας τον χαλινό των μικρών χειλιών.

4. Την **κλειτορίδα** έχει μήκος 6 εκατοστά και αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος. Η διαφορά που έχει όμως με αυτό είναι ότι η κλειτορίδα αποτελείται από δυο σπυραγγώδη σώματα και όχι από ένα σπυραγγώδες σώμα (ουρήθρα) όπως το ανδρικό πέος. Η κλειτορίδα διακρίνεται από:
  - το σώμα
  - τη βάλανο και
  - τα δυο σκέλη.

Το σώμα και η βάλανος αποτελούν την ελεύθερη μοίρα της κλειτορίδας ενώ τα σκέλη αποτελούν την κρυμμένη μοίρα της. Πίσω από την κλειτορίδα βρίσκεται η ουρηθραία θηλή.

5. **Πρόδρομος του κολεού** βρίσκεται ανάμεσα στα μικρά χείλη (μπροστά) και φτάνει έως το χαλινό της κλειτορίδας όπου και εκεί ενώνεται. Σε αυτό το σημείο εκβάλλουν ο κολεός και η ουρήθρα.
6. **Βολβοί του προδόμου** βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δυο ωοειδείς μάζες δεξιά και αριστερά από το στόμιο του κολεού και από το έξω στόμιο της ουρήθρας.
7. **Μείζονες αδένες** του προδόμου βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και εκβάλλουν προς τα πίσω είναι δυο πολύ μικροί αδένες που παράγουν βλεννώδες έκκριμα.
8. **Παρθενικός υμένος** είναι μια λεπτή διάτρητη μεμβράνη από συνδετικό ιστό η οποία περιβάλλει το στόμιο του κόλπου. Ο παρθενικός υμένος σκίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη τα λεγόμενα μύρτα (Ντότσικα-Αθανασιάδη Ιωάννα, 2010) (εικόνα 3).

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>*

### *Αναπαραγωγική διαδικασία*

#### *Ωοθηκικός κύκλος*

Κάθε γυναίκα που έρχεται στον κόσμο μέσα στις ωοθήκες μεταφέρει εκατομμύρια ανώριμα ωοθυλάκια. Τα ωοθυλάκια είναι το λειτουργικό τμήμα των ωοθηκών τα οποία παράγουν διάφορες ορμόνες και ωάρια και διακρίνονται σε:

- Πρωτογενή ωοθυλάκια
- Δευτερογενή ωοθυλάκια
- Ωριμα ωοθυλάκια

Τα πρωτογενή ωοθυλάκια σχηματίζονται στην εμβρυική ηλικία και φτάνουν στις 400.000. Τα δευτερογενή ωοθυλάκια βρίσκονται βαθιά στην φλοιώδη μοίρα προέρχονται από τα πρωτογενή και σε κάθε ωοθυλακικό κύκλο ένα ωριμάζει και μετατρέπεται σε ώριμο. Το ώριμο ωοθυλάκιο αποτελείται από:

- το περίβλημα του
- το άντρο και
- το ωάριο

Μετά την έναρξη της εφηβείας αυτά μειώνονται αρκετά και ο αριθμός θα μειωθεί στα 600.000 λιγότερα ωοθυλάκια. Ας τα δούμε πιο αναλυτικά:

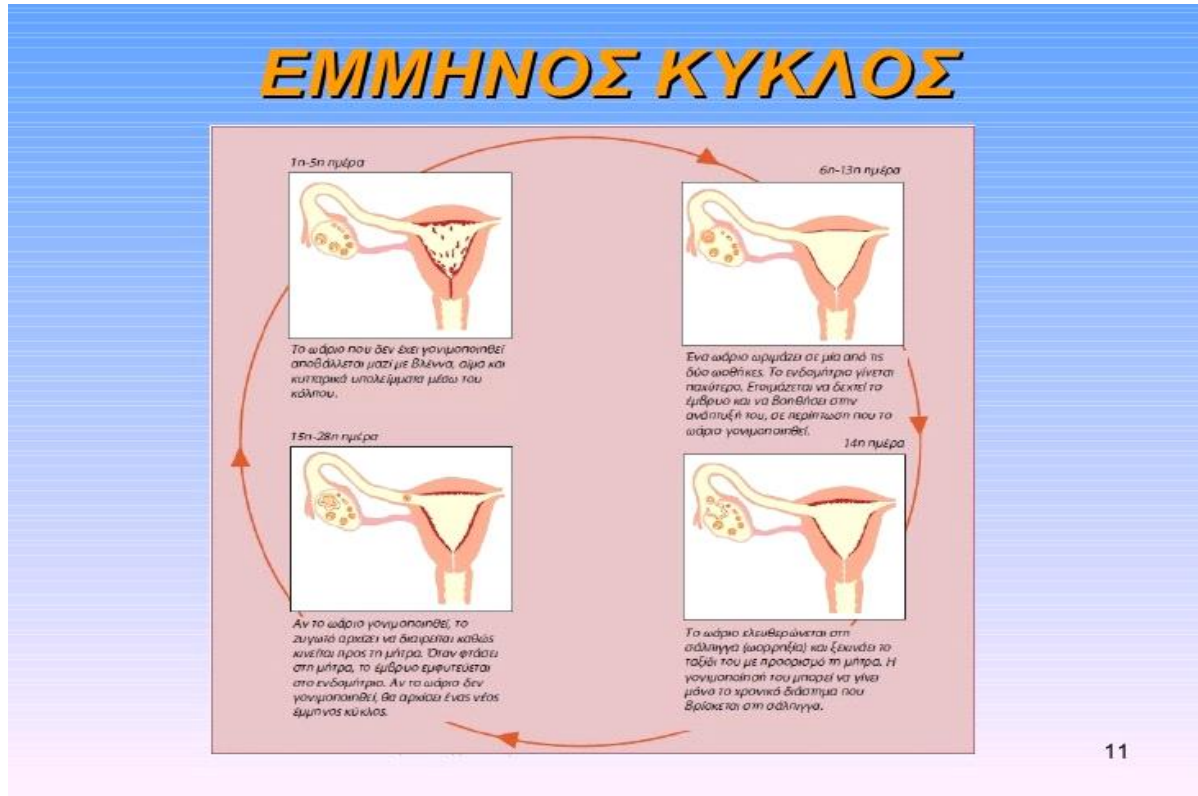
- Με την γέννηση υπάρχουν εκατομμύρια ανώριμα ωοθυλάκια
- Στην εφηβεία θα μειωθούν σε 400.000 ανώριμα ωοθυλάκια όπου με αυτά η γυναίκα θα περάσει την αναπαραγωγική της περίοδο δηλαδή μέχρι την έναρξη της εμμηνόπαυσης.
- Τέλος, σε κάθε κύκλο της γυναικάς ξεκινούν να ωριμάζουν περίπου 20-30 ωοθυλάκια αλλά μόνο το ένα θα φτάσει στο τελικό στάδιο ωρίμανσης.

Αυτό το ωοθυλάκιο με κάποιες αντιδράσεις της FSH θα υποχρεώσει τα υπόλοιπα ωοθυλάκια να παράγουν ανδρογόνα μέχρι την καταστροφή τους. Λόγο αυξημένης παραγωγής

οιστρογόνων προκαλείται και αύξηση της LH όπου με την σειρά της θα απελευθερώσει το ωάριο από το ωοθυλάκιο (Ωορρηξία).

Τέλος, το ωοθυλάκιο θα συρρικνωθεί αλλάζοντας μεταβολισμό και θα αλλάξει σε ωχρό σωματίο όπου θα προετοιμάσει το ενδομήτριο για την γονιμοποίηση του ωαρίου και την

Εικόνα 4: Έμμηνος κύκλος



διατήρηση της εγκυμοσύνης. Τα δευτερογενή ωοθυλάκια τα οποία δεν θα ωριμάσουν υποπλάσσονται και εξαφανίζονται, αυτά λέγονται άτρητα.

Ο ωοθυλακικός κύκλος είναι το διάστημα από την αρχή μιας περιόδου έως την αρχή της επόμενης και χωρίζεται σε δυο φάσεις:

- Παραγωγική φάση
- Εκκριτική φάση

Στην παραγωγική φάση με την παρεμβολή των οιστρογόνων έχουμε αλλαγές στο ενδομήτριο όπως υπερτροφία, υπεραιμία, υπερπλασία. Στην εκκριτική φάση με την βοήθεια της προγεστερόνης παράγεται το ωχρό σωματίο και δρα στο ενδομήτριο. Εάν το ωάριο δεν

γονιμοποιηθεί το υπερπλασμένο ενδομήτριο πέφτει σε μορφή έμμηνου ρύσεως (περίοδος) (εικόνα 4). Η έμμηνος ρύση διαρκεί περίπου 3-6 ημέρες και αποβάλλεται από την μήτρα μέσω του κόλπου. Η ποσότητα είναι μπορεί να φτάσει στα 100 γραμμάρια. Στο έκκριμα περιέχετε αίμα, λίγη βλέννα, επιθηλιακά κύτταρα και άλλα στοιχεία του ενδομητρίου (εικόνα 5) (Ντότσικα-Αθανασιάδη Ιωάννα, 2010)

*Εικόνα 5: Ορμόνες και έμμηνος κύκλος*

## Ορμόνες και έμμηνος κύκλος

<b>LH</b>	1.0 - 11 U/l	Παραγωγική φάση
	< 77 U/l	Ωοθυλακιορρηξία
	< 15 U/l	Εκκριτική φάση
	14 - 60 U/l	Εμμηνόπαυση
<b>FSH</b>	1 - 12 U/l	Παραγωγική φάση
	3 - 11 U/l	Ωοθυλακιορρηξία
	2 - 10 U/l	Εκκριτική φάση
	18 - 153 U/l	Εμμηνόπαυση
<b>E2</b>	< 160 pg/ml	Παραγωγική φάση
	34 - 400 pg/ml	Ωοθυλακιορρηξία
	27 - 246 pg/ml	Εκκριτική φάση
	< 40 pg/ml	Εμμηνόπαυση
<b>PRG</b>	0,3 - 2 ng/ml	Παραγωγική φάση
	3 - 25 ng/ml	Ωοθυλακιορρηξία
	1 - 25 ng/ml	Εκκριτική φάση
	0,2 - 1 ng/ml	Εμμηνόπαυση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Κλιμακτήριος-Εμμηνόπαυση

#### Ορισμοί

**Εμμηνόπαυση:** Ο όρος αναφέρεται στην τελευταία φυσιολογική έμμηνο ρύση της γυναίκας και οφείλεται στην απώλεια της λειτουργίας των ωοθυλακίων. Η διάγνωση τίθεται εκ των υστέρων και συνήθως μετά από 6-12 μήνες αμηνόρροιας μη οφειλόμενης σε άλλη παθοφυσιολογική αιτία (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

**Κλιμακτήριος:** Η χρονική περίοδος που περιλαμβάνει την μετάβαση από την αναπαραγωγική στη μη αναπαραγωγική φάση της γυναίκας (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

#### Στάδια

**Προ-εμμηνόπαυση:** Η περίοδος αρχίζει περίπου από το 40<sup>ο</sup> έτος, όπου οριοθετείτε η εμφάνιση της εμμηνόπαυσης. Χαρακτηρίζεται από μικρής σημασίας ενδοκρινικές διαταραχές και διαταραχές της έμμηνης ρύσης.

**Περί-εμμηνόπαυση:** Η περίοδος χαρακτηρίζεται από την παρουσία των ενδοκρινολογικών, βιολογικών και κλινικών σημείων της επερχόμενης εμμηνόπαυσης. Αρχίζει περίπου από το 45<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και τελειώνει ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές της έμμηνης ρύσης. Ο κύκλος της γυναίκας γίνεται ανώμαλος, συχνά χαρακτηρίζεται από μεγάλη ροή και διάρκεια και εμφανίζονται εξάψεις (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

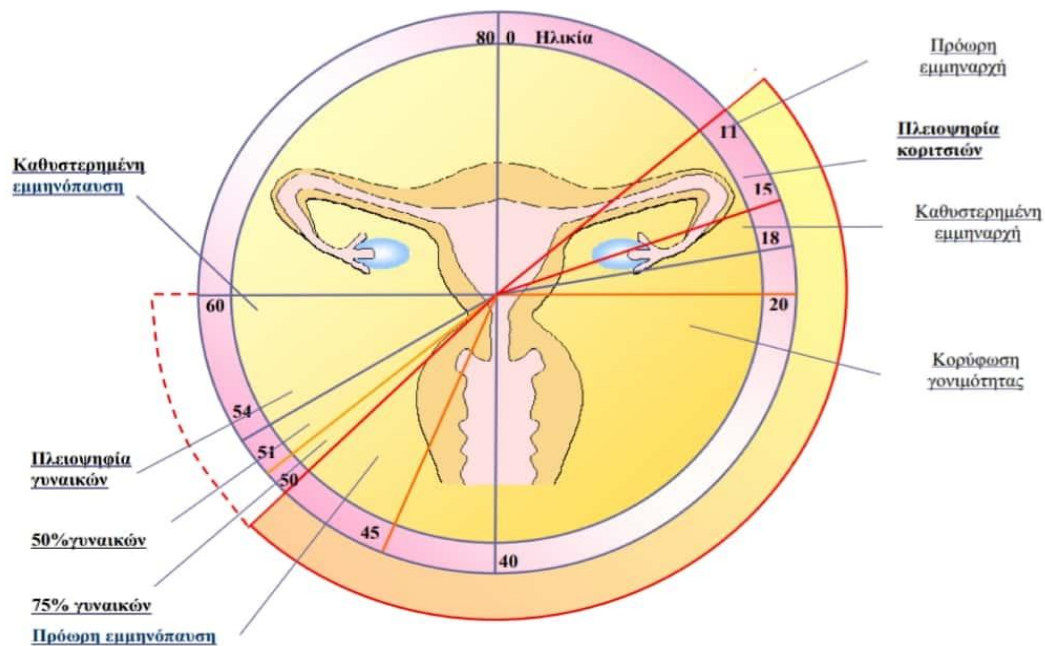
Η **εμμηνόπαυση** σηματοδοτεί το τέλος της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας, ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο στην ζωή της και όχι σαν νόσος. Μετά την εμμηνόπαυση η γυναίκα θα παρουσιάσει φυσικές και ανατομικές αλλαγές και θα χρειαστεί να προσαρμοστεί ψυχολογικά στην καινούρια αυτή περίοδο της ζωής της.

Όταν λόγω ανεπάρκειας των ωοθηκών για ένα έτος η έμμηνο ρύση σταματήσει θεωρείται πως μια γυναίκα έχει μπει στην εμμηνόπαυση. Οποιαδήποτε κολπική αιμορραγία ένα έτος μετά την τελευταία έμμηνο ρύση απαιτεί άμεση ιατρική διερεύνηση.

Παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν την ηλικία της εμμηνόπαυσης δεν σχετίζονται με την ηλικία εμμηναρχής, τη λήψη αντισυλληπτικών ή κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και την

κατανάλωση αλκοόλ. Οι πρώην και οι νυν καπνίστριες έχουν εμμηνόπαυση 1 έως 2 χρόνια νωρίτερα. Ακόμη, οι γυναίκες που υποσιτίζονται, οι χορτοφάγοι και όσες ζουν σε μεγάλο υψόμετρο εμφανίζουν πιο νέες εμμηνόπαυση. Επίσης είναι πιθανόν οι μητέρες και οι κόρες να έχουν εμμηνόπαυση στην ίδια ηλικία (Σούλου Ξ, 2008). Στις πολύτοκες γυναίκες η εμμηνόπαυση καθυστερεί κατά 1 περίπου έτος σε σχέση με τις άτοκες γυναίκες. Γυναίκες με κύκλο <26 ημερών εμφανίζουν εμμηνόπαυση στα 49,2 έτη, ενώ γυναίκες με κύκλο 33

*Εικόνα 6: Αναπαραγωγικός κύκλος στη ζωή της γυναίκας*



ημερών στα 51,4 χρόνια (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

**Μετ-εμμηνόπαυση:** Αναφέρεται στην τελευταία φάση της μεταβολικής περιόδου η οποία αρχίζει από την εμμηνόπαυση και φτάνει μέχρι και το 65<sup>ο</sup> έτος.

#### **Με βάση την Massachusetts Women's Health Study**

- Μέση ηλικία έναρξης της περιεμμηνόπαυσης: 45-46
- Ηλικία έναρξης 95% γυναικών: 39-51
- Μέση διάρκεια περιεμμηνόπαυσης: 5
- Μέση ηλικία εμμηνόπαυσης: 51,3 (Σούλου Ξ, 2008)

### *Πρόωρη εμμηνόπαυση*

Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται πρόωμη όταν εμφανιστεί πριν από τα 45 χρόνια και πρόωρη όταν εμφανιστεί πριν τα 40. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει μια ειδική περίπτωση η οποία ονομάζεται πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια και χαρακτηρίζεται ως μια δυνητικά μη αναστρέψιμη κατάσταση που εμφανίζεται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών και έχει ως αποτέλεσμα την διακοπή της έμμηνου ρύσης, μείωση των οιστρογόνων και αυξημένα επίπεδα γοναδοτροπίνων. Η πρόωρη εμμηνόπαυση αν και εμφανίζεται μόνο στο 1% των γυναικών κάτω των 40 προσδιορίζεται ως νόσος και όχι ως μια φυσιολογική κατάσταση. Και συσχετίζεται με σοβαρά προβλήματα υγείας όπως οστεοπόρωση και καρδιαγγειακά νοσήματα αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν πρόωρη εμμηνόπαυση είναι η αυτοάνοση καταστροφή των ωοθηκών, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, χημειοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση (εικόνα 6).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Ορμονικές και οργανικές μεταβολές

Η φυσιοπαθολογία της εμμηνόπαυσης εξαρτάται από την λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθηκών. Ο υποθάλαμος εκκρίνει τον ελκυστικό παράγοντα των γοναδοτροπίνων (GnRH), διεγείρει μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας, την σύνθεση και κατά τις ώσεις έκκριση της θυλακιοτρόπου (FSH) και της ωχρινοποιητικής (LH) ορμόνης, οι οποίες ακολούθως ρυθμίζουν την παραγωγή ορμονών στις ωοθήκες. Συγκεκριμένα στο ωοθυλάκιο, δηλαδή των οιστρογόνων, προγεστερόνης, και ανασταλτίνης. Τέλος τα επίπεδα των ωοθηκικών ορμονών ρυθμίζουν την εκκριτική λειτουργία στον υποθάλαμο και την υπόφυση. Η προοδευτική απώλεια των ωοθηκών αλλά και της λειτουργικότητας τους οδηγεί μοιραία στην εμμηνόπαυση (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

### Ορμόνες

- **Θυλακοτρόπος ορμόνη (FSH):** Ανήκει στις γοναδοτροπίνες και εκκρίνεται από την υπόφυση. Είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και λειτουργία των ωοθηκών.
- **Ωχρινοποιητική ορμόνη (LH):** Ανήκει στις γοναδοτροπίνες και εκκρίνεται από την υπόφυση. Είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και λειτουργία των ωοθηκών.
- **Προγεστερόνη:** Εκκρίνεται από τις ωοθήκες υπό την επίδραση τις FSH & LH. Προετοιμάζει το ενδομήτριο να λάβει και να θρέψει το γονιμοποιημένο ωάριο.
- **Οιστρογόνα:** Εκκρίνονται από τις ωοθήκες υπό την επίδραση της FSH & LH. Είναι υπεύθυνα για την ωρίμανση του ωοθυλακίου, την πάχυνση του ενδομητρίου και καθορίζει τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου.
- **Τεστοστερόνη:** Εκκρίνεται από τις ωοθήκες και τα επινεφρίδια. Έχει ανδρογονική και αναβολική δράση.
- **Ανασταλτίνη:** Εκκρίνεται από το ωοθυλάκιο. Είναι ένας αναστολέας της έκκρισης της ωοθυλακοτρόπου ορμόνης από την υπόφυση.

### Προεμμηνόπαυση

Παρατηρείται αύξηση των επιπέδων της FSH η οποία οφείλεται στη μείωση της ανασταλτίνης Β. Η ανασταλτίνη Β ρυθμίζει αρνητικά την έκκριση της FSH τα επίπεδά της στον ορό θεωρούνται ενδεικτικά της μείωσης του ηλικιακά εξαρτώμενου αποθέματος των ωοθηκών. Τα επίπεδα της LH παραμένουν αρχικά σταθερά και αυτό συμβαίνει διότι τα επίπεδα των παραγόμενων οιστρογόνων και προγεστερόνης είναι αρκετά για να διατηρήσουν την παλίνδρομη αλληλορύθμιση της LH. Αργότερα, η άρση στην ωρίμανση των ωοθυλακίων θα οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων της LH (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

### Περιεμμηνόπαυση

Η αύξηση των γοναδοτροπίνων οδηγεί σε υπερδιέγερση των ωοθυλακίων και επίταση του φαινομένου της αρτησίας κατά την περιεμμηνόπαυση (εικόνα 7).

Εικόνα 7: Ορμονικές μεταβολές στη φάση της εμμηνόπαυσης

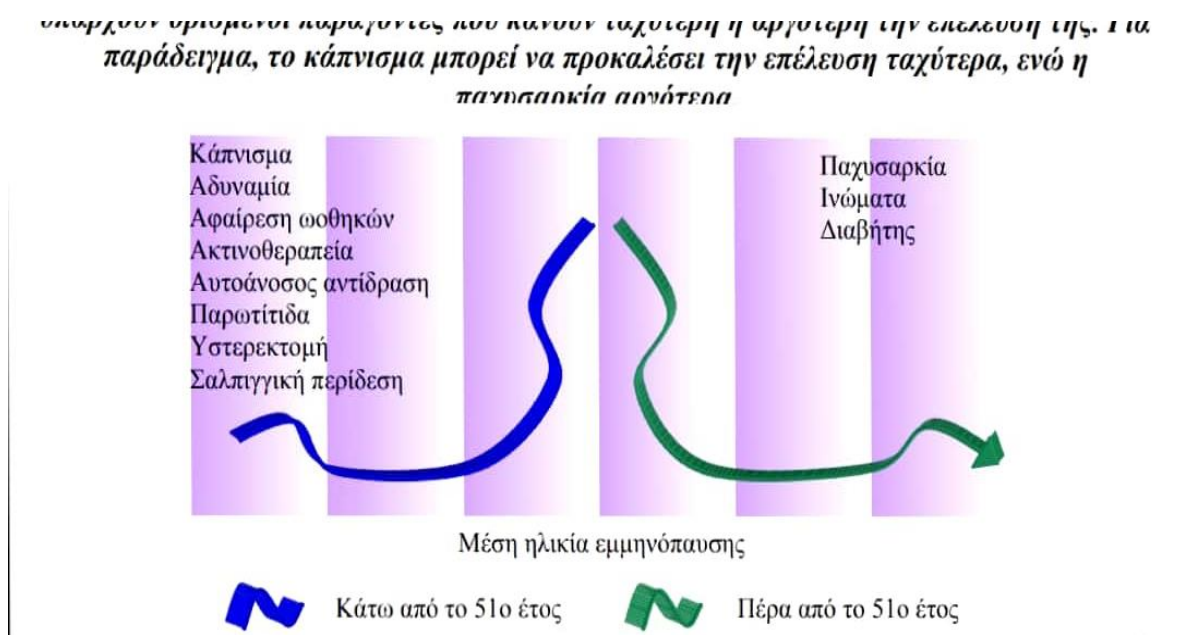
	A	B	Γ	Δ	Ε
φάσεις			πρώιμη προεμμηνό- παυσιακή	όψιμη προεμμηνό- παυσιακή	μετεμμηνό- παυσιακή
διάρκεια	2-6 μήνες	2-6 μήνες	1-2 έτη	1-2 έτη	1 έτος
έμμηνος ρύση	κανονική	κανονική	ολιγο- μηνόρροια	ολιγο- μηνόρροια	αμηνόρροια
ωοθυλακιορρηξία	πάντα	συχνά	<50%	σπάνια	όχι
FSH	↔	↔ / ↑	↑	↑	↑↑
LH	↔	↔	↔ / ↑	↔ / ↑	↑↑
οιστραδιόλη	↑	↑	↔ / ↑	↔ / ↑	↓
ανασταλτίνη	↓	↓	↓	↓	↓↓

↑: αύξηση, ↓: ελάττωση, ↔: χωρίς μεταβολή

## Εμμηνόπαυση

Η τελική παύση της ωοθυλακικής λειτουργίας οδηγεί σε μεγάλη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και ανασταλτίνης και περαιτέρω αύξηση των γοναδοτροπίνων οι οποίες φτάνουν σε μέγιστα επίπεδα 2-3 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και ακολούθως μειώνεται προοδευτικά. Η μεγάλη αύξηση των γοναδοτροπίνων σηματοδοτεί την πλήρη απορρύθμιση του μηχανισμού παλίνδρομης αλληλορύθμισης (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Εικόνα 8: Χρονικός προσδιορισμός εμμηνόπαυσης



## Μετεμμηνόπαυση

Μετεμμηνοπαυσιακά διατηρείται η έκκριση ωοθηκικής προέλευσης ανδρογόνων, αλλά αυτή είναι σημαντικά μειωμένη.

Κατά της αναπαραγωγική ηλικία το κύριο οιστρογόνο είναι η οιστραδιόλη (E2) η οποία κατά το 95% προέρχεται από τα κοκκιώδη κύτταρα του ωριμάζοντος ωοθυλακίου το δε υπόλοιπο 5% από περιφερική μετατροπή της οιστρονής (E1), τεστοστερόνης και ανδροστερόνης. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες πρακτικά δεν παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, ενώ συνεχίζουν να παράγουν ανδρογόνα σε μικρότερο βαθμό. Η E2 του πλάσματος προέρχεται κυρίως από περιφερική μετατροπή της E1, η οποία γίνεται το κύριο μετεμμηνοπαυσιακό οιστρογόνο και της οποίας τα επίπεδα εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από

την περιφερική μετατροπή των ωοθηκικών και επινεφρικών ανδρογόνων. Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι τα ωοθηκικά, όπως και τα επινεφριδιακά ανδρογόνα, μειώνονται προοδευτικά μετά την εμμηνόπαυση αλλά όχι απότομα όπως συμβαίνει με τα οιστρογόνα και ίσως ορθά θεωρούμε τη μετεμμηνόπαυσιακή ωοθήκη σαν ένα γοναδοτροπino-εξαρτώμενο ανδρογόνω-παραγωγό αδένα. Όπως κατά την αναπαραγωγική περίοδο έτσι και μετά την εμμηνόπαυση η βιοδραστικότητα των στεροειδών αυτών εξαρτάται από τα επίπεδα τους σε ελεύθερη μορφή και επομένως από τα επίπεδα της δεσμευτικής σφαιρίνης των ορμονών του φύλου (SHBG). Η μεγάλη ελάττωση της E2 μειώνει την SHBG με αποτέλεσμα την μικρότερη δέσμευση της τεστοστερόνης. Η τεστοστερόνη θεωρείται, στην ελεύθερη μορφή της, ως το κύριο βιοδραστικό ανδρογόνο (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Κατά την παραγωγική περίοδο οι ωοθήκες και ο φλοιός των επινεφριδίων συνεισφέρουν σχεδόν ισότιμα στην παρουσία της τεστοστερόνης, διϋδροτεστοστερόνης και ανδροστενδιόνης (Δ4Α) στο αίμα ενώ η θειική δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEAs) παράγεται κυρίως από τον φλοιό των επινεφριδίων. Μετά την εμμηνόπαυση η παραγωγή ανδρογόνων από τις ωοθήκες μειώνεται προοδευτικά ενώ διατηρείται από τα επινεφρίδια. Τα επινεφρίδια συνθέτουν προ-ορμόνες οι οποίες μεταβολίζονται περιφερικά προς δραστικά ανδρογόνα που κυρίως δεσμεύουν τον υποδοχέα ανδρογόνων. Σε προχωρημένη εμμηνόπαυση μειώνεται η ανδρογονική έκκριση και των επινεφριδίων κατά 50-60% (Δαραμούσκα Π, 2015)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **Επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης**

Οι επιπτώσεις που παρουσιάζονται μετά την εμμηνόπαυση δεν οφείλονται αποκλειστικά στην απώλεια της ωοθυλακικής λειτουργίας, φυσιολογικής ή χειρουργικής, και στην επακόλουθη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων, αλλά μπορεί να συνοδεύονται και με την πάροδο της ηλικίας, το ατομικό ιστορικό και την μέχρι τότε ψυχοσύνθεση της γυναίκας. (Δαραμούσκα Π, 2015)

### **Βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης**

**Οι Εξάψεις** είναι ένα ξαφνικό αίσθημα θερμότητας στο άνω τμήμα του σώματος, που συνοδεύεται από ερύθημα προσώπου, λαιμού και θώρακα και φύεται με αίσθημα ψύχους και συχνά με ιδρώτα. Η διάρκεια του επεισοδίου μπορεί να ποικίλει από λίγα δευτερόλεπτα ως μερικά λεπτά και σπανιότατα ως μια ώρα. Μπορεί να εμφανίζονται αραιά ή κάθε λίγα λεπτά. Είναι συχνότερα τη νύχτα, σε ζεστό περιβάλλον και σε περιόδους stress. Σε μερικές γυναίκες μπορεί να προηγείται κεφαλαλγία ή αίσθημα παλμών. Μπορεί να ξυπνάνε την γυναίκα πολλές φορές τη νύχτα, με αποτέλεσμα διαταραχές της ποιότητας του ύπνου, χρόνια κόπωση, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές υποχρεώσεις, ευερεθιστότητα, ίσως και κατάθλιψη (Σούλου Ξ, 2008).

**Οι ξαφνικές εφιδρώσεις** είτε ακολουθούν τις εξάψεις, είτε συμβαίνουν ξαφνικά, ανεξάρτητα, συχνότερα τη νύχτα και συνήθως διακόπτουν τον ύπνο. Καθώς ο ιδρώτας απελευθερώνει θερμότητα από το σώμα μπορεί να ακολουθήσει και ένα αίσθημα κρύου κύματος. Η αϋπνία στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες συνδέεται σχεδόν πάντα με τις βραδινές εφιδρώσεις κατά την διάρκεια των οποίων παρουσιάζονται ταχυκαρδία, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος ενώ η γυναίκα ιδρώνει ιδίως στο πρόσωπο, το στήθος, τη ράχη και στην συνέχεια παγώνει (Stoppard M, 2000) (Δαραμούσκα Π, 2015).

**Ταχυκαρδία-Ίλιγγος-Λιποθυμικά επεισόδια-Παραισθήσεις:** Οφείλεται στην ξαφνική άνοδο του καρδιακού ρυθμού, κολπική ταχυκαρδία (sinus tachycardia), η οποία συχνά συνοδεύει τις εξάψεις και εκδηλώνεται ταυτόχρονα με ίλιγγο, ζάλη, λιποθυμικά επεισόδια και σπανιότατα παραισθήσεις (Runnebaum B & Rabe T, 1997) (Δαραμούσκα Π, 2015).

**Διαταραχές εμμήνου ρύσεως:** Ο γεννητικός κύκλος γίνεται ανώμαλος. Συνήθως μικραίνει

λόγω μείωσης του χρόνου της παραγωγικής φάσης. Οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως συνήθως διαρκούν 2-8 έτη και μπορεί να εκδηλώνονται ως δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας (αιμορραγία χωρίς οργανικό αίτιο) και αποδίδονται συνήθως:

- Στην προ εμμηνόπαυση με ανωθυλακιορρηξία και ύπαρξη κυστικών ωοθυλακίων, με συνέπεια την υπερπλασία και άτυπη απόπτωση ενδομήτριου.
- Στην περιεμμηνόπαυση με ελαττωμένη παραγωγή οιστρογόνων.
- Στην εμμηνόπαυση με πλήρη ωοθηκική παρακμή και διακοπή κάθε μορφής ωοθυλακιογένεσης.
- Στην μετεμμηνόπαυση με αυξημένη παραγωγή ανδροστενδιόνης που μετατρέπεται σε οιστρόνη με συνέπεια την υπερπλασία και την άτυπη απόπτωση του ενδομήτριού (Καλογερόπουλος, 1997) (Δαραμούσκα Π, 2015).

Αν οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως εκδηλώνονται με γεννητικούς κύκλους < 21 ημερών, η ροή είναι αυξημένη και η διάρκεια >8 ημερών και σε περίπτωση εμφάνισης αιμόρροιας μετά από διάστημα 4-6 μηνών αιμόρροιας, επιβάλλεται έλεγχος {δοκιμασία (test) κύησης, γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου (test-Pap), υπερηχογραφικός έλεγχος του πάχους του ενδομήτριου και κλασματική απόξεση}, για τον αποκλεισμό της πιθανότητας οργανικής νόσου (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

#### **Ψυχογενή-Ψυχοσωματικά- Ψυχοσεξουαλικά συμπτώματα:**

Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται συχνά σε γυναίκες ηλικίας 45-46 ετών με ιδιαίτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες, τα οποία δεν είναι αμιγώς κλιμακτηρικά, διότι υπάρχουν και σε άλλες ηλικίες, δεν συσχετίζονται με την έλλειψη οιστρογόνων και επηρεάζονται από τις συνθήκες όπως το περιβάλλον της γυναίκας στη συγκεκριμένη αυτή περίοδο της ζωής της. Επιπροσθέτως η ψυχική-συναισθηματική αστάθεια είναι πιθανόν να προϋπήρχε σε λανθάνουσα μορφή και απλώς να εμφανίστηκε, λόγω της εμμηνόπαυσης, η οποία δρα καταλυτικά στην εμφάνιση μιας λανθάνουσας νεύρωσης.

Η γυναίκα κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης παρουσιάζει συχνά:

- Μελαγχολία
- Άγχος και ανασφάλεια

- Νευρικήτητα
- Ευερεθιστικότητα
- Αϋπνία
- Απώλεια μνήμης και συγκέντρωσης
- Αναποφασιστικότητα
- Μειωμένη Ενεργητικότητα
- Διαταραχές της Libido

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην παθογένεια των συμπτωμάτων αυτών δεν είναι σαφής εκτός ίσως της αϋπνίας, της μειωμένης ενεργητικότητας και του αισθήματος κόπωσης. Αναφορικά με την μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας κατά την εμμηνόπαυση επίσης δεν υπάρχει εξακριβωμένη συσχέτιση προς τα οιστρογόνα, εκτός ίσως της δυσπαρευνίας που προκαλεί η έλλειψη της (Δαραμούσκα Π, 2015) (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Η μείωση του κολλαγόνου του δέρματος που οδηγεί σε ρυτίδωση και ξηροδερμία σχετίζεται με την έλλειψη οιστρογόνων, ενώ μπορεί ακόμα να παρατηρηθεί αραίωση της τρίχωσης στη μασχάλη και στο εφηβαίο και αντικατάσταση από τελική τρίχα του χνουδιού στο άνω χείλος και στο πηγούνι (Σούλου Ξ, 2008).

### ***Μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης***

#### ***Επιπτώσεις Εμμηνόπαυσης στο γεννητικό σύστημα***

Η μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων οδηγεί σε αλλαγές στα γεννητικά όργανα, κυρίως προκαλεί ατροφία. Στο αιδοίο, λόγω ελάττωσης του υποδόριου λίπους, παρατηρείται αποπλάτυνση των μεγάλων χειλών, προβολή των μικρών χειλών και σμίκρυνση της κλειτορίδας. Η χρόνια κολπική έκκριση που προκαλείται από την αλλαγή του pH του κολπικού περιβάλλοντος από όξινο σε αλκαλικό ευνοεί την ανάπτυξη γαλακτοβακίλων, γι' αυτό οι εμμηνόπαυσιαικές γυναίκες είναι επιρρεπείς σε κολπικές λοιμώξεις.

Επειδή τα αγγεία και η περιεκτικότητα σε κολλαγόνο του κόλπου μειώνονται και ο βλεννογόνος λεπταίνει, ο κόλπος γίνεται πιο εύθρυπτος και επιρρεπής σε τραύματα και λοιμώξεις. Η ελαστικότητα, η διάμετρος και το μήκος του κόλπου μειώνονται. Αυτές οι

αλλαγές, σε συνδυασμό με τη μείωση της παραγόμενης κολπικής λίπανσης κατά την σεξουαλική διέγερση, καθιστούν επώδυνη σεξουαλική επαφή συνηθισμένο πρόβλημα στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες σε ποσοστό 20-40%.

Καθώς τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται με το τέλος των κύκλων, το ενδομήτριο ατροφεί και η μήτρα και ο τράχηλος ελαττώνονται σημαντικά σε μέγεθος. Οι ανατομικές αυτές αλλαγές συμβαίνουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και εξακολουθούν καθ' όλη τη διάρκεια ζωής της γυναίκας, ινομυώματά της μήτρας, η ανάπτυξη των οποίων εξαρτάται από την οιστρογονική διέγερση, συχνά μειώνονται σε μέγεθος θεαματικά με τη διακοπή την έμμηνου ρύσεως. Το τραχηλικό στόμιο στενεύει και η ζώνη μετάπτωσης του τραχήλου κινείται προς τα πάνω στον ενδοτραχηλικόσωλίνα, δυσκολεύοντας τη λήψη επαρκούς κυτταρικού υλικού για εξέταση κατά Παπανικολάου (Stewart D). Στην πύελο παρατηρείται εξασθένηση μυών, συνδέσμων, περιτοναίων και πυελικού εδάφους (Δαραμούσκα Π, 2015).

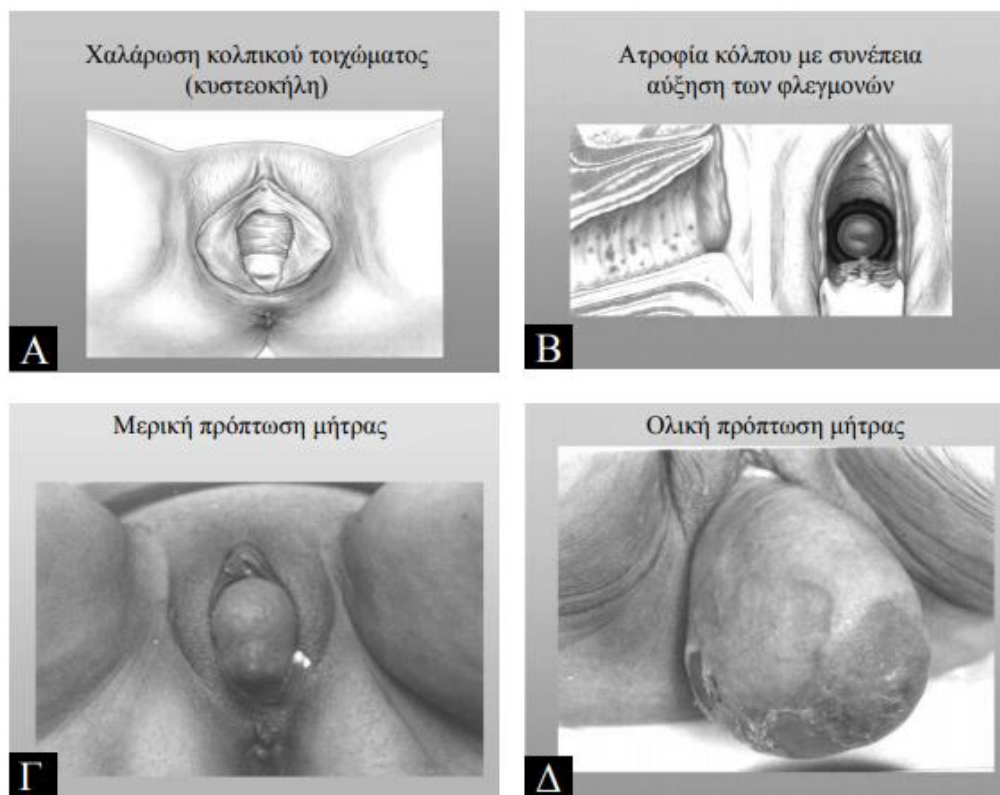
### ***Επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στο ουροποιητικό σύστημα***

Οι επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στο ουροποιητικό σύστημα σχετίζονται με την ατροφία, που εμφανίζεται στο 50% των γυναικών, λόγω της οιστρογονοπενίας. Τα συχνότερα ενοχλήματα για τα οποία διαμαρτύρονται οι γυναίκες είναι:

- Αιφνίδια, ισχυρή επιθυμία για ούρηση
- Χαλάρωση πυελικού εδάφους (κυστεοκήλες, ορθοκήλες, προπτώσεις)
- Ατροφική ουρηθρίτιδα
- Ατροφική τριγωνίτιδα
- Ακράτεια ούρων, περίπου στο 57% των γυναικών (Σταματόπουλος ΧΠ και συν, 2007)

Η ακράτεια ούρων από προσπάθεια μπορεί να προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής μιας γυναίκας και να οδηγήσει στην κοινωνική απόσυρση και στην απομόνωση, στην αποφυγή ερωτικών επαφών και στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Οι πιο συνηθισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην ακράτεια είναι κατάθλιψη, ενοχή, άρνηση, ανησυχία μυστικοπάθεια και φόβος ότι οι άλλοι θα ανακαλύψουν τη δυσκολία της γυναίκας ή θα μυρίσουν τα ούρα της (εικόνα 9).





Εικόνα 1. (Α) Κυστεοκήλη, (Β) Ατροφία κόλπου και αύξηση των φλεγμονών, (Γ) Μερική πρόπτωση μήτρας, και (Δ) Ολική πρόπτωση μήτρας.

Η χρόνια έλλειψη των οιστρογόνων συνδέεται, λόγω στρωφίας και μειωμένης αντίστασης σε βακτηριακές λοιμώξεις, με υποτροπιάζουσα ουρηθροκυστίτιδα, δυσουρία και συχνουρία.

### **Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στο μαστό**

Οι μαστοί τέλος ατροφούν, χαλαρώνουν προοδευτικά και αλλοιώνεται το σχήμα τους καθώς επιπλέον παρατηρείται εξασθένιση του αδενικού ιστού τους με αύξηση των λιποκυττάρων.

### **Επιπτώσεις εμμηνόπαυσης στο δέρμα**

Οι επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στο δέρμα οφείλονται στην μείωση του κολλαγόνου, της αιμάτωσης και του ρυθμού διαίρεσης των κυττάρων. Η ελαστικότητα του δέρματος μειώνεται, είναι λιγότερο σφικτό, χάνει την κινητικότητα του, ξηραίνεται (Δαραμούσκα Π, 2015) (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Τα μελανοκύτταρα ελαττώνονται και κατά την εμμηνόπαυση μεγαλώνει ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του δέρματος. Οι σμηγματογόνοι αδένες έχουν επίσης μειωμένη δραστηριότητα με αποτέλεσμα τη δημιουργία ρυτίδων στο δέρμα. Η έλλειψη του

κολλαγόνου και της ελαστίνης (η οποία είναι υπεύθυνη για την ελαστικότητα του συνδετικού ιστού), οδηγεί σε μείωση του πάχους του δέρματος και σε εξασθένηση των νεύρων του δέρματος.

Έτσι παρατηρείται ξηρότητα, ρυτίδωση, αίσθημα κνησμού και μια κατάσταση γνωστή ως μυρμηκίαση, την οποία ορισμένες γυναίκες περιγράφουν σαν να γεμίζει το δέρμα τους μυρμηγκία. Η μυρμηκίαση είναι σύνηθες φαινόμενο στην εμμηνόπαυση. Η ακριβής αιτία του φαινομένου δεν είναι γνωστή. Η πτώση των οιστρογόνων που χαρακτηρίζει την φάση αυτή της ζωής της γυναίκας, σχετίζεται με εξασθένηση της τρίχας, ξηρότητα μαλλιών, των νυχιών, του στόματος, των οφθαλμών και τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζεται αυξημένη τριχοφυΐα συνήθως στο πρόσωπο, στις παρειές, το στήθος, τα πόδια και το υπογάστριο (Stoppard M, 2000) (Δαραμούσκα Π, 2015).

### ***Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης***

Είναι τεκμηριωμένο ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα τόσο από οστεοπόρωση όσο και από στεφανιαία νόσο.

Η έλλειψη οιστρογόνων επιταχύνει τον ρυθμό οστικής απώλειας κατά 0,5-2% κατά έτος. Η απώλεια της οστικής μάζας οδηγεί σε μείωση της ανθεκτικότητας του σκελετού και αυξάνει τον κίνδυνο καταγμάτων. Τα συχνότερα κατάγματα αφορούν τους σπονδύλους, τον αυχένα, την κεφαλή του μηριαίου και το περιφερικό άκρο της κερκίδας και προκαλούνται ακόμα και μετά από μικρό τραύμα. Η συχνότητα σπονδυλικών καταγμάτων στις γυναίκες αυξάνει από 3% στην ηλικία των 50-54 ετών σε 40% στην ηλικία των 85-89 ετών (Σούλου Ξανθή, 2003).

Η έλλειψη οιστρογόνων επηρεάζει τα λιπίδια του αίματος, οδηγώντας σε αύξηση της χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης (κακή). Επίσης επηρεάζονται παράγοντες που συμμετέχουν στην πήξη του αίματος ενώ επηρεάζεται άμεσα το ενδοθήλιο των αγγείων. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να ερμηνεύουν την αύξηση της καρδιαγγειακής νόσου και της αθηροσκλήρυνσης της αορτής που παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση.

Η δράση των οιστρογόνων στον εγκέφαλο είναι νευροτροφική και νευροπροστατευτική και για αυτό σύνδρομα που περιλαμβάνουν έκπτωση διανοητικών λειτουργιών (π.χ. νόσος Alzheimer) πιθανά να σχετίζονται με την έλλειψη τους (Σούλου Ξανθή, 2003).

Η εμμηνόπαυση συμπίπτει χρονικά με σημαντικές ανακατατάξεις στην ζωή μιας γυναίκας.

Συνταξιοδότηση, απομάκρυνση των παιδιών, είναι γεγονότα που αναμένονται στην δεκαετία 50-60 ετών (Σούλου Ξ, 2008).

Ποικίλες έρευνες έχουν δείξει ότι τα 2/3 των γυναικών που νοσηλεύονται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης αναφέρουν αρθραλγία ή πόνους με περιορισμό των κινήσεων (Stoppard M, 2000) (Δαραμούσκα Π, 2015).

Η συνεργασία με τον γιατρό μπορεί να βοηθήσει την γυναίκα να μην επηρεαστεί από τις επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και να οπλιστεί με κέφι για να αντιμετωπίσει καινούργιες προκλήσεις και δραστηριότητες (Σούλου Ξ, 2008).

### **Οστεοπόρωση**

Η οστεοπόρωση αποτελεί μια οδυνηρή και επίφοβη πάθηση που σχετίζεται με την εμμηνόπαυση. Είναι μια συστηματική σκελετική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής μάζας και διαταραχή της μικρό-αρχιτεκτονικής δομής του οστού, χωρίς να συνυπάρχει αλλαγή της χημικής σύνθεσής του.

Το οστό οφείλει την αντοχή του στην κατασκευαστική δομή του από πρωτεϊνικές ίνες και ισχυρούς κρυστάλλους φωσφορικού ασβεστίου και στη διατήρηση ενός ελάχιστου επιπέδου οστικής μάζας. Η μείωση των στοιχείων αυτών κατά την οστεοπόρωση κάνει τον σκελετό του ανθρώπου εύθραυστο, μειώνει την αντοχή του οστού στις φυσιολογικές εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις και παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος αυτόματου ή προκλητού κατάγματος (Κρεατσάς Γ, 2002).

Η οστεοπόρωση διακρίνεται, σύμφωνα με τον ΠΟΥ και με βάση τον έλεγχο της οστικής πυκνότητας σε 4 κατηγορίες: (Αθανασίου Π & Κώστογλου Ιφιγένεια)

*Εικόνα 9: Ταξινόμηση οστεοπόρωσης σύμφωνα με τον ΠΟΥ*

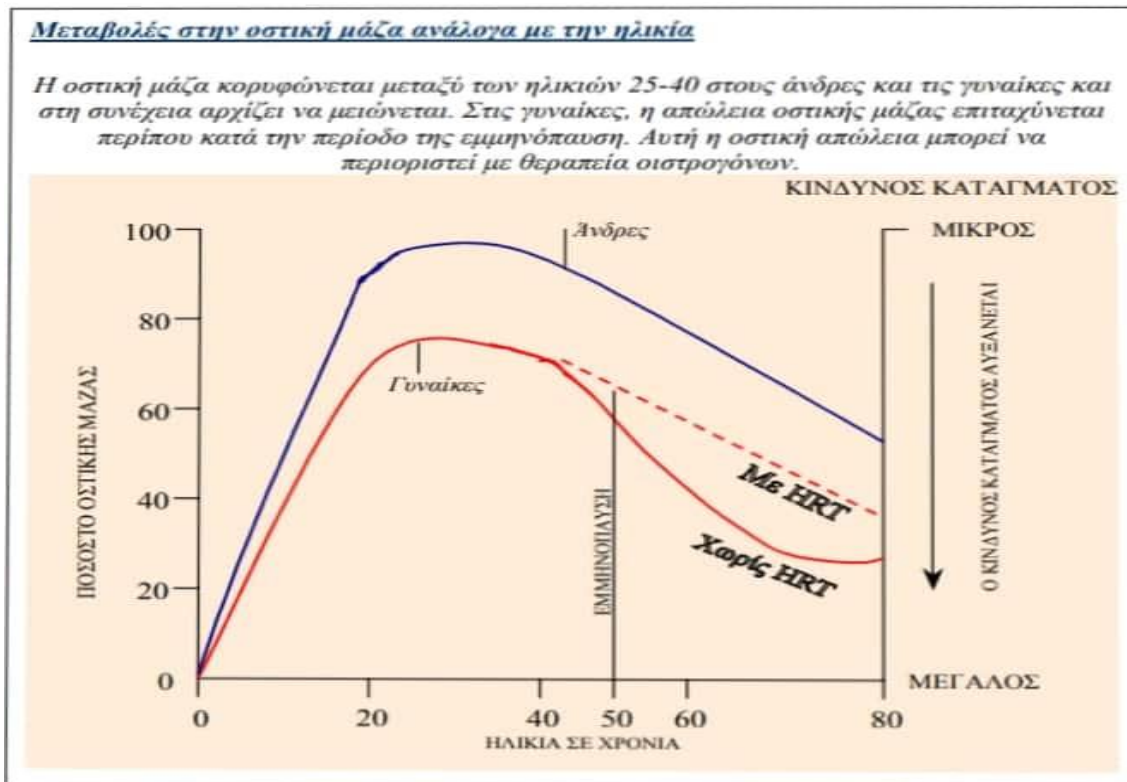
Πίνακας 1	Ταξινόμηση οστεοπόρωσης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας
Διάγνωση	T-score
Φυσιολογική οστική πυκνότητα	>-1,0
Οστεοπενία	<-1,0 και >-2,5
Οστεοπόρωση	<-2,5
Σοβαρή οστεοπόρωση	<-2,5 και παρουσία κατάγματος

- Φυσιολογική: Οστική πυκνότητα μικρότερη ή ίση -1 SD (σταθερά απόκλιση) υγιούς

πληθυσμού.

- Οστεοπενία: οστική πυκνότητα  $-1$  SD έως  $-2,5$  SD υγιούς πληθυσμού.
- Οστεοπόρωση: Οστική πυκνότητα μεγαλύτερη  $-2,5$  SD υγιούς πληθυσμού.
- Βαριά Οστεοπόρωση: Οστεοπόρωση επιπλεγμένη από ένα ή περισσότερα οστεοπορωτικά κατάγματα (εικόνα 9).

Εικόνα 10: μεταβολές στην οστική μάζα ανάλογα με την ηλικία



Η απώλεια της οστικής μάζας με την πάροδο της ηλικίας είναι αναπόφευκτη. Πέρα, όμως του ρυθμού οστικής απώλειας του εξαρτώμενου από την ηλικία που εμφανίζεται μετά την σκελετική ωρίμανση, καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση οστεοπόρωσης έχουν δυο παράγοντες:

- Η κορυφαία οστική μάζα του ατόμου κατά την στιγμή της σκελετικής ωρίμανσης
- Η εμμηνόπαυση στις γυναίκες.

Η σημασία της κορυφαίας οστικής μάζας στη διαμόρφωση της οστικής μάζας κατά τα επόμενα χρόνια είναι μεγάλη, μικρές δε διαφορές σε αυτή συνδέονται με μεγάλες διαφορές

στη μετέπειτα οστική μάζα και τον κίνδυνο του κατάγματος ο οποίος εξαρτάται από την ηλικία. Για κάθε 1 SD της οστικής πυκνότητας ο κίνδυνος κατάγματος αυξάνεται από 50-150% και επομένως παρεμβάσεις κατά την νεαρή ηλικία μπορούν να επηρεάσουν ευεργετικά τα οστά για την υπόλοιπη ζωή. Η κορυφαία οστική μάζα καθορίζεται από κληρονομικούς παράγοντες, όπως:

- Το φύλλο
- Την διατροφή
- Την σωματική άσκηση ή δραστηριότητα (εικόνα 10) (Διακουμοπούλου Μ, 2006).

Οι άνδρες έχουν γενικώς 30-50% μεγαλύτερη οστική μάζα σε σύγκριση με τις γυναίκες και αυτό μαζί με την απουσία μετεμμηνοπαυσιακού τύπου εξηγεί γιατί ο κίνδυνος αυτόματου κατάγματος αυξάνεται πολύ αργότερα στους άνδρες.

Υπάρχουν δύο τύποι φυσιολογικής οστεοπόρωσης:

- Ο τύπος 1: Η Μετεμμηνοπαυσιακή Οστεοπόρωση
- Ο τύπος 2: Η Γεροντική Οστεοπόρωση

Η γεροντική οστεοπόρωση αφορά και τα δύο φύλα και χαρακτηρίζεται από απώλεια κυρίως φλοιώδους οστού. Σε αυτόν τον τύπο οστεοπόρωσης η απορρόφηση του οστού είναι φυσιολογική ή και μειωμένη, αλλά ο αριθμός και η δραστηριότητα των οστεοβλαστών (πρόδρομα κύτταρα που συμβάλλουν στην σύνθεση του οστίτη ιστού), δεν επαρκούν με την πάροδο του χρόνου να καλύψουν την απορρόφηση ασβεστίου με αποτέλεσμα την απώλεια περίπου 1% της οστικής μάζας το χρόνο και μέχρι το τέλος της ζωής (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από επιπρόσθετη οστική απώλεια. Καθώς το επίπεδο της οιστρογόνου ορμόνης και προγεστερόνης πέφτει, τα οστά αρχίζουν να χάνουν τη μάζα του σε ποσοστό 0,5% - 3% της συνολικής μάζας των οστών της. Εξωτερικά τα οστά φαίνονται σκληρά και στερεά. Εντούτοις, η ανθεκτική και λεία επιφάνειά του είναι πορώδης και περικλείει μια εσωτερική σπογγώδη συγκρατούσα ύλη κυψελοειδούς εμφάνισης.

Το υγιές οστό περιλαμβάνει αγγεία και νεύρα και ένα πολύ αποτελεσματικό σύστημα

επιδιόρθωσης και συντήρησης. Υπάρχουν ειδικά κύτταρα που προκαλούν καταστροφή των οστών, οι οστεοκλάστες, ενώ άλλα, οι οστεοβλάστες, ανανεώνουν, επιδιορθώνουν και δημιουργούν καινούρια οστά. Η δραστηριότητα αυτών των κυττάρων ελέγχεται, κατά κύριο λόγο, από τις ορμόνες, συμπεριλαμβανομένης και της οιστρογόνου, η οποία θεωρείται ότι συντελεί στην αύξηση του ρυθμού επιδιόρθωσης και ανανέωσης των οστών. Αν τα επίπεδα της οιστρογόνου ορμόνης πέσουν, τα οστά δεν αποκαθίστανται με τόσο ικανοποιητικό ρυθμό (Δαραμούσκα Π, 2015).

Η οιστρογόνος ορμόνη, επίσης, διευκολύνει τη μετάβαση του ασβεστίου από το αίμα στα οστά και εμποδίζει την απώλεια του. Για τον λόγο αυτόν, η απώλεια του φυσιολογικού επιπέδου της οιστρογόνου ορμόνης οδηγεί σε διάσπαση.

Ο σχηματισμός λεπτών τρυπών μέσα στα οστά επιφέρει δυο αποτελέσματα:

1. Η γενική δομή και ο ιστός υποστήριξης του οστού εξασθενεί.
2. Εμφανίζεται μικρότερη συγκρατούσα ύλη στην οποία μπορεί να επικαθίσει το ασβέστιο.

Τα οστά χάνουν το εύρος και την πυκνότητά τους και μετατρέπονται σε εύθραυστα, καταλήγοντας να σπάνε σχετικά εύκολα. Για μια γυναίκα που αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα οστεοπόρωσης της σπονδυλικής στήλης, μικροατυχήματα, τραντάγματα ή πτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφή των οστών στις σπονδυλικής στήλης.

Η πιο χαμηλή σε σχέση με τον άνδρα οστική μάζα και η επιταχυνόμενη οστική απώλεια εξηγούν γιατί η οστεοπόρωση εμφανίζεται πιο συχνά στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα. Η τύπου 1 οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από απώλεια κυρίως σπογγώδους οστού. Η ολική οστική απώλεια φθάνει το 50% περίπου του σπογγώδους οστού, αν δε ληφθεί υπόψη ότι το 80% του σκελετού αποτελείται από σπογγώδες οστό, γίνεται αντιληπτή η σημασία της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης. Η οστική απώλεια και η διαταραχή της δομής μειώνουν την αντοχή του οστού προς την φυσιολογική επιβάρυνση και εμφανίζεται, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών ταχείας οστικής απώλειας, αυξημένη προδιάθεση για αυτόματο κάταγμα (σπονδυλικό, κάτω άκρο κερκίδας, αυχένα μηριαίου). Επίσης στη σπονδυλική στήλη η λέπτυνση και η εξαφάνιση των οστεοδοκίδων προκαλεί καθίζηση σπονδυλικών σωμάτων, η οποία οδηγεί σε απώλεια του αναστήματος και προοδευτική κύφωση (Δαραμούσκα Π, 2015).

Επιδημιολογικά η συχνότητα εμφάνισης της οστεοπόρωσης αυξάνεται ανά τον κόσμο, ανάλογα δε αυξάνονται και τα κατάγματα, ιδιαίτερα του ισχίου και των σπονδύλων, δυσανάλογα όμως σε σχέση με την αύξηση της ηλικίας.

Η οστεοπόρωση και τα κατάγματα συναντούνται συχνότερα στις ΗΠΑ και στις χώρες του δυτικού κόσμου. Η οστεοπόρωση πλήττει κυρίως τις γυναίκες λόγω χαμηλής κορυφαίας οστικής μάζας και αυξημένου ρυθμού οστικής απώλειας, λόγω εμμηνόπαυσης. Η οστεοπόρωση πλήττει κυρίως τις λευκές γυναίκες και καπνίστριες, ιδιαίτερα όταν η εμμηνόπαυση εμφανίζεται νωρίτερα στην ζωή τους. Στις αναπτυγμένες χώρες η οστεοπόρωση είναι νόσος μεγάλης σημασίας από άποψη υγείας και κόστους αντιμετώπισης. Περίπου 75 εκατομμύρια γυναίκες νοσούν στις ΗΠΑ, Ευρώπη και Ισπανία. Στις ΗΠΑ, αναμένεται ότι 50 εκατομμύρια θα εκδηλώσουν κατάγματα από οστεοπόρωση το 2020. Το κόστος της οστεοπόρωσης είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς περιλαμβάνει νοσοκομειακή περίθαλψη, κατ' οίκον περίθαλψη, κατανάλωση φαρμάκων, αποκατάσταση και απώλεια ωρών εργασίας. Η επίπτωση των οστεοπορωτικών καταγμάτων αναμένεται να διπλασιασθεί μέχρι το 2020 λόγω αύξησης του μέσου όρου ζωής (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Το κάταγμα του ισχίου θεωρείται η σοβαρότερη συνέπεια της οστεοπόρωσης και συνδέεται με αυξημένη θνητότητα. Κατάγματα σε άλλα σημεία του σώματος δεν συνδέονται με αυξημένη θνητότητα ή μακροχρόνια αντιμετώπιση, οπωσδήποτε όμως, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Στην Ελλάδα το πρόβλημα της οστεοπόρωσης δεν διαφέρει από των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης. Η συχνότητα της μετεμμηνόπαυσιακής οστεοπόρωσης όπως προκύπτει από την συχνότητα των σπονδυλικών καταγμάτων, είναι περίπου 20% για τις γυναίκες που είναι μεγαλύτερες των 55 ετών. Τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου αυξήθηκαν μέσα σε 10 χρόνια κατά 80% ενώ αντίστοιχη αύξηση των ηλικιωμένων στα χρόνια αυτά ήταν μόνο 17%.

Η οστεοπόρωση είναι μια χρόνια εξελισσόμενη νόσος, η οποία καθυστερεί για 10 ή και 20 χρόνια πριν εμφανίσει συμπτώματα και γι' αυτό το λόγο χαρακτηρίζεται ως «Σιωπηρή Επιδημία».

**Προ-διαθεσιακοί Παράγοντες:** Ο καθορισμός των ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης έχει μεγάλη σημασία επειδή βοηθάει την πρόληψη. Η πρόληψη

βασίζεται επίσης στη γενικότερη ενημέρωση του ατόμου, στον συμβουλευτικό ρόλο του γιατρού και στη χορήγηση θεραπείας εξατομικευσης για την κάθε ασθενή (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

- Κύριοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οστεοπόρωσης όπως προαναφέρθηκε είναι η χαμηλή κορυφαία οστική μάζα και το μέγεθος της οστικής απώλειας που εγκαθίσταται μετά την σκελετική ωρίμανση. Το μέγεθος της οστικής απώλειας, η δε διάρκεια καθορίζεται από τη διάρκεια ζωής και την ηλικία της εμμηνόπαυσης. Όλα τα ανωτέρω επηρεάζονται από γενετικούς παράγοντες της οστεοπόρωσης διακρίνονται σε μη μεταβλητούς και μεταβλητούς παράγοντες και είναι οι εξής:
- Μη Μεταβλητοί: φύλο, πρόωρη εμμηνόπαυση, όψιμη εμμηναρχή, άτοκη γυναίκα, ύψος-βάρος-χρώμα δέρματος, φυλετικοί παράγοντες, οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης.
- Μεταβλητοί: έλλειψη οιστρογόνων, έλλειψη σωματικής άσκησης, διαιτητικοί παράγοντες, καπνός, οινόπνευμα, καφεΐνη (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

#### ***Αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης, έχει η γυναίκα:***

- Με όψιμη εμμηναρχή (>17 ετών).
- Με πρόωρη εμμηνόπαυση.
- Με χειρουργική ή κατόπιν ακτινοβολίας εμμηνόπαυση.
- Με οποιαδήποτε αιτιολογίας μείωση των οιστρογόνων (έντονη φυσική δραστηριότητα, πνευματική καταπόνηση, θεραπεία με GNRH).
- Η μικρόσωμη, λεπτή ανοικτού χρώματος γυναίκα.

Η κορυφαία οστική μάζα επηρεάζεται εν μέρει, από γενετικούς παράγοντες δημιουργώντας διαφορές στον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης σε φυλετικό επίπεδο: οι Ισπανο-Αμερικάνες είναι πιο ευπρόσβλητες από τις Λευκές-Ασιάτισσες οι οποίες είναι πιο ευπρόσβλητες από τις Άφρο-Αμερικάνες.

Το οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης πιθανώς επίσης να προδιαθέτει, διαιτητικούς παράγοντες είναι, επίσης πιθανόν να προδιαθέτουν στην εμφάνιση της οστεοπόρωσης.

Η πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D πιθανόν συνδέεται με την κορυφαία οστική μάζα. Η



καφεΐνη ίσως να επηρεάζει δυσμενώς το σκελετό ή την αποβολή ασβεστίου λόγω διουρητικής δράσης.

Το οινόπνευμα ίσως επηρεάζει τα οστικά κύτταρα ή το μεταβολισμό της βιταμίνης D, τέλος ο καπνός είναι πιθανόν να προδιαθέτει στην εμφάνιση οστεοπόρωσης εμποδίζοντας τη δράση των οστεοβλαστών και λόγω του ότι οι καπνίστριες είναι συνήθως λεπτότερες με τάση για πρόωρη εμμηνόπαυση, υψηλότερο καταβολισμό των εξωγενών οιστρογόνων και μειωμένο βαθμό αρωματοποίησης στον υποδόριο ιστό (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

Η λήψη φαρμακευτικών ουσιών (αντικαταθλιπτικά και κορτικοστεροειδή), καθώς και ασθένειες όπως: Σ.Δ και θυρεοτοξίκωση επηρεάζουν τον οστικό μεταβολισμό ή παρεμβαίνουν στο ισοζύγιο του ασβεστίου και τα επίπεδα της παραθορμόνης είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δευτεροπαθή οστεοπόρωση.

Τέλος, η σωματική άσκηση σε λογικά όρια και η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου (1gr) επηρεάζει θετικά την κορυφαία οστική μάζα, ενώ αντίθετα η υπέρμετρη άσκηση συνδυαζόμενη με μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου μπορεί, μέσω διαταραχών του γεννητικού κύκλου και της ορμονοπαραγωγής να δράσει αρνητικά (Κρεατσάς Γεώργιος, 2009).

**Διαγνωστική Προσέγγιση Οστεοπόρωσης:** Ο αρχικός διαγνωστικός έλεγχος της μετεμμηνοπαυσιακής γυναίκας αποσκοπεί στην εντόπιση παραγόντων κινδύνου για οστεοπόρωση, κάταγμα ή πτώσεις, στην τεκμηρίωση της διάγνωσης της οστεοπόρωσης με μέτρηση της οστικής πυκνότητας και στον αποκλεισμό καταστάσεων και νοσημάτων που προκαλούν δευτεροπαθή οστεοπόρωση. Η αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου για οστεοπόρωση ή/και κάταγμα βασίζεται στη λήψη ενός ενδεδειγμένου ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, στην κλινική εξέταση και τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, όπου απαιτούνται (Δαραμούσκα Π, 2015).

**Ιστορικό - Κλινική εξέταση:** Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό εστιάζεται στην εντόπιση των κλινικών στοιχείων. Η διαπίστωση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου βοηθά στο καθορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής, αλλά δεν τεκμηριώνει τη διάγνωση της οστεοπόρωσης. Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει τη μέτρηση του ύψους και του σωματικού βάρους της γυναίκας, την αναζήτηση σημείων ευαισθησίας στη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ και ΘΜΣΣ) καθώς και κλινικών σημείων ενδεικτικών νοσημάτων που προκαλούν οστεοπόρωση (π.χ. σύνδρομο Cushing,

υπερθυρεοειδισμός) (Κρεατσάς Γ, 2002).

Η απώλεια ύψους, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι μεγαλύτερη των 3cm, ο πόνος και η ευαισθησία στην κατώτερη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ, καθώς και η ύπαρξη κύφωσης είναι ενδεικτικά σημεία σπονδυλικών καταγμάτων και υποδηλούν έμμεσα την ύπαρξη οστεοπόρωσης. Επειδή η παρουσία των σημείων αυτών δεν οφείλεται αποκλειστικά στην οστεοπόρωση και δεδομένου ότι τα 2/3 των σπονδυλικών καταγμάτων είναι χωρίς συμπτώματα, θα πρέπει να διενεργείται σε αυτές τις γυναίκες ακτινολογικός έλεγχος της ΘΜΣΣ και της ΟΜΣΣ, ώστε να επιβεβαιώνεται ακτινολογικά η παρουσία σπονδυλικού κατάγματος (Σμυρνάκη Ε, 2009). Ο κλινικός έλεγχος της μετεμμηνοπαυσιακής γυναίκας πρέπει να περιλαμβάνει και την αναζήτηση παραγόντων αυξημένου κινδύνου για πτώσεις (Δαραμούσκα Π, 2015).

### ***Μέτρηση οστικής πυκνότητας***

Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (ΟΠ) είναι η εργαστηριακή μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης. Οι ενδείξεις μέτρησης της ΟΠ με βάση τις συστάσεις της Εταιρείας Εμμηνόπαυσης Βορείου Αμερικής (North American Menopause Society-NAMS) είναι οι εξής:

1. Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα που λαμβάνει φάρμακα ή πάσχει από νοσήματα που προκαλούν οστεοπόρωση, ανεξάρτητα της ηλικίας της.
2. Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα ηλικίας τουλάχιστον 65 ετών, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου.
3. Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα ηλικίας μικρότερης των 65 ετών, όταν υπάρχει τουλάχιστον ένας παράγοντας αυξημένου κινδύνου για κάταγμα (ατομικό ιστορικό κατάγματος ιδιαίτερα σπονδυλικού, ισχίου ή Colles, οικογενειακό ιστορικό κατάγματος ισχίου, χαμηλό σωματικό βάρος, κάπνισμα) (Δαραμούσκα Π, 2015)

Η τεχνική που συστήνεται για τη μέτρηση της ΟΠ είναι η μέθοδος της απορροφησιομετρίας ακτινών-Χ διπλής ενέργειας, η γνωστή DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry). Το αποτέλεσμα της μέτρησης δίδεται με δύο δείκτες, το T-score και το Z-score, οι οποίοι εκφράζονται ως μονάδες σταθερής απόκλισης. Το T-score αντιστοιχεί στη διαφορά σε σταθερές αποκλίσεις της μετρούμενης ΟΠ από τη μέση τιμή της κορυφαίας ΟΠ ενός πληθυσμού αναφοράς νεαρών ενηλίκων (20-29 ετών) του ίδιου φύλου, ενώ το Z-score

αντιστοιχεί στη διαφορά σε σταθερές αποκλίσεις από τη μέση τιμή ΟΠ ενός πληθυσμού αναφοράς της ίδιας ηλικίας, φύλου και εθνικότητας.

### ***Βιοχημικοί δείκτες οστικού μεταβολισμού***

Η μέτρηση των δεικτών οστικής απορρόφησης ή/και οστικής σύνθεσης δεν συμβάλλει στη διάγνωση της οστεοπόρωσης, αν και έχει βρεθεί σε κάποιες μελέτες ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόγνωση μελλοντικού κατάγματος. Η μέτρηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο πρώιμης εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της αντιοστεοπορωτικής αγωγής, σε αντίθεση με τη DEXA. Η αξία της χρήσης των δεικτών αυτών στην κλινική πράξη περιορίζεται από τις ημερήσιες διακυμάνσεις που παρουσιάζουν τα επίπεδά τους και το γεγονός ότι η μέτρησή τους επηρεάζεται από τη λήψη τροφής (Δαραμούσκα Π, 2015).

### ***Εργαστηριακός έλεγχος για αποκλεισμό δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης***

Σε κάθε μετεμνηνοπαυσιακή γυναίκα που διαπιστώνεται οστεοπόρωση πρέπει να διενεργείται ένας βασικός εργαστηριακός έλεγχος προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη νοσημάτων ή καταστάσεων που προκαλούν οστεοπόρωση.

Εάν το ιστορικό, η κλινική εξέταση και τα αποτελέσματα του βασικού εργαστηριακού ελέγχου θέτουν την υπόνοια συγκεκριμένου νοσήματος, τότε κρίνεται σκόπιμη η διενέργεια ειδικών εξετάσεων, όπως η μέτρηση των επιπέδων της παραθορμόνης, των θυρεοειδικών ορμονών, της κορτιζόλης ούρων 24ώρου και η ανοσοηλεκτροφόρηση των λευκωμάτων ορού (Δαραμούσκα Π, 2015).

### ***Πρόληψη-Θεραπεία***

Η οστεοπόρωση είναι δυνατόν να προληφθεί. Η δημιουργία της εξαρτάται όπως έχει προαναφερθεί από δυο βασικούς παράγοντες:

- Την κορυφαία οστική μάζα, που παίρνει την τελική τιμή της στα 30-35 έτη.
- Το ρυθμό της οστικής απώλειας.

Όσο μεγαλύτερη είναι η οστική μάζα και όσο μειώνεται ο ρυθμός της οστικής απώλειας, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν για την εμφάνιση της νόσου. Συνεπώς η πρόληψη στοχεύει στην όσο το δυνατόν μικρότερη μείωση του ρυθμού της οστικής απώλειας. Η

πρόληψη επιτυγχάνεται με τα εξής: άσκηση, σωστή διατροφή, φάρμακα.

### ***Καρδιαγγειακά Νοσήματα***

Οι μεταβολικές διαταραχές που προκύπτουν σταδιακά και επιτείνονται στην περίοδο μετά την κλιμακτήριο, αναφέρονται κυρίως, στην αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και στην αναστροφή της σχέσης HDL/LDL (υψηλής πυκνότητας λιποπρωτείνες/χαμηλής πυκνότητας). Οι διαταραχές αυτές οδηγούν σύμφωνα με όσα γνωστά μέχρι σήμερα στην αρτηριοσκλήρυνση και στην αθηροσκλήρυνση (Runnebaum B, 1997).

Η αρτηριοσκλήρυνση είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται στην πάχυνση και τη σκλήρυνση των τοιχωμάτων των αρτηριών, ενώ η αθηροσκλήρυνση αποτελεί ιδιαίτερο τύπο αρτηριοσκλήρυνσης, που χαρακτηρίζεται από την κατά πλάκες εναπόθεση λιποειδών (κυρίως χοληστερόλης) και ινώδους ιστού, στα τοιχώματα των μεγαλύτερων αρτηριών. Προηγείται ενδοθηλιακή βλάβη, πάχυνση του έσω χιτώνα και λείων μυϊκών ινών των αρτηριών και αλλοίωση της λυσοσωματικής λειτουργίας. Οι βλάβες αυτές επιδεινώνονται με την πάροδο της ηλικίας.

Η παθογένεση της αρτηριοσκλήρυνσης σχετίζεται με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, το ψυχολογικό στρες, το κάπνισμα, τις διατροφικές συνήθειες και γενικότερα τον τρόπο ζωής. Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχει παρατηρηθεί: άνοδος του ποσοστού της αρτηριοσκλήρυνσης καθώς και την αύξηση της LDL και την μείωση της

HDL που οδηγούν σε μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου (Runnebaum B, 1997).

Άμεση απόρροια της αθηροσκλήρυνσης είναι η στεφανιαία νόσος, που οδηγεί στον θάνατο άνδρες και γυναίκες συνήθως μετά την ηλικία των 45 ετών. Παρά τις έρευνες που έχουν γίνει από δεκαετίες και εξακολουθούν να γίνονται, ο ακριβής ρόλος των οιστρογόνων στην παθογένεση της

	Ολική χοληστερίνη	HDL	LDL	Τριγλυκερίδια
Φυσιολογική τιμή	Κάτω από 200 mg/dL	40 mg/dL και άνω	Κάτω από 100 mg/dL	Κάτω από 149 mg/dL
Οριακή τιμή	200-239 mg/dL	(δεν ορίζεται)	130-159 mg/dL	150-199 mg/dL
Υψηλή τιμή	240 mg/dL και άνω	(δεν ορίζεται)	160 mg/dL και άνω	200 mg/dL και άνω
Χαμηλή τιμή	(δεν ορίζεται)	Κάτω από 40 mg/dL	(δεν ορίζεται)	(δεν ορίζεται)

αθηρωματώσεως, της στεφανιαίας νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου, παραμένει αδιευκρίνιστος (Runnebaum B & Rabe T, 1997).

Η Framingham Study που δημοσιεύτηκε το 1978 και μελέτησε 3000 γυναίκες για 24 χρόνια, υποστηρίζει ότι οι θάνατοι από καρδιαγγειακά επεισόδια αυξάνουν κατακόρυφα στις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση, ανεξάρτητα από την ηλικία που αυτή συμβαίνει (Δαραμούσκα Π, 2015).

Η θεραπεία με οιστρογόνα βρέθηκε ότι δεν ελαττώνει τη θνησιμότητα από έμφραγμα στις γυναίκες του πληθυσμού αυτού. Οι δημοσιεύσεις όμως αυτές έγιναν σε εποχή που η θεραπεία με οιστρογόνα δεν ήταν διαδεδομένη και όταν χορηγούνταν οιστρογόνα, οι δόσεις τους ήταν πολύ υψηλές (Σέγκος-Μανιάς, 1992).

Από άλλες έρευνες βρέθηκε ότι οι ωοθηκεκτομή, πριν την φυσιολογική εμμηνόπαυση, συνοδεύονταν από άνοδο των καρδιαγγειακών επεισοδίων (Δαραμούσκα Π, 2015).

Μεταγενέστερες έρευνες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης με χαμηλή δόση οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση, ελαττώνει τον αριθμό των εμφραγμάτων και προστατεύει τις γυναίκες ακόμη και αν καπνίζουν (Δαραμούσκα Π, 2015) (Bush TI, 1987).

Η προστασία αυτή, σε συνδυασμό με το ότι τα τελευταία χρόνια που η χρήση των οιστρογόνων αυξάνεται, παρατηρείται μείωση του αριθμού των εμφραγμάτων στον πληθυσμό των γυναικών και η ελάττωση αυτή των εμφραγμάτων είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από την ελάττωση που παρατηρήθηκε στους άνδρες, κατά την ίδια χρονική περίοδο, είναι σαφώς υπέρ της χορήγησης μικρών δόσεων οιστρογόνων στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ο μηχανισμός αυτός της προστασίας πιθανώς να συνδέεται με την αύξηση της HDL που παρατηρείται με την χορήγηση μικρών δόσεων οιστρογόνων (Yaari S et al, 1981).

Η HDL, έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με το έμφραγμα. Γενικότερα, υπάρχει μια τάση να γίνει παραδεκτό, βάσει ερευνών, ότι η χορήγηση οιστρογόνων σε χαμηλές δόσεις απομακρύνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων (Pagannini-Hill A & Henderson Vw, 1994) (Voda Am, 1981).

Στον πληθυσμό της Μ. Βρετανίας, το ποσοστό θανάτων από έμφραγμα στις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, είναι 4 φορές υψηλότερο από τους θανάτους που

προκαλούνται από καρκίνο μαστού και ενδομήτριου μαζί (Σέγκκος-Μανιάς, 1992).

### ***Νόσος ALZHEIMER***

Οι γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής αντικατάστασης, μετά την εμμηνόπαυση τους για πολλά χρόνια, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από την ασθένεια του Αλτσχάϊμερ καθώς κι από άλλες μορφές εκφυλισμού των πνευματικών τους ικανοτήτων.

Σε έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες κάτω από την αιγίδα των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας, έλαβαν μέρος 4.532 γυναίκες εκ των οποίων οι μισές ελάμβαναν τη θεραπεία ορμονικής αντικατάστασης και οι υπόλοιπες έπαιρναν εικονικό φάρμακο. Η συνδυασμένη μορφή θεραπείας ορμονικής αντικατάστασης περιλαμβάνει οιστρογόνο και προγεστερόνη. Η θεραπεία διακόπηκε όταν φάνηκε ότι προκαλούσε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικά επεισόδια (Shumaker SA et al & Investigators, 2003).

Μετά από τα πρώτα αποτελέσματα που δημοσιεύτηκαν το καλοκαίρι του 2002, η περαιτέρω ανάλυση που δημοσιεύεται τώρα, έδειξε ότι η λήψη συνδυασμένης ορμονικής θεραπείας για περισσότερο από 4 χρόνια, διπλασιάζει τον κίνδυνο νόσου του Αλτσχάϊμερ και άλλων μορφών εκφυλισμού του εγκεφάλου στις γυναίκες άνω των 65 ετών. Τα ευρήματα αυτά αποτελούν ακόμη ένα σημαντικό αρνητικό στοιχείο εναντίον των συνδυασμένων ορμονικών θεραπειών. Είναι γεγονός ότι κατά τα τελευταία 10 χρόνια η εντύπωση που επικράτησε ήταν ότι οι θεραπείες αυτές προστατεύουν αντί να επιδεινώνουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Επίσης τα αποτελέσματα των πρόσφατων ερευνών δημιούργησαν σύγχυση τόσο στον ιατρικό κόσμο όσο και στις ασθενείς που έπαιρναν τις θεραπείες αυτές (Shumaker SA et al & Investigators, 2003).

Αρκετοί γιατροί κατέληξαν στο να συστήνουν τη χορήγηση της θεραπείας αυτής, στις χαμηλότερες δυνατές δόσεις, μόνο κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και όχι μετά. Ο στόχος είναι για να υπάρξει ανακούφιση από τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου που είναι μεταξύ άλλων οι χαρακτηριστικές εξάψεις και οι νυκτερινοί ιδρώτες.

Μεταξύ των θετικών ενεργειών της συνδυασμένης ορμονικής θεραπείας περιλαμβάνονται η επιβράδυνση ή η βελτίωση της οστεοπόρωσης, η μείωση των καταγμάτων της άρθρωσης των

ισχίων και η πρόληψη του καρκίνου του χοντρού εντέρου. Οι ερευνητές τονίζουν ότι τα συμπεράσματά τους αφορούν κυρίως τις ηλικιωμένες γυναίκες άνω των 65 ετών. Όσον αφορά τις γυναίκες πιο μικρής ηλικίας, δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί πλήρως όσον αφορά τις πνευματικές ικανότητες, ποια είναι τα ωφέληματα και ποιοι οι κίνδυνοι.

Για τις γυναίκες άνω των 65 ετών γίνεται εισήγηση από τους ερευνητές να αποφεύγεται η συνδυασμένη θεραπεία. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι γυναίκες νιώθουν ότι πιθανόν να έχουν θετικά αποτελέσματα από μια τέτοια θεραπεία είναι προτιμότερο να συζητήσουν διεξοδικά το θέμα με το γιατρό τους (Shumaker SA et al & Investigators, 2003).

### ***Η Επίδραση των Οιστρογόνων στο Ανοσοποιητικό Σύστημα***

Οι ερευνητές άρχισαν να εξετάζουν την επίδραση των ορμονών στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ) και το ανοσοποιητικό σύστημα. Μια μικρή έρευνα στην Καλιφόρνια, έδειξε ότι τα ανοσοκατασταλτικά κύτταρα των γυναικών με ΣΚΠ αποδεσμεύουν χημικές ουσίες - που εξαρτώνται από το ποσοστό μιας οιστρογόνου ορμόνης - που είναι ικανές να αλλάξουν την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος (Ανώνυμος).

Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα μας βοήθησαν να εξηγήσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι ορμόνες ρυθμίζουν τη δράση του ανοσοποιητικού και το πως επηρεάζουν την πορεία της ΣΚΠ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπου οι ώσεις είναι σπάνιες ή εμφανίζονται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό. Πολλές ερωτήσεις μένουν αναπάντητες ακόμη, όπως το γιατί το ποσοστό των γυναικών που παθαίνουν ΣΚΠ είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών ή το πως επιδρά, αν επιδρά, στη ΣΚΠ η μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση. Τέλος, το γιατί κι οι άνδρες βιώνουν αλλαγές με την πάροδο του χρόνου (Ανώνυμος).

### ***Εμμηνόπαυση και Σκλήρυνση κατά Πλάκας***

Τα συμπτώματα όπως: Κόπωση, Ακράτεια, Δυσκολία συγκέντρωσης, Κυκλοθυμία, Ευαισθησία στη ζέστη, αίσθημα περισσότερης κόπωσης έχουν την μεγάλη πιθανότητα να αναγνωρίζονται όλα ως συμπτώματα της ΣΚΠ. Και βέβαια είναι αλλά μπορεί επίσης να αποτελούν και φυσιολογικά συμπτώματα της μέσης ηλικίας των γυναικών της εμμηνόπαυσης.

Σύμφωνα με πληροφορίες από την Κλινική Εμμηνόπαυσης του Γενικού Νοσοκομείου της

Οτάβα του Καναδά, το 85% του γυναικείου πληθυσμού έχει κάποιες ενοχλήσεις αλλά μόνο το 25% του ποσοστού αυτού έχει τέτοιου είδους ενοχλήσεις που θα τις κάνουν να αναζητήσουν λύσεις στο γιατρό.

Οι εξάψεις είναι η κυριότερη αιτία για την οποία οι γυναίκες συμβουλευονται το γιατρό τους. Την ίδια δυσκολία, κατά κύριο λόγο, επεσήμαναν κι οι 30 γυναίκες με ΣΚΠ που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της εφημερίδας MS Canada.

Οι γυναίκες αυτές ανέφεραν ότι, με τις εξάψεις, αισθάνονται όπως ακριβώς μετά από πυρετό ή όταν κάνει ζέστη κι έχει υγρασία, δηλαδή επικρατεί σε αυτές η εξάντληση και ακινητοποίηση. Μια άλλη δυσκολία είναι η διαταραχή του ύπνου, τη στιγμή μάλιστα που ο ύπνος χωρίς διακοπή είναι κάτι απαραίτητο για την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Οι περισσότερες γυναίκες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν πραγματικά απογοητευμένες από την έλλειψη έρευνας στον τομέα της εμμηνόπαυσης, γιατί βρίσκονται σε αδιέξοδο μιας και τα συμπτώματα της ΣΚΠ και αυτά της εμμηνόπαυσης συμπίπτουν και δεν μπορούν να διαχωριστούν (Ανώνυμος).

Όταν σε κάποια συνάντηση μια γυναίκα ρώτησε τι θα μπορούσε να κάνει για να μην ξυπνάει τη νύχτα από την εφίδρωση λόγω των νυχτερινών εξάψεων, η μόνη απάντηση που πήρε ήταν τρανταχτά γέλια. Τέτοια αντίδραση είναι συνηθισμένη. Αυτό που συνήθως αντιμετωπίζουν οι γυναίκες όταν καταφεύγουν στο γιατρό τους είναι γέλια, σήκωμα των ώμων, αδρανή βλέμματα ή αόριστες απαντήσεις, γιατί καμία έρευνα δεν γίνεται σε αυτόν τον τομέα κι επομένως δεν υπάρχουν στοιχεία. Μερικές γυναίκες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο πίστευαν ότι τα συμπτώματα της ΣΚΠ αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό είπε ότι δεν κατάλαβε καμία διαφορά. Σε δύο γυναίκες επίσης απαγορεύτηκε να κάνουν ορμονοθεραπεία λόγω ΣΚΠ. Αυτό όμως δεν υποστηρίζεται από μια μικρή έρευνα που έγινε σε μια κλινική εμμηνόπαυσης του Λονδίνου (Ανώνυμος).

Στη συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 19 γυναίκες και με μικρή πλειοψηφία όσες δεν έκαναν ορμονοθεραπεία δήλωσαν ότι τα συμπτώματα της ΣΚΠ χειροτέρεψαν με την έναρξη της εμμηνόπαυσης. Το 25% των γυναικών που έκαναν ορμονοθεραπεία βρήκαν ότι τα συμπτώματα σταθεροποιήθηκαν ή και καλύτερεψαν (75%). Η μελέτη έδειξε ακόμη ότι οι γυναίκες με ΣΚΠ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν οστεοπόρωση, αν παίρνουν



κορτικοειδή φάρμακα χωρίς να κάνουν ασκήσεις γυμναστικής με βαράκια. Πολλές από τις γυναίκες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δεν έκαναν ορμονοθεραπεία είτε γιατί δεν τους τη σύστησε ο γιατρός είτε γιατί πίστευαν ότι δεν τη χρειάζονται ή ακόμη γιατί νόμιζαν ότι χειρότερη την κατάστασή τους. Οι γυναίκες αυτές, εκτός από την ορμονοθεραπεία, υπέδειξαν και τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, όπως την άσκηση, τη διαιτητική διατροφή, τη χαρά για ζωή, την αυτοσυγκέντρωση, τα δροσερά ντους, την τεχνική του βελονισμού και την χρησιμοποίηση βιταμίνες. Δυστυχώς υπάρχει ελάχιστη πληροφόρηση στο θέμα αυτό κι οι γυναίκες θα συνεχίσουν να μάχονται "με την εμμηνόπαυση, τη ΣΚΠ και τον εαυτό μου και όλα αυτά ανακατεμένα" (Ανώνυμος).

### ***Αυτοάνοσα νοσήματα***

Τα περισσότερα αυτοάνοσα συστηματικά νοσήματα εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες, με αναλογία που φθάνει πολλές φορές το 10: 1 σε σχέση με τους άνδρες. Ειδικότερα ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι ορμονικοί παράγοντες διαδραματίζουν μάλλον σημαντικό ρόλο. «Σε πειραματόζωα που εμφανίζουν αυθόρμητα εικόνα που μοιάζει με αυτήν του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου έχει παρατηρηθεί ότι η νόσος συναντάται κατά κύριο λόγο στα θηλυκά και ότι η ανάπτυξη της επιβραδύνεται ύστερα από χορήγηση ανδρογόνων», αναφέρει ο καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Χαράλαμπος Μουτσόπουλος. «Πάντως δεν γνωρίζουμε πλήρως τον ακριβή μηχανισμό δράσης των ορμονών, τόσο στην πρόκληση όσο και στην εκδήλωση της νόσου» (Τσουλέα Ρ, 2008)

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται δύο φορές πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ η νόσος του Graves (που αποτελεί την πιο συχνή αιτία υπερθυρεοειδισμού) προσβάλλει επίσης πιο συχνά τις γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι κατά δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Τσουλέα Ρ, 2008).

Και το σύνδρομο Sjorgen (κατά το οποίο τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος στρέφονται κατά των εξωκρινών αδένων που παράγουν δάκρυα και σάλιο) είναι κατ' εξοχήν νόσος των γυναικών (οι γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο συχνότερα από τους άνδρες σε αναλογία 9:1) (Τσουλέα Ρ, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Θεραπίες για την αντιμετώπιση της εμμηνόπαυσης

Παρόλο που η κλιμακτήριος και η εμμηνόπαυση αποτελούν μια φυσιολογική περίοδο της ζωής της γυναίκας, συνδέονται με μια σειρά άμεσων και απότερων παθολογικών επιπτώσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα ή να προληφθούν έμμεσα.

Σύμφωνα με μελέτη, ο μέσος όρος ζωής των γυναικών έχει ήδη ξεπεράσει το 80ο έτος της ηλικίας, περίπου το 25% του γυναικείου πληθυσμού είναι άνω των 60 ετών και το 15% περίπου άνω των 75 ετών. Επομένως η θεραπεία είναι αναγκαία και η αντιμετώπιση μακροχρόνια (Δαραμούσκα Π, 2015).

Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη! Παρακάτω αναφέρονται βήματα πρόληψης πρώιμης εμμηνόπαυσης και μείωση των συμπτωμάτων:

- Διακοπή καπνίσματος
- Διατήρηση σωματικού βάρους
- Διακοπή αλκοόλ
- Αύξηση της σωματικής άσκησης
- Υγιεινή Διατροφή
- Συχνός έλεγχος για καλοήθη ή κακοήθη νεοπλασμάτα
- Συζητήστε με τον γιατρό σας για να σας κατευθύνει εάν υπάρχει ιστορικό πρώιμης εμμηνόπαυσης
- Εξετάστε το ενδεχόμενο Ορμονοθεραπείας
- Μέτρηση της οστικής πυκνότητας
- Ετήσιος έλεγχος μαστών (μαστογραφία)
- Ετήσιος έλεγχος με τεστ Παπανικολάου

Για την καλύτερη αντιμετώπιση της κλιμακτήριου η καλύτερη και πρωταρχική δεξιότητα που πρέπει να γίνει από κάθε γυναίκα ξεχωριστά αυτή την περίοδο της ζωής της είναι να συμβουλευτεί τον γιατρό της και να την καθοδηγήσει βήμα - βήμα για το πως θα έχει μια

καλύτερη ποιότητα ζωής και σωματικά και ψυχικά. Παρακάτω αναφέρονται διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιούνται αρκετά τις τελευταίες δεκαετίες.

### *Ορμονική θεραπεία (HRT)*

Η ορμονοθεραπεία σημαίνει την αντικατάσταση των οιστρογόνων που δεν μπορούν οι ωοθήκες να παράγουν κατά την εμμηνόπαυση. Χωρίζονται σε δυο κατηγορίες μια είναι σε θεραπεία μόνο με οιστρογόνα που αυτό συστήνεται κυρίως μετά από υστερεκτομή και η άλλη κατηγορία είναι οιστρογόνα σε συνδυασμό με προγεστερόνη που γίνεται σε γυναίκες που δεν έχουν μεταβεί σε διαδικασία υστερεκτομής (αφαίρεση μήτρας).

Η Ορμονοθεραπεία βοηθάει στην ψυχολογία της γυναίκας, της προσφέρει ευεξία, καλύτερο ύπνο χωρίς εξάψεις και περισσότερη ερωτική διάθεση. Ένα ποσοστό 2-4/1000 γυναίκες μετά από 5έτη χρήσης ορμονοθεραπείας υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Η λήψη ορμονικής υποκατάστασης ως θεραπεία για την εμμηνόπαυση χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια. Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες έχει επικριθεί αρκετές φορές καθώς τα οιστρογόνα ήταν η δημοφιλέστερη θεραπεία στις δεκαετίες του 1960 και 1970 και στόχευε κατά των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης ή ακόμα και στην θεραπεία της εμμηνόπαυσης το 1975, μετά από έρευνες θεωρήθηκαν υπεύθυνα για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της μήτρα, για το λόγο αυτό η φαρμακευτική με οιστρογόνα συνοδεύεται με προγεσταγόνα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αυτός (M Richardson, 2004) (Καλαβατίδου ΠΦ, 2009).

Παρόλα ταύτα το 1990 η National Health Service σε μία δημοσίευση έρευνάς «κατηγόρησε» την λήψη οιστρογόνων για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το 2002, μετά από ενδελεχείς μελέτες αποφασίστηκε η διακοπή της λήψης από κοινού θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης εξαιτίας της καθώς οι μελέτες έδειξαν, ότι οι γυναίκες που λάμβαναν την συγκεκριμένη αγωγή είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιοπάθεια ή καρκίνο του μαστού εν συγκρίσει με άλλες περιπτώσεις γυναικών που λάμβαναν αγωγή με ορμόνες (Runnebaum B & Rabe T, 1997) (Δαραμούσκα Π, 2015).

Στις μέρες μας μετά από τις μελέτες που έχουν γίνει, οι γυναικολόγοι δεν προτείνουν την συγκεκριμένη θεραπεία ως τρόπο καθυστέρησης των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων για λίγο καιρό παραπάνω, καθώς υπάρχει κίνδυνος παρουσίασης χρόνιων προβλημάτων υγείας κάποια στιγμή στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας. Από την άλλη μεριά, την προτείνουν ως μία

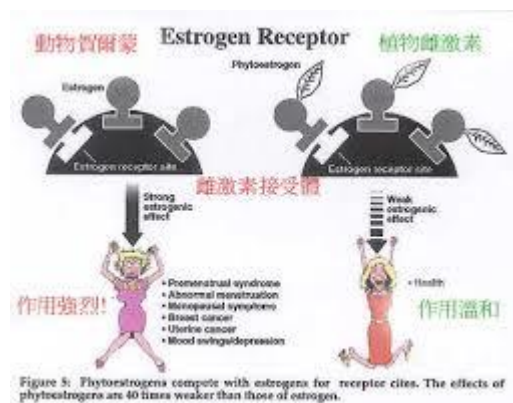
θεραπεία σύντομης διάρκειας με σκοπό την ανακούφιση κάποιων δυσάρεστων εμμηνοπαυσιακών εκδηλώσεων, όπως οι ημικρανίες.

Οι καινούργιες μέθοδοι χορήγησης, με χορήγηση σε χαμηλές δόσεις, είναι υπό επανεξέταση. Οι σωματικές εκδηλώσεις που βιώνει μία γυναίκα στην εμμηνόπαυση οφείλονται στην μείωση οιστρογόνων στον οργανισμό της. Επομένως είναι προφανές ότι τα συμπτώματα θα πάψουν να υφίστανται μόλις τα οιστρογόνα στον οργανισμό αναπληρωθούν. Το ποσοστό των ορμονών που λαμβάνεται κατά την διάρκεια αυτής της αγωγής είναι μικρό σε σχέση με αυτό που εκκρίνεται από τις ωοθήκες των γυναικών όταν αυτές είναι σε νεαρή ηλικία. Παρόλα αυτά και σε αυτή την περίπτωση οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν απέδειξαν ότι είναι σε θέση τα οιστρογόνα να βοηθήσουν στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, όπως κολπική ξηρότητα, πόνος κατά την σεξουαλική επαφή, εξάψεις και αϋπνία (Σέγκος-Μανιάς, 1992).

Οι έρευνες απέδειξαν ακόμα, πως τα οιστρογόνα είναι σε θέση να ωφελήσουν στην αποτροπή εμφάνισης της οστεοπόρωσης καθώς είναι σε θέση να αυξήσουν την οστική μάζα, παρόλα ταύτα για το λόγο αυτό χορηγούνται άλλες φαρμακευτικές αγωγές εξαιτίας των άλλων προβλημάτων υγείας που μπορούν να προκαλέσουν η χορήγηση ορμονών. Επιπρόσθετα, παρόλο που οι έρευνες απέδειξαν ότι τα οιστρογόνα είναι σε θέση να καλυτερεύσουν τη λιπιδαιμική κατανομή μιας γυναίκας, ωστόσο δεν αποδείχθηκε ότι είναι σε θέση να αποτρέψουν την εμφάνιση καρδιοπάθειας, αντίθετα υπήρχε ο φόβος ότι ίσως αυξάνεται η συγκεκριμένη απειλή με την λήψη της συγκεκριμένης αγωγής.

Οι θεραπευτές συχνά προτείνουν άλλου είδους φαρμακευτικής αγωγής για τον χειρισμό της υπερχοληστερολαιμίας. Ακόμα, μπορεί να υπήρχε κάποιου είδους προφύλαξη στον καρκίνο του εντέρου, ωστόσο για την προστασία από τον συγκεκριμένο κίνδυνο δεν γίνεται πρόταση από τους θεράποντες ιατρούς λήψης ορμονών αλλά άλλου είδους φαρμακευτικής αγωγής. Η λήψη ορμονικής υποκατάστασης, έχει ένα πλήθος από φαρμακευτικές αγωγές αλλά και αναλογίες.

Στην σύγχρονη εποχή, οι γυναίκες που αποφασίζουν να λάβουν την συγκεκριμένη αγωγή



ακολουθώντας τις συμβουλές των θεραπειών τους ξεκινούν να λαμβάνουν την αγωγή σε χαμηλή αναλογία και στην συνέχεια, και σε περίπτωση που τα συμπτώματα δεν σταματήσουν, την αυξάνουν όσο χρειάζεται μέχρι την ικανοποίηση του στόχου. Η λιγότερη προτεινόμενη δόση σε οιστρογόνα που έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι τα 0,3 mg. Ακόμα, αποδείχθηκε πως η συγκεκριμένη αναλογία βοηθά και στην αύξηση της οστικής μάζας, προφυλάσσοντας έτσι από την οστεοπόρωση (Λώλης Δ, 1995).

Κυκλοφορούν πολλές ιατρικές οδηγίες για τις συνιστάμενες χαμηλές αναλογίες προγεσταγόνων που προτείνονται σε γυναίκες που δεν έχουν προβεί σε υστερεκτομή. Ίσως υπάρξει η ανάγκη για να λάβουν οι γυναίκες που ακολουθούν την συγκεκριμένη αγωγή διαφορετικά προϊόντα και αναλογίες μέχρι να βρεθεί αυτό που ταιριάζει στον οργανισμό της κάθε γυναίκας ξεχωριστά (M Richardson, 2004).

### ***Αποφυγή Οστεοπόρωσης***

Για την αποφυγή της οστεοπόρωσης υπάρχουν διάφορα σκευάσματα που βοηθούν στην ανάπλαση της οστικής πυκνότητας αποφεύγοντας έτσι διάφορα κατάγματα που μπορεί να προκληθούν στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

### ***Καρδιαγγειακά Προβλήματα***

Για τα καρδιαγγειακά προβλήματα σε συνεννόηση με τον γιατρό η σωματική άσκηση μπορεί να βοηθήσει, και στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, καθώς και η υγιεινή διατροφή και με τον συχνό εργαστηριακό έλεγχο, μπορεί να υπάρχει πάντα καθαρή εικόνα της χοληστερόλης του αίματος. Η κατανάλωση λιπαρών ψαριών και η ορμονοθεραπεία είναι μια καλή αντιμετώπιση καρδιαγγειακών περιστατικών.

### ***Αύξηση Βάρους***

Για την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους είναι καλό να υπάρχει μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή αποφεύγοντας δηλαδή τροφές πλούσιες σε λιπαντικά σε συνδυασμό



την σωματική άσκηση.

### ***Αϋπνία***

Για την αϋπνία μπορούν να δοθούν διάφορα σκευάσματα που μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του "κακού" ύπνου, όπως υπνωτικά. Επίσης, ένα καλά πρόγραμμα ύπνου ενδεχομένως να βοηθήσει αρκετά.

### ***Εναλλαγές Διάθεσης***

Σε αυτή την περίπτωση είναι εξαιρετικά περίπλοκη η κατάσταση. Η συζήτηση με κάποιον ειδικό μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή του τρόπου σκέψης. Η σωματική άσκηση θα βοηθήσει την ευεξία. Εάν το πρόβλημα συνεχίζει ίσως χρειαστείτε και κάποιες ψυχιατρικές συνεδρίες μέχρι και φαρμακευτική αγωγή.

### ***Ξηρός και επώδυνος κόλπος***

Για την ξηρότητα του κόλπου υπάρχουν πολλά προϊόντα σχεδιασμένα για αυτή την κατάσταση που βοηθούν πολύ στην ύγρανση του κόλπου με αποτέλεσμα περισσότερη διάθεση για ερωτική συνουσία.

### ***Εναλλακτικές μορφές θεραπείας***

#### ***Αρωματοθεραπεία***

Η αρωματοθεραπεία είναι μία μέθοδος που βασίζεται στην όσφρηση. Είναι ουσιαστικά, μία σφαιρική αντίληψη της υγείας του σώματος που χρησιμοποιώντας τα αρώματα από διάφορα προϊόντα που δημιουργούνται από την απόσταξη φυτών, τα οποία έχουν ψυχολογικά και σωματικά οφέλη πάνω στον άνθρωπο. Ταυτόχρονα, βοηθούν στην αντιμετώπιση διαφόρων δύσκολων καταστάσεων όπως η κούραση, το στρες και ο πόνος, ενώ με τις ευεργετικές ιδιότητες που έχουν τα συγκεκριμένα προϊόντα καταφέρνουν να τονώσουν το κορμί και τον νου ενός ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλεί η εμμηνόπαυση είναι:

- Λεβάντα και ανθόνερο για τις αϋπνίες
- Λεβάντα και μέντα για τους πονοκεφάλους





- Ευκάλυπτος και τριαντάφυλλο για την ευερεθιστότητα και το άγχος.

### **Ομοιοπαθητική ιατρική**

Στις μέρες μας κατακτά όλο ένα και περισσότερο έδαφος μία εναλλακτική μέθοδος στην ιατρική η «ομοιοπαθητική». Η νέα αυτή μέθοδος έχει ως στόχο να θεραπεύσει το σώμα χρησιμοποιώντας το ίδιο το σώμα και τις δυνατότητές του. Πιο συγκεκριμένα, ο ακρογωνιαίος λίθος της ομοιοπαθητικής ιατρικής είναι ότι η εμφάνιση συμπτωμάτων μίας πάθησης είναι ουσιαστικά ο αγώνας που καταβάλλει το σώμα του ανθρώπου για να γιατρευτεί.



Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χορηγούνται σκευάσματα που προκαλούν παραπλήσια συμπτώματα με την πάθηση από την οποία πάσχει το άτομο, με σκοπό να διευκολύνει την άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου. Τα σκευάσματα της ομοιοπαθητικής ιατρικής παρασκευάζονται από μητρικό βάμμα, που είναι ένα μείγμα της ορυκτής ή ζωικής πηγής με καθαρή αλκοόλη. Οι θεραπευτές που είναι ακόλουθοι αυτής της μεθόδου προσπαθούν να ανακουφίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις της εμμηνόπαυσης ακολουθώντας ένα σύστημα συγκέντρωσης και επεξεργασίας των εκδηλώσεων, της εκάστοτε γυναίκας, βασιζόμενος πάνω σε αυτές. Στην πλειονότητά τους οι ομοιοπαθητικές αγωγές που χορηγούνται για τις σωματικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις της εμμηνόπαυσης είναι:

- i. Η σέπια, το θειάφι για εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις.

- ii. Το καφεόδεντρο, η μελαντόνα για την αϋπνία.
- iii. Η λάχηση για τις ζαλάδες.
- iv. Η βρυωνία για κολπική ξηρότητα.
- v. Το άγριο χαμομήλι, η μελαντόνα για την αντιμετώπιση της νευρικής.

### **Γιόγκα**



Η γιόγκα είναι η πιο διαδεδομένη τεχνική ηρεμίας και αυτοβελτίωσης στις μέρες μας. Η γιόγκα βασίζεται σε μία σειρά από γυμναστικές ασκήσεις που βελτιώνουν το σώμα και το μυαλό, προσφέροντας σωματική και ψυχολογική ευεξία. Η τεχνική αυτή μέσω των γυμνάσεων και των μεθόδων εκμάθησης λήψης σωστών αναπνοών ωθούν το γυναικείο σώμα να συνηθίσει ευχερώς τις μετατροπές που γίνονται στο σώμα τους εξαιτίας της εμμηνόπαυσης.

Οι γυμνάσεις, πάνω στις οποίες βασίζεται η γιόγκα, βοηθούν στην καλύτερευση της οξυγόνωσης των ιστών, στην καλύτερευση του αναπαραγωγικού συστήματος αλλά και στο κυκλοφορικό σύστημα με αποτέλεσμα να δημιουργείται πιο σωστή ωθητική λειτουργία. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι, οι γυναίκες που επιδίδονται σε αυτή την ασχολία, εμφανίζουν σημαντική ελάττωση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ενώ παράλληλα μεγαλώνει η θέλησή τους για σεξουαλική συνουσία. Οι γυμνάσεις, που μπαίνει στην διαδικασία να φέρει το άτομο που ασχολείται με την γιόγκα, προκαλούν διέγερση στον εγκέφαλο και στο νευρικό



σύστημα, βοηθούν σημαντικά την ικανότητα συγκέντρωσης αλλά και την μνήμη του ατόμου και ταυτόχρονα επενεργούν στα ενδοκρινικά όργανα, ιδιαίτερα τον θυρεοειδή, βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο τον μεταβολισμό του ανθρώπου.

Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι η γιόγκα ωφελεί στον χειρισμό των πεπτικών διαταραχών αλλά και έχει την ιδιότητα να επιδρά θετικά στο καρδιαγγειακό σύστημα. Εκτός από τα παραπάνω, η βασικότερη επίδραση της γιόγκας είναι ότι βελτιώνει και τονώνει την οστική λειτουργία, έχοντας σημαντική επίδραση στην αποτροπή εμφάνισης της οστεοπόρωσης ή στον χειρισμό της καθώς οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι η γιόγκα είναι σε θέση να βελτιώσει την οστική μάζα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### Κατάθλιψη και ευερεθιστότητα κατά την εμμηνόπαυση

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική νόσος που επηρεάζει ολοένα και πιο συχνά μεγάλη μερίδα του πληθυσμού κι εμφανίζεται σε άτομα διαφόρων ηλικιών. Οι καταθλιπτικές συνδρομές είχαν περιγραφεί πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη και θεωρούνταν ανάμεσα στις πιο εμμένουσες και σταθερά διαγνωσμένες ιατρικές καταστάσεις.



Download from  
Dreamstime.com  
This watermarked comp image is for previewing purposes only.



Ποσοστό περίπου 20% των γυναικών παγκοσμίως εκτιμάται ότι εμφανίζουν κατάθλιψη σε κάποια φάση, κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Παρουσιάζουν λοιπόν ενδιαφέρον οι έρευνες γύρω από τη σχέση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη.

Αρχικά, πρέπει να κατανοηθεί η κατάσταση της εμμηνόπαυσης. Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδέεται με την ευαλωτότητα σε καταθλιπτικά συμπτώματα, με αλλαγές τόσο βιολογικές-σωματικές, όσο και ψυχολογικές. Παρατηρούνται επιπλέον διαταραχές διάθεσης και ευερεθιστότητα. Η κατάθλιψη σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας

μπορεί να θεωρηθεί ως διαφορετική νοσολογική οντότητα συγκριτικά με άτομα νεαρής ηλικίας. Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης είναι ένα προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης μαζί με την παρακολούθηση των διακυμάνσεων των αναπαραγωγικών ορμονών που συνδέονται με την καταθλιπτική διάθεση. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια μετάβασης στην εμμηνόπαυση, τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται, ενώ τα επίπεδα των ορμονών FSH και LH αυξάνονται. Αποτέλεσμα αυτού η μεγάλη συναισθηματική αστάθεια. Συμπτώματα ωστόσο της εμμηνόπαυσης είναι και αγγειοκινητικά, ψυχολογικά και μυοσκελετικά προβλήματα. Η κατάθλιψη και η ευερεθιστότητα ανήκουν στα ψυχολογικής φύσεως συμπτώματα που συχνά συνοδεύουν την εμμηνόπαυση (Βλασσοπούλου Α, 2013).

Για το κομμάτι της ευερεθιστότητας, το οποίο αναφέρουν συχνά οι γυναίκες σε εμμηνόπαυση, δεν έχουν εκπονηθεί πολλές μελέτες. Έχει βρεθεί ωστόσο πως τόσο η εξωτερική όσο και η εσωτερική ευερεθιστότητα, σχετίζονται με την παρουσία χρόνιας νόσου, όχι όμως με αγγειοκινητικά συμπτώματα και αϋπνία. Μεμονωμένα η εσωτερική ευερεθιστότητα συνδέεται με το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ η εξωτερική ευερεθιστότητα με την κατάθλιψη και τα επίπεδα των ορμονών FSH και LH.

Γυναίκες με πολύ πρόωρη εμμηνόπαυση παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης. Η κατάθλιψη που εκδηλώνεται δεν οφείλεται μόνο στις ορμονικές αλλαγές, αλλά και σε διάφορους άλλους παράγοντες, όπως στρες, κακή εικόνα του σώματος, σεξουαλικές δυσκολίες, υπογονιμότητα, γήρανση και προβλήματα άλλης φύσεως που επιβαρύνουν την κατάσταση. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν λόγω εμμηνόπαυσης ενοχλήσεις στο ουρολογικό σύστημα, αύξηση βάρους, δυσκολία στη συγκέντρωση, τη μνήμη και τον ύπνο.

Η εμμηνόπαυση συνοδεύεται δηλαδή από ένα σύνολο αλλαγών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον και σημασία παρουσιάζουν οι αιτίες και οι τρόποι αντιμετώπισης της πρόωρης εμμηνόπαυσης. Η πρόωρη εμμηνόπαυση μπορεί να προκληθεί από αυτοάνοση καταστροφή ωοθηκών, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση. Όποια κι αν είναι ωστόσο η αιτία, θεωρείται απαραίτητη η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και η συχνή παρακολούθηση της ψυχικής υγείας των γυναικών, καθώς οι ορμόνες του φύλου μπορούν να επηρεάσουν αποδεδειγμένα τα εγκεφαλικά συστήματα που διαμεσολαβούν την κατάθλιψη ή το άγχος.

Χωρίς να σημαίνει πως όλες οι γυναίκες βιώνουν το ίδιο δύσκολα τη φάση της εμμηνόπαυσης, οι αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή όλων των γυναικών είναι αξιοσημείωτες. Κάποιες από αυτές εκδηλώνουν κατά την περίοδο αυτή ψυχιατρικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια ή ψυχιατρικά συμπτώματα όπως προβλήματα ύπνου, διαταραχές πανικού και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές.

Υπάρχει όμως σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κατάθλιψη και την κλινική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι ένα αίσθημα θλίψης και μελαγχολίας που είναι συνήθως παροδικό. Η κλινική κατάθλιψη διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, με συμπτώματα σοβαρά, που επεμβαίνουν στην καθημερινότητα του ατόμου. Το άτομο χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως λυπημένο, απογοητευμένο, αποθαρρημένο κι απεγνωσμένο.



Τα αίτια της κατάθλιψης μπορεί να διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Το περιβάλλον είναι καθοριστικό. Οικογενειακά και

οικονομικά θέματα ή κλιματικές συνθήκες είναι αυτά που μπορεί να επιφέρουν συχνά κατάθλιψη. Επιπλέον, ασθένειες ή εσωτερικά προβλήματα στην ψύχωση του ατόμου, μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές στην ψυχολογία ή και σε κατάθλιψη. Οι ψυχολογικοί αυτοί παράγοντες κυριαρχούν στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και συνδέονται με την πιθανή εκδήλωση κατάθλιψης κατά τη διάρκειά της. Σημαντικοί είναι επίσης οι βιολογικοί παράγοντες, όπως είναι οι ορμονικές αλλαγές κατά την εμμηνόπαυση.

Πρώτο βήμα για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι η συνειδητοποίηση της κατάστασης από το ίδιο το άτομο. Οι αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία και το σώμα της γυναίκας και στην κατάθλιψη που ενδέχεται να βιώσει λόγω αυτών και άλλων παραγόντων, χρειάζονται την ίδια προσέγγιση.

Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται σίγουρα μία εσωτερική ενεργοποίηση. Η ψυχοθεραπεία είναι από τους πιο σημαντικούς τρόπους αντιμετώπισης, ώστε η γυναίκα να βιώσει ανακούφιση

και να μάθει να διαχειρίζεται τις ανεπιθύμητες συνέπειες της διαταραχής αυτής. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να υποστηριχθεί σημαντικά με την άσκηση και τη διατροφή. Η λύση βρίσκεται σε μία μεσογειακή διατροφή, πλούσια σε βιταμίνες, αμινοξέα, μέταλλα και ορμόνες. Όσον αφορά στην άσκηση, είναι αποδεδειγμένο ότι οι φυσικές δραστηριότητες συνεισφέρουν στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Ανεβάζουν τη διάθεση και μειώνουν τα επίπεδα του στρες. Ρυθμίζουν το άγχος, την αυτοεκτίμηση και αυτό-εικόνα, τονώνουν την αυτοπεποίθηση και δρουν ευεργετικά σε μια σειρά φυσικών μηχανισμών στα άτομα με κατάθλιψη (Καραντία Α).

Καταλήγοντας, η περίοδος της κλιμακτηρίου και της εμμηνόπαυσης είναι ένας σταθμός στη ζωή της κάθε γυναίκας που μπορεί να τη φορτίσει ψυχοσωματικά. Γίνεται επανεκτίμηση της ζωής της και της θηλυκής της υπόστασης και χρειάζεται να βρίσκεται σε ένα περιβάλλον υποστηρικτικό και προσαρμοστικό, προκειμένου να καταφέρει να βιώσει ομαλά αυτό το δύσκολο στάδιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### Επιδημιολογία

Οι γυναίκες το 1/3 της ζωής τους το παίρνουν σε μη αναπαραγωγική κατάσταση, επομένως στην κλιμακτήριο. Η μέση ηλικία που παίρνουν οι γυναίκες κλιμακτήριο είναι 51,4 με απόκλιση. Το 2002 οι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες στις ΗΠΑ έφτασαν τα 40 εκατομμύρια. Σύμφωνα με έρευνες 1 στις 5 γυναίκες παρουσιάζει πρόωρη εμμηνόπαυση. Έχει παρατηρηθεί ότι οι λιποβαρείς γυναίκες με δείκτη μάζας σώματος κάτω από 18,5% έχουν περίπου 30% μεγαλύτερες πιθανότητες πρόωρης εμμηνόπαυσης ενώ σε νεότερες ηλικίες <18 ετών με δείκτη μάζας σώματος κάτω από 17,5% οι πιθανότητες πρόωρης εμμηνόπαυσης μπορεί να φτάσει και στο 50%. Σε μια έρευνα που διεξήχθη σε παγκόσμιο επίπεδο με την μέθοδο της μετά -ανάλυσης με την συμμετοχή 67.000 γυναικών έδειξε ότι η αύξηση 2 ετών στην εμμηνόπαυσιακή ζωή όσο και στην αναπαραγωγική ζωή είναι σε θέση να αυξήσει του ποσοστού εμφάνισης κατάθλιψης έως και 2%.

Στις ΗΠΑ από 476 εκ. εμμηνόπαυσιακών γυναικών (1990) παρατηρείται αύξηση έως και 1,2δισ. έως το 2030 ενώ ο μέσος όρος ζωής στις ΗΠΑ και τις δυτικές χώρες έχει αυξηθεί από 50 ετών που ήταν το 1990 στα 80 έτη. Επιπλέον στατιστική σημασία παίζει και ο αριθμός τέκνων, το κάπνισμα η διάρκεια κύκλου της γυναίκας και εάν υπήρχε ιστορικό κατάθλιψης προ εμμηνόπαυσης. Στις πολύτοκες γυναίκες συνήθως παρουσιάζεται 1 χρόνο μετά σε σύγκριση με τις άτοκες ενώ αντίθετα το κάπνισμα και η κατάθλιψη βοηθούν στην πρόωρη εμμηνόπαυση έως και 2 χρόνια νωρίτερα (Hill K, 1996).

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι μεταβολές και το στρες της οικογενειακής ζωής της μετεμμηνόπαυσιακής γυναίκας αποτελούν μάλλον το σπίρτο που πυροδοτεί την κατάθλιψη, παρά οι ορμονικές αλλαγές της εμμηνόπαυσης. Το 1992 η Kaufert et al σε μελέτη που έκαναν σε 477 γυναίκες που ερωτήθηκαν εντός τριών ετών 6 φορές εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ της εμμηνόπαυσης και της κατάθλιψης. Η εμμηνόπαυση φάνηκε να σχετίζεται με μια σειρά από παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης για τις γυναίκες στη μεσαία ηλικία, όπως τα παιδιά που εγκαταλείπουν το σπίτι, ο θάνατος και η ασθένεια των μελών της οικογένειας, το άγχος της καθημερινής ζωής, η υγεία και η εμφάνιση χρόνιας νόσου. Αντί των ορμονικών αλλαγών, φαίνεται ότι να είναι η ψυχική υγεία των γυναικών σε συνδυασμό με τις μετατοπίσεις και τις πιέσεις της οικογενειακής ζωής σε

εμμηνοπαυσιακά έτη μπορεί να προκαλέσουν την κατάθλιψή της (Kaufert PA et al, 1992).

Στην Ελλάδα επιστημονικές μελέτες έχουν καταγραφεί από την δεκαετία του 1970.

Η πρώτη μελέτη έγινε σε 154 γυναίκες ηλικίας 50-85 ετών, με μέσο όρο ηλικία εμμηνόπαυσης 46,6 (TA±4,7), όπου εμφανίστηκε απότομα σε ποσοστό 43,5%. Από τις σημαντικότερες ανωμαλίες που τους είχαν παρουσιαστεί ήταν η ολιγομηνόρροια (45,4%). Εξάψεις εμφανίστηκαν ως σύμπτωμα σε 71,4% ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τον αριθμό των τοκετών. Ωστόσο οι γυναίκες με περισσότερα παιδιά είχαν σημαντικά μικρότερη συχνότητα εμφάνισης εξάψεων. Η διάρκεια επίσης θηλασμού δεν σχετίστηκε με την ηλικία της εμμηνόπαυσης (BATRINOS ML, 1978).

Νεότερη αναδρομική μελέτη έγινε το 2002 σε 1747 γυναίκες με σκοπό την εκτίμηση της μέσης ηλικίας εμμηνόπαυσης, και αν αυτή ήταν πρόωρη, καθυστερημένη ή απότομη. Ο μέσος όρος ηλικίας της εμμηνόπαυσης ήταν τα 48,7 έτη (TA±3,8), με ποσοστό 76,3% να ήταν σε ηλικία περίπου 51 ετών. Στις γυναίκες που εμφανίστηκε πρόωρη εμμηνόπαυση στατιστικά σημαντικά συσχέτιση ( $P<0,05$ ) αποδείχθηκε με το κάπνισμα (Adamopoulos DA, 2002).

Ανασκοπική έρευνα που έγινε στην Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών το 2007, βρέθηκε ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες στην Ελλάδα έχουν αρκετές διακυμάνσεις ορμονών, οι οποίες επιφέρουν πολλές επιπτώσεις σε όργανα-συστήματα κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Τα όργανα-συστήματα που επηρεάζονται είναι το γεννητικό σύστημα, το ουροποιητικό, το καρδιαγγειακό, το μυοσκελετικό, οι μαστοί, το δέρμα, ο μεταβολισμός και τέλος οι γυναίκες υποφέρουν από νευροψυχικές μεταβολές λόγω της εμμηνόπαυσης.

Είναι αυτονόητο λοιπόν ότι λόγω όλων αυτών των μεταβολών η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα, είναι πολύ πιθανό να βρεθεί σε μεγάλο κίνδυνο τόσο όσον αφορά τη σωματική αλλά και τη ψυχική της υγεία (Σταματόπουλος ΧΠ και συν, 2007).

Η ευερεθιστότητα το άγχος και η κατάθλιψη αποτελεί συχνά το κύριο παράπονο των περιεμμηνοπαυσιακών και εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Το 2008 η ψυχιατρική κλινική του Αιγινήτειου νοσοκομείου σε συνεργασία με την Γυναικολογική κλινική του Αρεταίειου διεξήγαγαν συγχρονική μελέτη για την εκτίμηση της ευερεθιστότητας στην εμμηνόπαυση.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 163 γυναίκες όπου βρέθηκε ότι η ευερεθιστότητα σχετίζεται με χρόνια νοσήματα και με το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Α Σπυροπούλου και συν, 2008)

Μελέτη που έγινε στην Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας το 2009 από τον Σ. Καραουλάνη με τίτλο « Ορμονικοί και Ανοσολογικοί δείκτες Καταθλιπτικών γυναικών στην Κλιμακτήριο», είχε σκοπό να διερευνηθούν οι ορμονικές και ανοσιακές μεταβολές που εμφανίζονται στην περιεμμηνόπαυσιακή κατάθλιψη. Μελετήθηκαν η θυρεοειδική λειτουργία, οι ορμονικοί δείκτες, πρωτεΐνες οξείας φάσεως και το αν οι γυναίκες είναι καπνίστριες ή όχι.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα όπως, εξάψεις, νυχτερινοί ιδρώτες, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους στις περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Όσο πιο έντονα ήταν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα τόσο πιο σοβαρή ήταν η κατάθλιψη. Σε ορμονικό επίπεδο η κατάθλιψη και το άγχος δεν εξαρτώνται από τα επίπεδα των γυναικολογικών ορμονών αλλά επηρεάζονται από τις θυρεοειδικές ορμόνες (Σ ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ, 2009).

Σε πρόσφατη μελέτη που έγινε το 2017 από τους φοιτητές της νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης Λουκαδάκη Ι. και Κατσαρού Α. σε δείγμα 200 εμμηνόπαυσιακών γυναικών με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF 36, έδειξε ότι από ψυχολογικής πλευράς η εμμηνόπαυση επηρεάζει τις γυναίκες σε κάποιο σημείο προκαλώντας ανησυχία, νευρικότητα και μελαγχολικότητα πιο έντονα στην ηλικιακή ομάδα των 51-65 ετών (Κατσαρού, 2017).

Στις παραπάνω μελέτες φαίνεται ότι τα ποσοστά στην Ελλάδα δεν διαφέρουν καθόλου με αυτά των ΗΠΑ, με την διαφορά όμως να έγκειται στο ότι στην Ελλάδα υπάρχει αυξημένο ποσοστό υστερεκτομών (χειρουργική εμμηνόπαυση) (Κατσαρού Α & Λουκαδάκης Ι, 2017).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

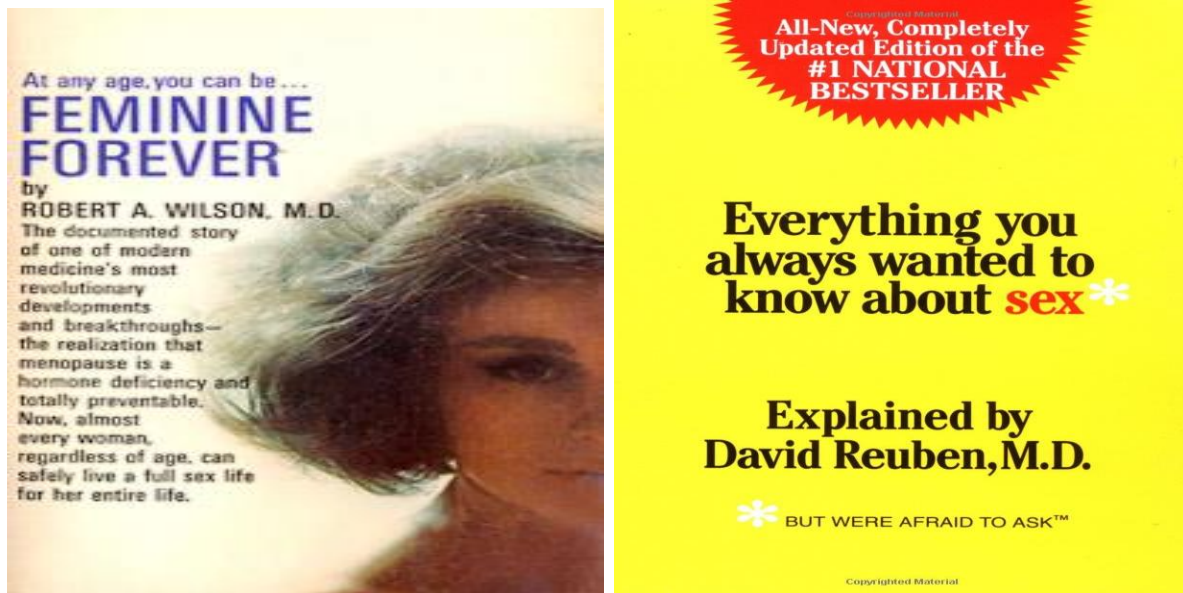
### *Εμμηνόπαυση και Πολιτισμός*

Ο τρόπος με τον οποίο κάθε γυναίκα βιώνει την εμμηνόπαυση της περιόδου αλλάζει ανάλογα από τον πολιτισμό στον οποίο ανήκει, παρόλο που τα συμπτώματα είναι σαφώς τα ίδια. Μερικά παραδείγματα που μπορούμε να αναφέρουμε είναι ότι στο δυτικό κόσμο η εικόνα της εμμηνόπαυσιακής γυναίκας δεν είναι τόσο αποδεκτή και θετική διότι δίνεται μεγάλη αξία στην νεότητα και την σεξουαλική έλξη. Επομένως, η εμμηνόπαυσιακή γυναίκα αντιμετωπίζεται ως μια μη ελκυστική γυναίκα με κατάθλιψη και κατά φαντασία ασθενής. Αντίθετα από άλλους πολιτισμούς η εμμηνόπαυση είναι καλοδεχούμενη γιατί θεωρούν ότι οι γυναίκες απελευθερώνονται από την υποχρέωση να δημιουργήσουν απογόνους, σε αυτήν την χρονική περίοδο. Οι γυναίκες καλούνται σε θρησκευτικές τελετές και δίνεται ένας σαφώς καθοριστικός ρόλος για την μετέπειτα ζωή της. Τέλος, σε άλλες χώρες όπως η Ινδία, Ιταλία και την Κίνα οι γυναίκες μετά την διακοπή της έμμηνης ρύσης θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερη εξουσία από πριν μέσα στην οικογένεια.

Είναι ένα κομμάτι της γυναικείας φύσης που είναι σαν «απαγορευτικό» να ασχοληθούμε ή να συζητήσουμε, και όταν γίνεται λόγος σε αυτή οι απόψεις και οι εμπειρίες που εκφράζονται είναι αρνητικές, ακόμα και η αναφορά του θέματος προκαλεί άγχος σε κάποιους ανθρώπους. Με τα πρότυπα που προβάλλονται στην σημερινή εποχή προάγεται μόνο ως «φυσιολογικό» η νεαρή ηλικία και η σεξουαλική παρόρμηση που ακολουθεί τις νέες ηλικίες, αλλά και την ευμορφία της νέας ηλικίας, παραγκωνίζοντας τις μεγαλύτερες γυναίκες που είναι στην περίοδο την εμμηνόπαυσης και τις περιγράφουν ως δυσάρεστες, με παραπάνω κιλά, ευερέθιστες και ως άτομα που η σεξουαλική τους ζωή έχει πάψει να υφίσταται. Ακόμα παρουσιάζονται ως άτομα τα οποία εξουσιάζονται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο κορμί τους. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) είναι τόσο επικεντρωμένα στο να προβάλλουν τις νέες κοπέλες με αποτέλεσμα να απομονώνουν τις μεγαλύτερες γυναίκες, με αποτέλεσμα μετά από καιρό να αισθάνονται ότι δεν υπάρχουν για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Πολλοί θεωρητικοί έχουν ασχοληθεί με την εμμηνόπαυση. Παρόλα ταύτα τα έργα τους είναι επικριτικά προς αυτή την περίοδο της γυναικείας φύσης καθώς την περιγράφουν με καυστικές λέξεις όπως «ανωμαλία», «καταστροφή της θηλυκότητας» και «ζωντανή φθορά»,

συγκεκριμένα αυτά τα περιγράφει ο Robert Wilson στο βιβλίο του «Feminine Forever». Ακόμα ο Δρ. David Reuben συγγραφέας του έργου «Everything You Wanted To Know About Sex» ακολουθεί την ίδια άποψη με τους προηγούμενους γράφοντας πως το πρόβλημα της θηλυκότητας των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση έχει σχέση με το θέμα των ωοθηκών, καθώς σταδιακά ελαττώνεται η παραγωγή της οιστρογόνου ορμόνης με αποτέλεσμα η γυναίκα να χάνει την θηλυκότητά της. Ο θεωρητικός αυτός πάει την σκέψη του ένα βήμα παρακάτω σχετικά με την αρνητική εικόνα των γυναικών που είναι στην εμμηνόπαυση και τις χαρακτηρίζει ως άτομα που έλκονται σεξουαλικά και από τα δύο φύλα.



Φυσικά η πραγματικότητα είναι αρκετά μακριά από τις περιγραφές των παραπάνω ανδρών. Η πραγματικότητα είναι στο ότι οι γυναίκες σε αυτή την φάση της ζωής του έχουν την ευκαιρία για ένα νέο ξεκίνημα με καινούργιους στόχους και όνειρα. Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής η σύγχρονη γυναίκα αναμένεται να ζήσει μέχρι περίπου τα ογδόντα χρόνια, πράγμα που μας οδηγεί στο (λογικό) συμπέρασμα ότι η σύγχρονη γυναίκα θα ζήσει για πολλά χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Ακόμα, έχουν ως επιπρόσθετο προσόν την γνώση και τα κατάλοιπα από τις απολαύσεις που έχουν βιώσει κατά την διάρκεια της ζωής τους. Είναι πολύ βασικό να έχουν μία αποτελεσματική αντιμετώπιση και να παραδούν τις παραδόσεις, τις παρερμηνέσεις και τα στεγανά που έχει φτιάξει η κοινωνία και που θέλει να μας τα προάγει μέσα από τα ΜΜΕ.

Η σύγχρονη κοινωνία ωθεί τις γυναίκες να σκορπουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του

σε διάφορες ασχολίες. Μία γυναίκα σήμερα ξοδεύει περίπου το 1/3 της ζωής της στην φροντίδα της οικογένειάς της. Βρίσκει χρόνο ακόμα και να επιστρέψει ξανά στα θρανία άμα κριθεί αναγκαίο για να ξεκινήσει μία νέα σταδιοδρομία, να κάνει ταξίδια, να ασχοληθεί με πράγματα που τη χαλαρώνουν και την ευχαριστούν. Η έναρξη της προ εμμηνόπαυσης δεν σημαίνει και το «τέλος» της ζωής ή την σωματική γήρανση. Αντίθετα τα πράγματα και οι ασχολίες που έχει μία γυναίκα να ασχοληθεί αυξάνονται. Καλό λοιπόν θα ήταν οι γυναίκες να θυμούνται:

- Να έχουν λάβει σωστές γνώσεις και να έχουν προετοιμαστεί για την περίοδο της εμμηνόπαυσης, καθώς θα τις βοηθήσει να ξεπεράσουν ποιο εύκολα τα συμπτώματα.
- Είναι πολύ βασικό σε αυτή την φάση της ζωής τους οι γυναίκες να έχουν την υποστήριξη και την ψυχολογική αρωγή του συζύγου τους και εν γένει των οικείων της αρκετά περισσότερο από όποια άλλη φάση της ζωής τους.
- Δεν γερνάνε πιο γρήγορα επειδή παύει η αναπαραγωγική διαδικασία. Αν έχουν έντονες εκδηλώσεις λόγω της εμμηνόπαυσης να μην ντραπούν να απευθυνθούν στους ειδικούς.
- Η εμμηνόπαυση δεν είναι ντροπή. Όσο περισσότερο είναι ανοιχτές οι ίδιες να μιλήσουν για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε αυτή τη φάση της ζωής τους τόσο πιο γρήγορα θα πάψει να υπάρχει το κλίμα ντροπής γύρω από το συγκεκριμένο θέμα.
- Το σώμα κάθε γυναίκας της ανήκει. Αν λοιπόν, δεν θέλουν να λάβουν φαρμακευτική αγωγή ή να απευθυνθούν σε ιατρούς είναι δικαίωμά τους.
- Υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τρόποι για να χαλαρώσουν και να βοηθηθούν, όπως και κάποιες διατροφές που θα τις βοηθήσουν με τα συμπτώματα.
- Η εμμηνόπαυση δεν πρέπει να σταθεί αιτία για να σταματήσει η σεξουαλική ζωή μιας γυναίκας.
- Μπορούν να ζητήσουν κάποιες οδηγίες για να βοηθηθούν και να κρατήσουν ζωντανή αλλά και ποιοτικά καλή την σεξουαλική τους ζωή ακόμα και με την μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων.
- Καλό είναι να βρουν τρόπους να περνούν δημιουργικά τον χρόνο τους με ασχολίες

που τις ευχαριστούν.

- Μία ακόμα λύση είναι και η έναρξη μίας καινούργιας σταδιοδρομίας ή αν δεν το επιθυμούν αυτό θα μπορούσαν να συνταξιοδοτηθούν και να αφοσιωθούν σε πράγματα και ασχολίες που τις ευχαριστούν, τις γεμίζουν και τις κάνουν ευτυχισμένες.
- Πρέπει πάντα να θυμούνται ότι η γυναικεία φύση και θηλυκότητα δεν πρέπει να ταυτίζεται με την γέννηση των παιδιών.
- Και το βασικότερο από όλα. Δεν πρέπει να ξεχνούν ότι η εμμηνόπαυση δεν είναι το τέλος μίας ζωής αλλά η έναρξη ενός νέου κύκλου στην ζωή μίας γυναίκας.

## *ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

### *Σκοπός*

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνήσει αν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και να μελετηθεί η ευερεθιστότητα αυτών.

### *Ερευνητικά ερωτήματα*

- 1) Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, το περιβάλλον που κατοικεί η γυναίκα και με την οικογενειακή της κατάσταση;
- 2) Είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων οι γυναίκες που εργάζονται σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονται;
- 3) Παίζει ρόλο η ηλικία των γυναικών που εμφάνισαν πρόωρη εμμηνόπαυση με την εμφάνιση της συγκεκριμένης συμπτωματολογίας;
- 4) Έχει σχέση ο δείκτης μάζας σώματος με την ψυχολογία της γυναίκας στην εμμηνόπαυση και με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων;
- 5) Παίζει ρόλο στην ψυχολογία της γυναίκας στην εμμηνόπαυση η ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας;

### *Ερευνητικό πεδίο*

Η έρευνα διεξήχθη στις πόλεις του Ηρακλείου, Αθήνας, Ρόδου, Κοζάνης. Έγινε προσπάθεια εύρεσης των συμμετεχόντων από γνωστούς και μη σε διάφορα μέρη όπως καφετέριες, χώρους εστίασης, στον χώρο της εκκλησίας κλπ. Επίσης έγινε προσπάθεια να συλλεχτούν απαντήσεις με τη δημιουργία του ερωτηματολογίου μέσω των Φορμών (Forms) που προσφέρει το Google Docs και αναρτήθηκε στο διαδίκτυο σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

### *Δειγματοληπτική μέθοδος*

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

1. Να είναι γυναίκες που βρίσκονται σε κλιμακτήριο-εμμηνόπαυση.

2. Να γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα.

### *Ερευνητικό εργαλείο*

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο σχεδιάστηκε μετά από μελέτη ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Αποτελείται από 3 ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 12 ερωτήματα τα οποία σχετίζονται με τη συλλογή δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων των συμμετεχόντων.

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 20 ερωτήματα που σχετίζονται με στοιχεία που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση (πχ. ηλικία εμμηναρχής, εμμηνόπαυσης κλπ).

Η ευερεθιστότητα είναι ένα φαινόμενο που αναφέρουν συχνά οι γυναίκες στην κλιμακτήριο παρόλα αυτά όμως δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να έχουν ασχοληθεί με αυτήν. Η ευερεθιστότητα συχνά συγγέεται με όρους όπως ο θυμός, η εχθρότητα και η επιθετικότητα, ή εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα κλινικών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές της διάθεσης, οι διαταραχές της προσωπικότητας. Η ευερεθιστότητα διακρίνεται σε «εξωστρεφόμενη», που εκφράζεται στους γύρω, και σε «εσωστρεφόμενη», που στρέφεται προς τον εαυτό. Για την εκτίμηση της ευερεθιστότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Ευερεθιστότητας, Κατάθλιψης και Άγχους (Irritability, Depression, Anxiety Scale, IDA) στην τρίτη ενότητα.

Η υποκλίμακα της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας αποτελείται από τα εξής τέσσερα ερωτήματα: «Νευριάζω και φωνάζω ή φέρομαι απότομα στους άλλους», «Είμαι υπομονετικός/ή με τους άλλους ανθρώπους», «Νιώθω ότι θα μπορούσα να χάσω τον έλεγχο και να χτυπήσω ή να τραυματίσω κάποιον» και «Οι άνθρωποι με ταράζουν τόσο πολύ, που μου έρχεται η επιθυμία να κοπανάω τις πόρτες, ή να σπάω πράγματα».

Τα τέσσερα ερωτήματα που απαρτίζουν την υποκλίμακα της εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας είναι τα εξής: «Νιώθω ότι θέλω να βλάψω τον εαυτό μου», «Θυμώνω με τον εαυτό μου», «Μου έρχεται η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου» και «Τελευταία εκνευρίζομαι με τον εαυτό μου». Κάθε ερώτημα λαμβάνει τέσσερις πιθανές απαντήσεις, που βαθμολογούνται από 0 έως 3, με το συνολικό σκορ της ευερεθιστότητας να κυμαίνεται από 0 έως 12. Η κλίμακα IDA διαθέτει δύο ακόμη υποκλίμακες που μετρούν το άγχος και την κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να γίνει χρήση μόνο των δύο

υποκλιμάκων της ευερεθιστότητας, ενώ η εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης έγινε χωριστά με την ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα Hamilton και Zung (Zung, 1965, 12:63–70).

Η κλίμακα του Zung είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης της σοβαρότητας της κατάθλιψης, αποτελούμενη από 20 ερωτήματα από τα οποία τα 10 είναι αρνητικά και τα άλλα 10 θετικά. Το σκορ κυμαίνεται από 25-100 και για σκορ 25-49 είναι φυσιολογικές, για σκορ 50-59 έχουμε ήπια μορφή κατάθλιψη, για σκορ 60-69 έχουμε μέτρια μορφή κατάθλιψη και για σκορ >70 έχουμε σοβαρή καταθλιπτική συνδρομή (Wiki).

Για την εκτίμηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του άγχους (Hamilton Anxiety Scale HAS). Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 ερωτήματα που αφορούν ψυχικές εκδηλώσεις και σωματοποίηση του άγχους και βαθμολογείται επίσης σε κλίμακα Likert 5 σημείων, όπου τα συμπτώματα για 0 δεν υπάρχουν, για 1 είναι σπάνια, για 2 είναι λίγα, για 3 είναι αρκετά και για 4 είναι πολύ εμφανή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη μεγαλύτερου άγχους. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0-56, με βαθμολογίες μικρότερες από 17 να δείχνουν «ήπιο άγχος», από 18-24 «ήπιο προς μέτριο», από 25-30 «μέτριο προς σοβαρό» και περισσότερο από 30 «πολύ σοβαρό» (Ε. Βλάχου, 2013).

### *Ηθική και δεοντολογία της έρευνας*

Για την συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η συμμετοχή των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική.

Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση αυτών συμμετείχαν στην μελέτη και ενημερώθηκαν με συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης που υπέγραψαν για τον σκοπό της μελέτης.

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην μελέτη θα διαφυλαχθούν καθ' όλη την διάρκεια της και οι ερευνητές θα προστατέψουν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας και αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συνοδεύονταν από έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης (Παράρτημα 1), στο οποίο αναφέρονταν ο σκοπός της έρευνας, διαβεβαίωνε

για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Σχετικά με την εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

Συνοψίζοντας:

*«Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική άλλα αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθόλη την διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.»*

#### **Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων**

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η συχνότητα, η μέση τιμή ( $\mu$ ), η διάμεσος, τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη, η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD) και το τυπικό σφάλμα (standard error=SE) των μεταβλητών.

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test). Για τον έλεγχο των σχέσεων και των συσχετίσεων που διερευνήθηκαν χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) και chi square test ( $\chi^2$ ).

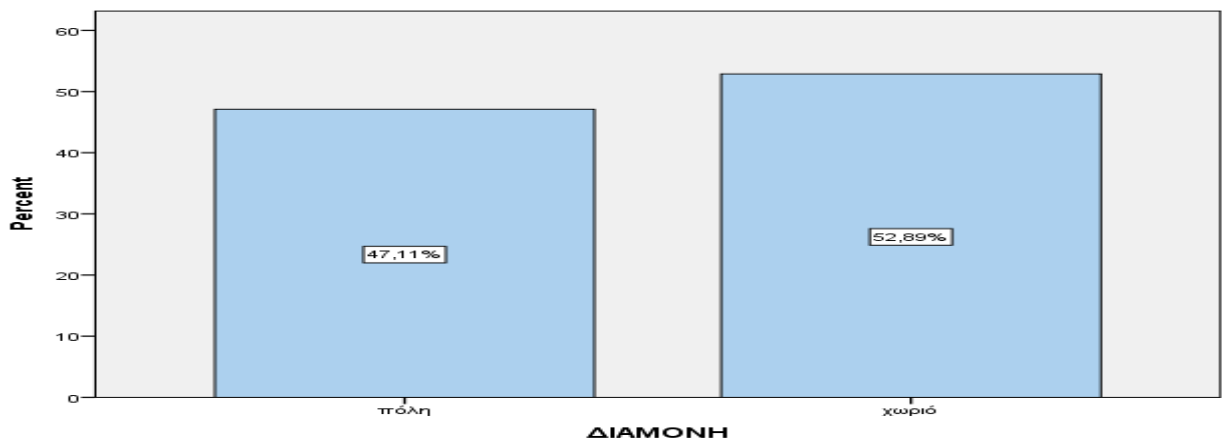
Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.



## Αποτελέσματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το ποσοστό των γυναικών που διαμένουν στην πόλη και στο χωριό και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτό στην ψυχολογική κατάσταση των γυναικών στην προ εμμηνόπαυση. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 225 γυναίκες. Από τη ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι ποσοστό 47,1% (n=106) των συμμετεχόντων γυναικών ήταν κάτοικοι πόλης και το 52,9% (n=119) ήταν κάτοικοι χωριού (πίνακας 1, εικόνα 11). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από τα 37 έως τα 79 έτη, με μέση τιμή τα 54,04 έτη (TA±8,356) (πίνακας 2, εικόνα 12).

Εικόνα 11: Διαμονή



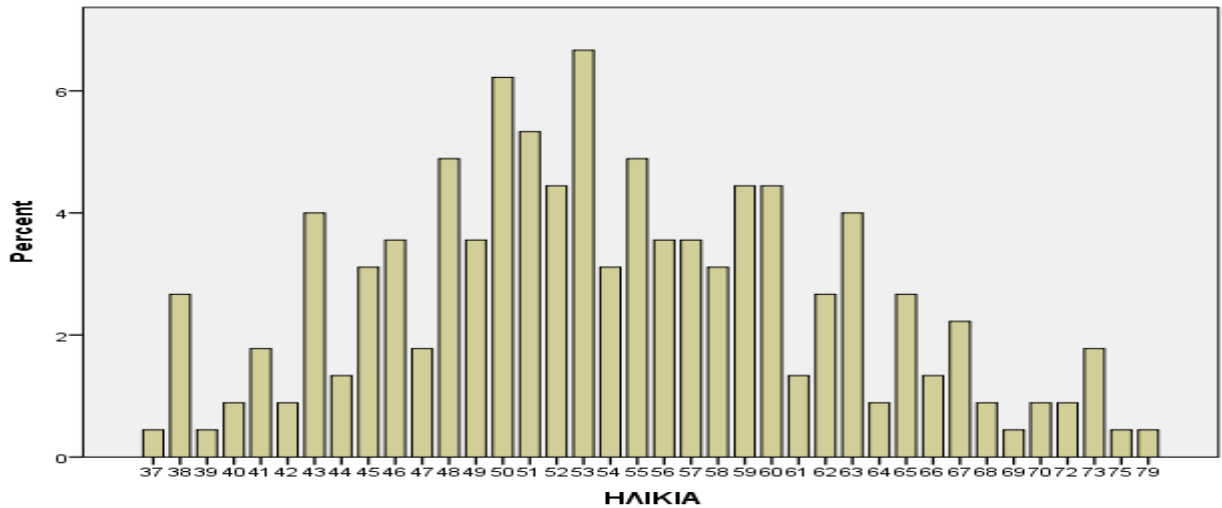
Πίνακας 1: Διαμονή

ΔΙΑΜΟΝΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	πόλη	106	47,1	47,1
	χωριό	119	52,9	100,0
	Total	225	100,0	

Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή

ΗΛΙΚΙΑ	
N	225
Mean	54,04
Std. Deviation	8,356
Minimum	37
Maximum	79

Εικόνα 12: Ηλικιακή κατανομή



Στη συνέχεια καταγράφηκε το βάρος και το ύψος για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Το βάρος των γυναικών του δείγματος κυμαινόταν από 46 kg έως 75kg με την μέση τιμή να κυμαίνεται στα 71,6 kg (TA±15,082) (πίνακας 3). Το ύψος των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κυμαίνεται από 1,40m έως 2,00m με μέσο όρο τα 1,62m (TA ±0,072) (πίνακας 4). Με βάση το βάρος και το ύψος των γυναικών υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος που κυμάνθηκε από 15,6 ως 60,60 με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 27,14 (TA±5,654).

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή βάρους

ΒΑΡΟΣ	
N	225
Mean	71,6222
Std. Deviation	15,08205
Minimum	46,00
Maximum	175,00

Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή ύψους

ΥΨΟΣ	
N	225
Mean	1,6266
Std. Deviation	,07264
Minimum	1,40
Maximum	2,00

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή ΔΜΣ

ΔΜΣ	
N	225
Mean	27,1495
Std. Deviation	5,65423

<b>Minimum</b>	15,60
<b>Maximum</b>	60,60

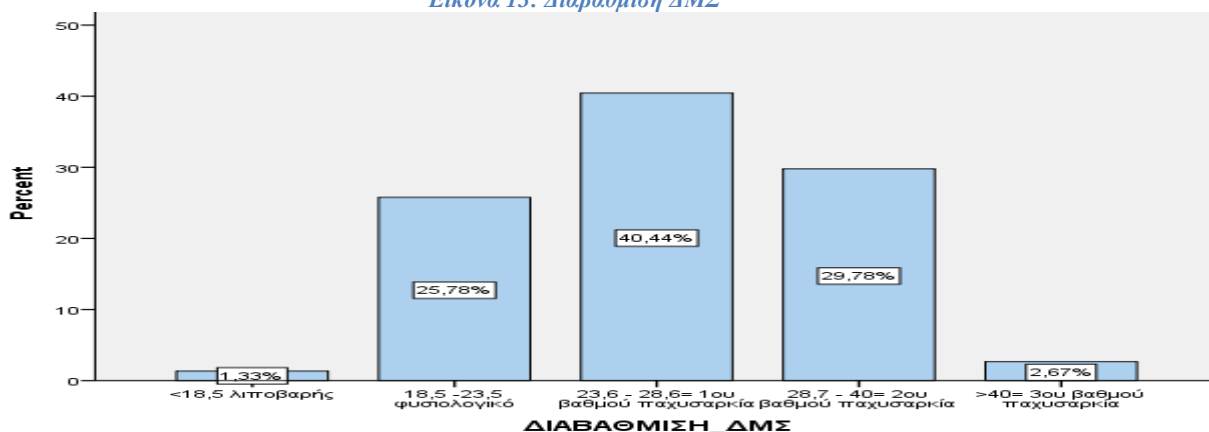
Με βάση το ΔΜΣ οι γυναίκες κατατάχθηκαν σε 5 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι «λιποβαρής» και σε αυτή την κατηγορία εντάσσονταν οι γυναίκες με ΔΜΣ μικρότερο από 18,5, η επόμενη κατηγορία ήταν «φυσιολογικό βάρος» και σε αυτή εντάσσονταν οι γυναίκες που ο ΔΜΣ τους κυμαινόταν από 18,5-23,5, οι κατηγορίες που έπονταν ήταν αυτές του «πρώτου βαθμού παχυσαρκίας», «δευτέρου βαθμού παχυσαρκίας» και «τρίτου βαθμού παχυσαρκία» και σε αυτές εντάσσονταν οι γυναίκες που ο ΔΜΣ τους κυμαινόταν από 23,6-28,6, 28,7-40 και >40 αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος εντάσσεται στην κατηγορία «πρώτου βαθμού παχυσαρκίας» σε ποσοστό 40,4% (n=91) ενώ ακολουθούν οι κατηγορίες «δευτέρου βαθμού παχυσαρκίας» με ποσοστό 29,8% (n=67) και «φυσιολογικό βάρος» με ποσοστό 25,8% (n=58). Από τα μικρότερα ποσοστά καταγράφει η κατηγορία «τρίτου βαθμού παχυσαρκία» με ποσοστό 2,7% (n=6) ενώ τέλος το μικρότερο ποσοστό καταγράφει η κατηγορία «λιποβαρής» με ποσοστό 1,3% (n=3) (πίνακας 6, εικόνα 13).

*Πίνακας 6: Διαβάθμιση ΔΜΣ*

<b>ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΔΜΣ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
<18,5 λιποβαρής	3	1,3	1,3
18,5 -23,5 φυσιολογικό	58	25,8	27,1
23,6 - 28,6= 1ου βαθμού παχυσαρκία	91	40,4	67,6
28,7 - 40= 2ου βαθμού παχυσαρκία	67	29,8	97,3
>40= 3ου βαθμού παχυσαρκία	6	2,7	100,0
Total	225	100,0	

*Εικόνα 13: Διαβάθμιση ΔΜΣ*



Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να δηλώσουν την οικογενειακή τους κατάσταση. Οι δυνατές απαντήσεις που είχαν να διαλέξουν οι ερωτηθείσες ήταν «έγγαμη», «άγαμη», διαζευγμένη», «χήρα» και «άλλο» (πίνακας 7, εικόνα 14). Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών απάντησε ότι εντάσσεται στην κατηγορία «έγγαμη» με ποσοστό 75,6% (n=170) ενώ ακολουθούν οι κατηγορίες «άγαμη» με ποσοστό 8,9% (n=20), «διαζευγμένη» με ποσοστό 8,4% (n=19), «χήρα» με ποσοστό 6,2% (n=14) και τέλος η κατηγορία «άλλο» που καταγράφει και την μικρότερη τιμή 0,9% (n=2).

Ακολούθως ζητήθηκε από τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα να απαντήσουν στην ερώτηση πόσα «παιδιά έχουν». Οι προτεινόμενες απαντήσεις ήταν από 0-6. Οι απαντήσεις που ελήφθησαν ανταποκρίνονταν σε όλες τις κλίμακες των προτεινόμενων απαντήσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων βρίσκεται στην απάντηση «2 παιδιά» με ποσοστό 48,4% (n=109), στην συνέχεια το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται στην απάντηση «3 παιδιά» με 22,7% (n=51), μετά ακολουθούν οι απαντήσεις «1 παιδί» και «0 παιδιά» με ποσοστά 15,1% (n=34) και 10,2% (n=23) αντίστοιχα. Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό απαντήσεων εντοπίζεται στην απάντηση «4 παιδιά» 3,1% (n=7) ενώ το μικρότερο ποσοστό απαντήσεων εντοπίζεται στην απάντηση «6 παιδιά» με ποσοστό 0,4% (n=1) (πίνακας 8, εικόνα 15).

Κατά την μελέτη του θέματος της διερεύνησης της καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας στην εμμηνόπαυση κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθούν ο αριθμός των μελών της οικογένειας για να αναζητηθεί η σχέση που μπορεί να έχει η εμφάνιση κάποιας ψυχοπαθολογίας στην φάση της προ εμμηνόπαυσης, αλλά και κατά πόσο θα μπορούσε η οικογένεια να είναι ένας υποστηρικτικός παράγοντας για να αποφευχθεί η πιθανότητα αυτή.

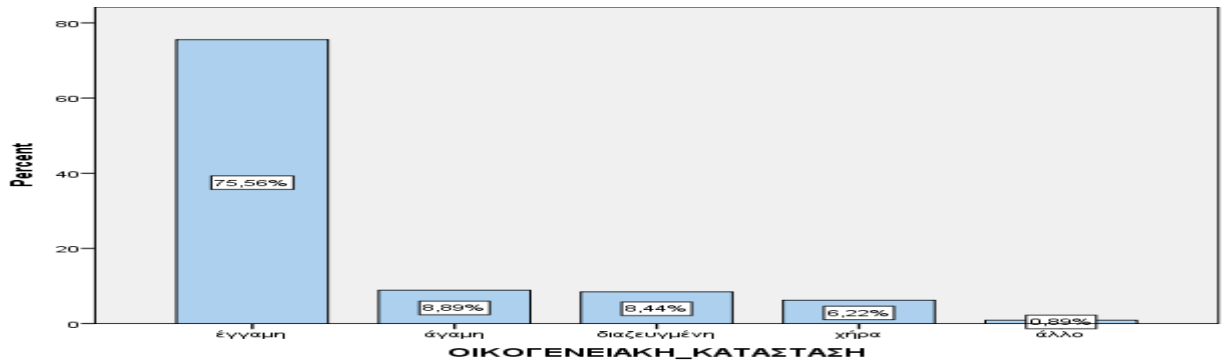
Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, παρατηρείτε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 41,3% (n=93) απάντησε ότι η οικογένεια τους αποτελείται από 4 μέλη. Στην συνέχεια τα ποσοστά που ακολουθούν είναι το 21,8% (n=49) και 18,7% (n= 42) στις απαντήσεις ότι τα μέλη της οικογένειας είναι «5» και «3» αντίστοιχα. Ακόμα μικρά ποσοστά αποκρίσεων παρατηρούνται στις απαντήσεις ότι οι οικογένειες έχουν 2 μέλη με ποσοστό 9,8% (n= 22), ότι έχουν 1 μέλος με ποσοστό 4,9% (n= 11) και στην απάντηση ότι η οικογένειά τους αποτελείται από 6 μέλη με ποσοστό 1,8% (n=4). Τέλος αξιοσημείωτη είναι η επανάληψη του μικρότερου ποσοστού απάντησης στο δείγμα, καθώς δεν καταγράφετε μία φορά αλλά 4. Πιο

συγκεκριμένα οι απαντήσεις που ελήφθησαν από το δείγμα για τις ερωτήσεις αν η οικογένεια της ερωτηθείσας αποτελείται από «0» μέλη, από «8 μέλη», από «11 μέλη» ή από «13 μέλη» έχουν όλες λάβει το ίδιο ποσοστό απαντήσεων 0,4%(n=1) (πίνακας 9, εικόνα 16).

*Πίνακας 7: Οικογενειακή κατάσταση*

<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Έγγαμη	170	75,6	75,6
Άγαμη	20	8,9	84,4
Διαζευγμένη	19	8,4	92,9
Χήρα	14	6,2	99,1
Άλλο	2	,9	100,0
Total	225	100,0	

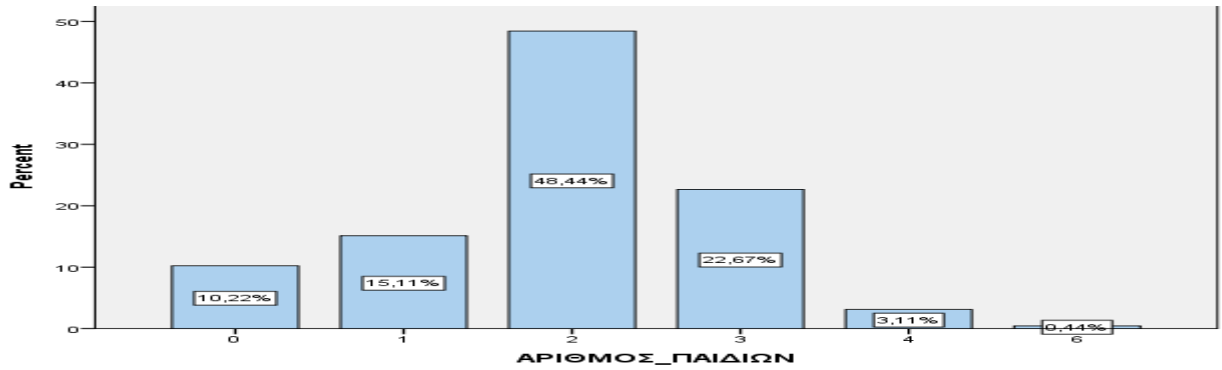
*Εικόνα 14: Οικογενειακή κατάσταση*



*Πίνακας 8: Αριθμός παιδιών*

<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
0	23	10,2	10,2
1	34	15,1	25,3
2	109	48,4	73,8
3	51	22,7	96,4
4	7	3,1	99,6
6	1	,4	100,0
Total	225	100,0	

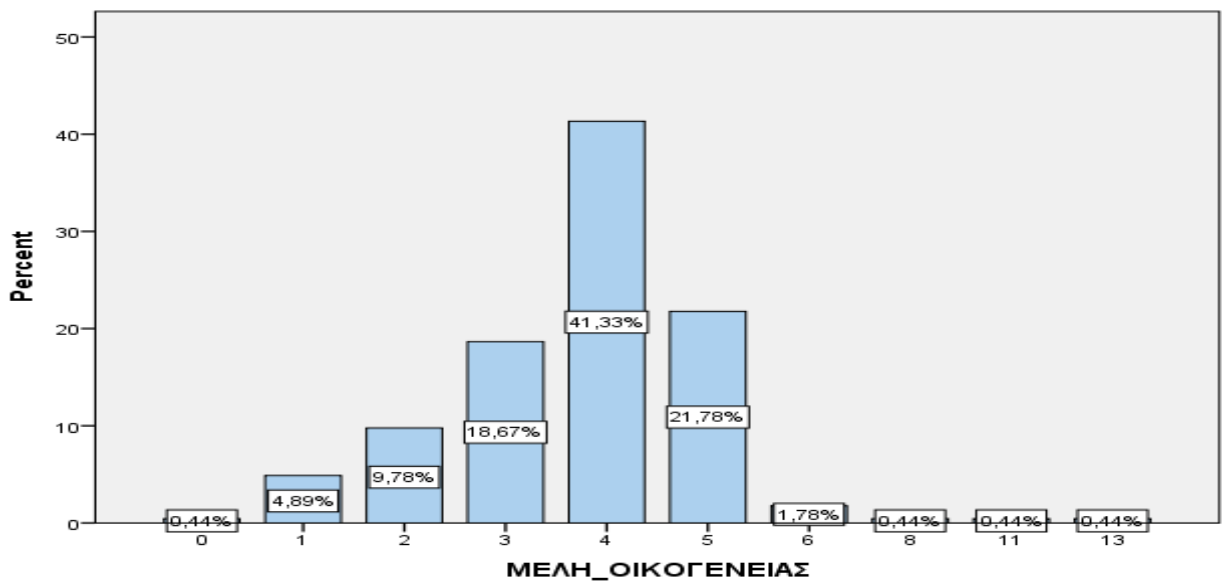
Εικόνα 15: Αριθμός παιδιών



Πίνακας 9: Αριθμός μελών οικογένειας

ΜΕΛΗ_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	,4	,4
1	11	4,9	5,3
2	22	9,8	15,1
3	42	18,7	33,8
4	93	41,3	75,1
5	49	21,8	96,9
6	4	1,8	98,7
8	1	,4	99,1
11	1	,4	99,6
13	1	,4	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 16: Αριθμός μελών οικογένειας



Αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης (πίνακας 10, εικόνα 17) παρατηρούμε ότι στην έρευνα συμμετείχαν άτομα από όλες τις μορφωτικές βαθμίδες. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από άτομα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε ποσοστό 25,8% (n=58), απόφοιτοι γυμνασίου σε ποσοστό 19,1% (n=43), απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό 25,8% (n=58), άτομα με Τεχνολογική Εκπαιδευτική κατάρτιση σε ποσοστό 16,9% (n=38), άτομα με Ανώτατη Εκπαιδευτική Κατάρτιση σε ποσοστό 4,4% (n=10) και τέλος άτομα με Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό σε ποσοστό 8% (n=18).

Στην διάρκεια εκπόνησης της εργασίας κρίθηκε καλό να ερωτηθούν οι συμμετέχουσες για κάποιες προσωπικές συνήθειες.

Αυτό έγινε γιατί θεωρήθηκε καλό να μελετηθούν οι καπνιστικές συνήθειες των γυναικών που συμμετείχαν, καθώς στα ερευνητικά ερωτήματα ήταν και η συσχέτιση της προεμμηνόπαυσης και των συμπτωμάτων της, που εμφανίζονται την περίοδο εκείνη σε συνάρτηση με τις καπνιστικές συνήθειες. Πιο συγκεκριμένα το 26,7% (n=60) των ερωτηθέντων γυναικών απάντησαν ότι καπνίζουν, το 58,7% (n= 132) ότι δεν καπνίζουν ενώ τέλος το 14,7% (n=33) των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν ότι ήταν πρώην καπνίστριες (πίνακας 11, εικόνα 18).

Ακόμα, θεωρήθηκε αναγκαίο να ερευνηθεί αν οι γυναίκες στην προεμμηνόπαυση πάσχουν από αϋπνίες και πώς αυτές συνδέονται με την δυσχέρεια της ψυχολογίας των γυναικών σε εκείνη την φάση της ζωής τους. Πιο αναλυτικά, το 44,4% (n=100) των ερωτηθέντων γυναικών απάντησαν ότι πάσχουν από αϋπνίες ενώ το 55,6% (n=125) απάντησε ότι δεν πάσχει από αϋπνίες (πίνακας 12, εικόνα 19).

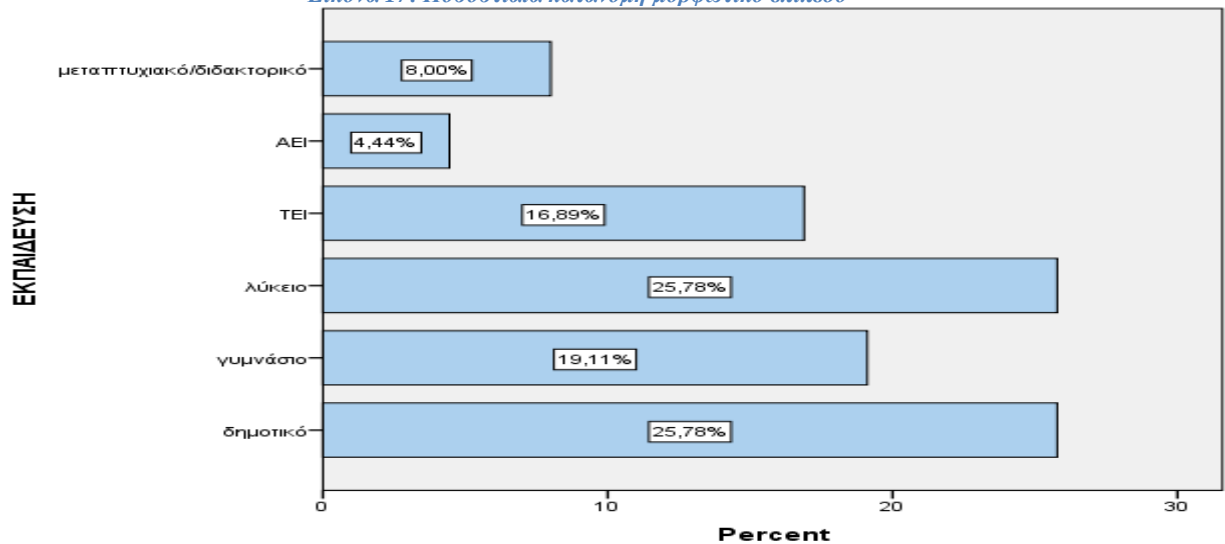
Στο πλαίσιο έρευνας των προσωπικών συνηθειών διερευνήθηκε αν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα γυμνάζονταν. Αυτό κρίθηκε καλό να ερωτηθεί γιατί θέλαμε να δούμε αν οι γυναίκες που έχουν την συγκεκριμένη συνήθεια, εμφανίζουν με την ίδια συχνότητα τα συμπτώματα της προεμμηνόπαυσης αλλά και κάποιες ψυχολογικές μεταπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν σε αυτή τη φάση της ζωής της γυναίκας. Η βάση αυτής της ερώτησης ήταν ότι οι άνθρωποι που γυμνάζονται πιο σπάνια εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα καθώς όταν κατά την διάρκεια της άσκησης εκκρίνονται στον εγκέφαλο συγκεκριμένες ορμόνες που βοηθούν στην μείωση των ψυχολογικών προβλημάτων. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα λοιπόν, 32% (n=72) των

συμμετεχόντων στην έρευνα γυμνάζονται ενώ το 68% (n=153) δεν γυμνάζονται (πίνακας 13, εικόνα 20).

*Πίνακας 10: Μορφωτικό επίπεδο*

<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Δημοτικό	58	25,8	25,8
Γυμνάσιο	43	19,1	44,9
Λύκειο	58	25,8	70,7
ΤΕΙ	38	16,9	87,6
ΑΕΙ	10	4,4	92,0
μεταπτυχιακό/διδακτορικό	18	8,0	100,0
Total	225	100,0	

*Εικόνα 17: Ποσοστιαία κατανομή μορφωτικό επίπεδο*

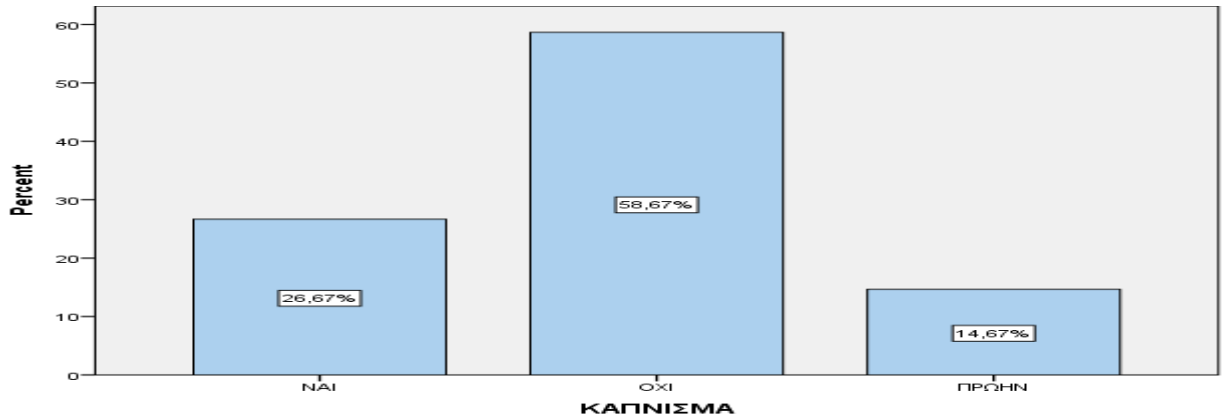


*Πίνακας 11: Καπνιστικές συνήθειες*

<b>ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	60	26,7	26,7
ΟΧΙ	132	58,7	85,3
ΠΡΩΗΝ	33	14,7	100,0
Total	225	100,0	



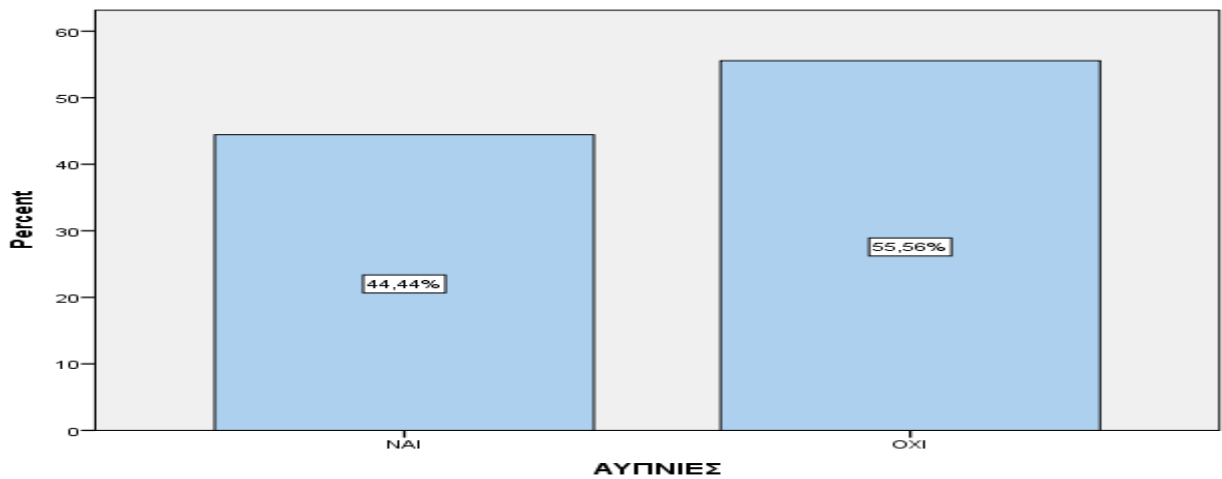
Εικόνα 18: Καπνιστικές συνήθειες



Πίνακας 12: Δυσκολία στον ύπνο

ΑΥΠΝΙΕΣ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	100	44,4	44,4
	ΟΧΙ	125	55,6	100,0
	Total	225	100,0	

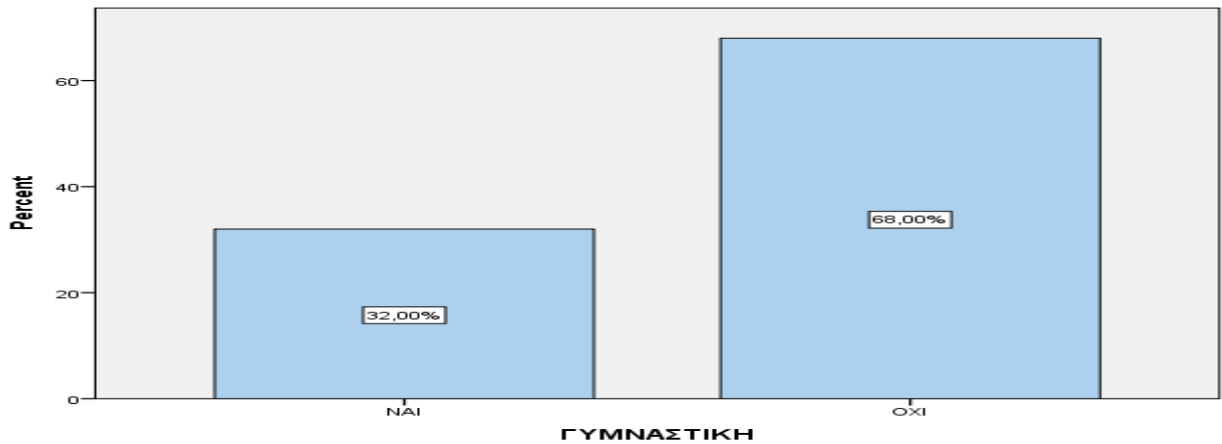
Εικόνα 19: Δυσκολία στον ύπνο



Πίνακας 13: Γυμναστικές συνήθειες

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	72	32,0	32,0
	ΟΧΙ	153	68,0	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 20: Γυμναστικές συνήθειες



Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν εργάζονται για να διερευνηθεί η σχέση εκείνων που δεν εργάζονται με αυτές που εργάζονταν, καθώς οι γυναίκες που δεν εργάζονται είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς σε σχέση με αυτές που εργάζονται. Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα λοιπόν το 57,8% (n=130) των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν εργάζονται και το 42,2% (n=95) εργάζονται (πίνακας 14, εικόνα 21).

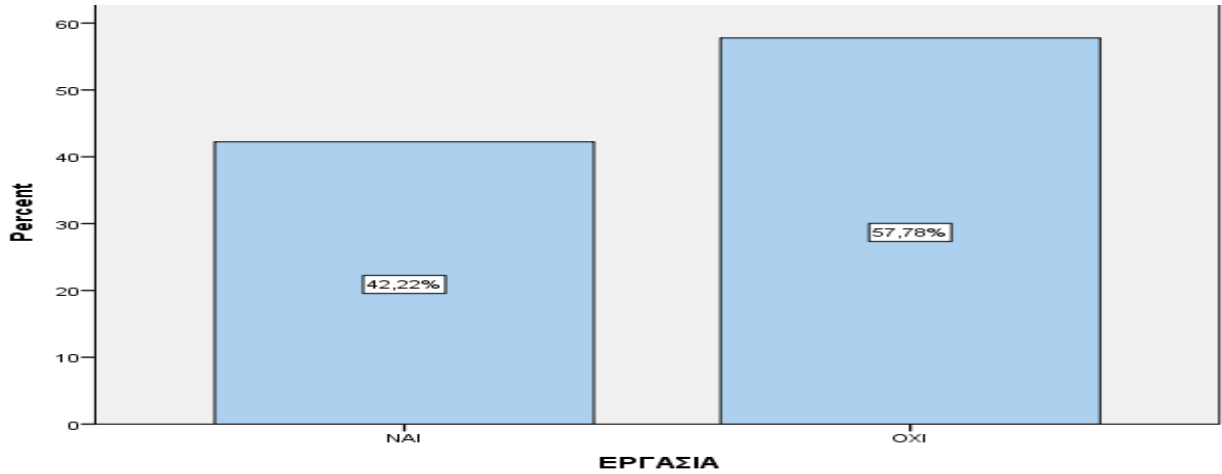
Σε συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης καταγράφηκε ποιο αναλυτικά αν οι γυναίκες που δεν εργάζονται είναι άνεργες, ή λαμβάνουν σύνταξη ή ασχολούνται με τα οικιακά, αλλά και οι γυναίκες που εργάζονται ποιο είναι το είδος του επαγγέλματός τους (ελεύθεροι επαγγελματίες, δημόσιοι υπάλληλοι κλπ.). Τα παραπάνω ερωτήθηκαν γιατί η εργασία και κατ' επέκταση το εισόδημα αποτελούν έναν στρεσογόνο παράγοντα και επιβαρυντικό για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

Τα δεδομένα της έρευνα έδειξαν λοιπόν, ότι το 30,7% (n= 69) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 24,4% (n=55 ) δεν εργάζονται και ασχολούνται με τα οικιακά, το 22,7% (n=51) είναι συνταξιούχοι, το 11,6% (n= 26) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ τέλος το 10,7% (n= 24) είναι άνεργες (πίνακας 15, εικόνα 22).

Πίνακας 14: Ποσοστιαία κατανομή εργασίας

ΕΡΓΑΣΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	95	42,2	42,2
OXI	130	57,8	100,0
Total	225	100,0	

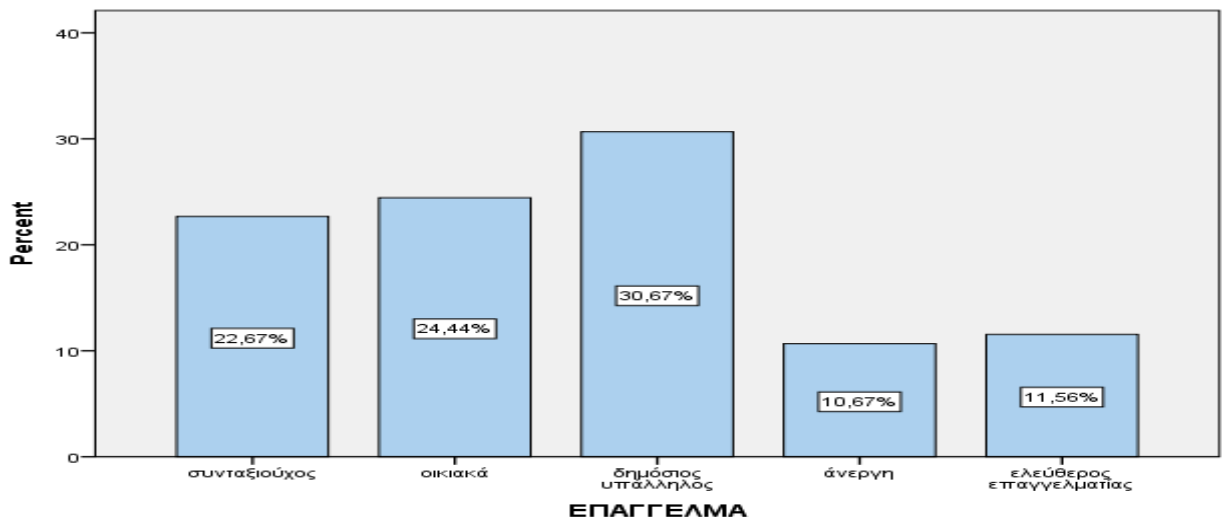
Εικόνα 21: Ποσοστιαία κατανομή εργασίας



Πίνακας 15: Ποσοστιαία κατανομή είδους επαγγέλματος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνταξιούχος	51	22,7	22,7
Οικιακά	55	24,4	47,1
Δημόσιος υπάλληλος	69	30,7	77,8
Άνεργη	24	10,7	88,4
Ελεύθερος επαγγελματίας	26	11,6	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 22: Ποσοστιαία κατανομή είδους επαγγέλματος



Στον παρακάτω πίνακα καταγράφετε το ποσοστό των γυναικών, που έλαβαν μέρος στην έρευνα και λάμβαναν ορμόνες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όπως παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών 90% (n=198) δεν λάμβαναν ορμόνες κατά την περίοδο

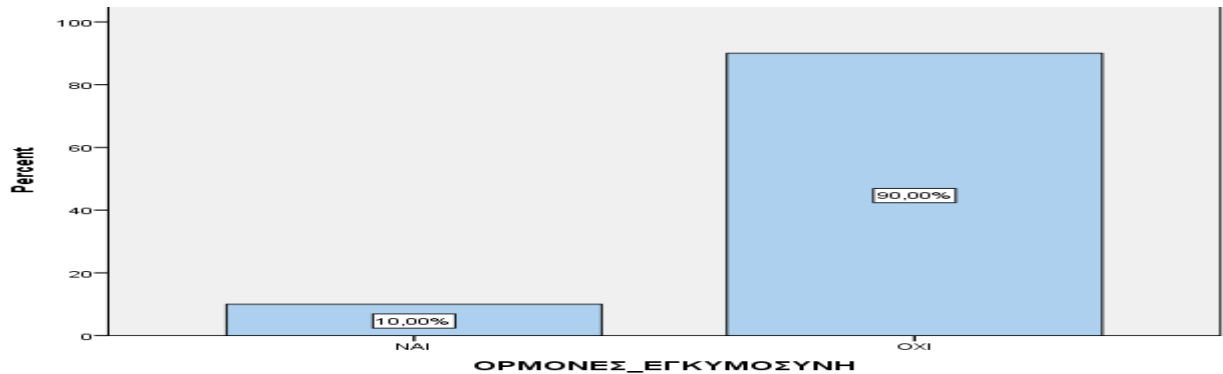
της εγκυμοσύνης τους (πίνακας 16, εικόνα 23). Αυτή η ερώτηση τέθηκε στις συμμετέχουσες στην έρευνα γιατί η λήψη των ορμονών δυσχεραίνει τα συμπτώματα της προ εμμηνόπαυσης.

Στον πίνακα 17 και στην εικόνα 24 που ακολουθούν, καταγράφονται τα ποσοστά των γυναικών που θήλαζαν μετά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους. Η ερώτηση αυτή τέθηκε καθώς σύμφωνα με μελέτες αφενός οι γυναίκες που θήλαζαν μετά την εγκυμοσύνη τους, είναι πιο δύσκολο να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπεριφορά αλλά και γιατί βοηθά τις γυναίκες να ξεπεράσουν πιο εύκολα τα συμπτώματα της προ εμμηνόπαυσης. Πιο αναλυτικά, το 68,3% (n=149) των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα θήλαζαν μετά την περίοδο της εγκυμοσύνης ενώ το 31,7% (n=69) δεν θήλαζαν μετά την εγκυμοσύνη τους.

*Πίνακας 16: Λήψη ορμονών κατά την εγκυμοσύνη*

<b>ΟΡΜΟΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</b>				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	22	10,0	10,0
	OXI	198	90,0	100,0
	Total	220	100,0	

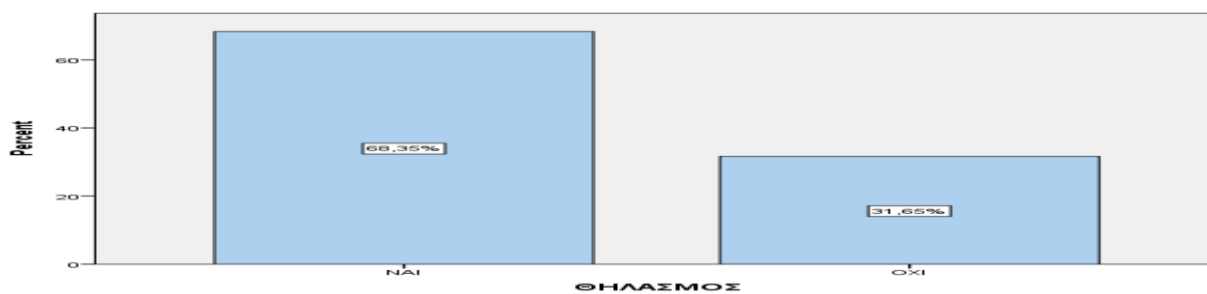
*Εικόνα 23: Λήψη ορμονών στην εγκυμοσύνη*



*Πίνακας 17: Ποσοστιαία κατανομή γυναικών που θήλαζαν*

<b>ΘΗΛΑΣΜΟΣ</b>				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	149	68,3	68,3
	OXI	69	31,7	100,0
	Total	218	100,0	

Εικόνα 24: Ποσοστιαία κατανομή γυναικών που θήλαζαν

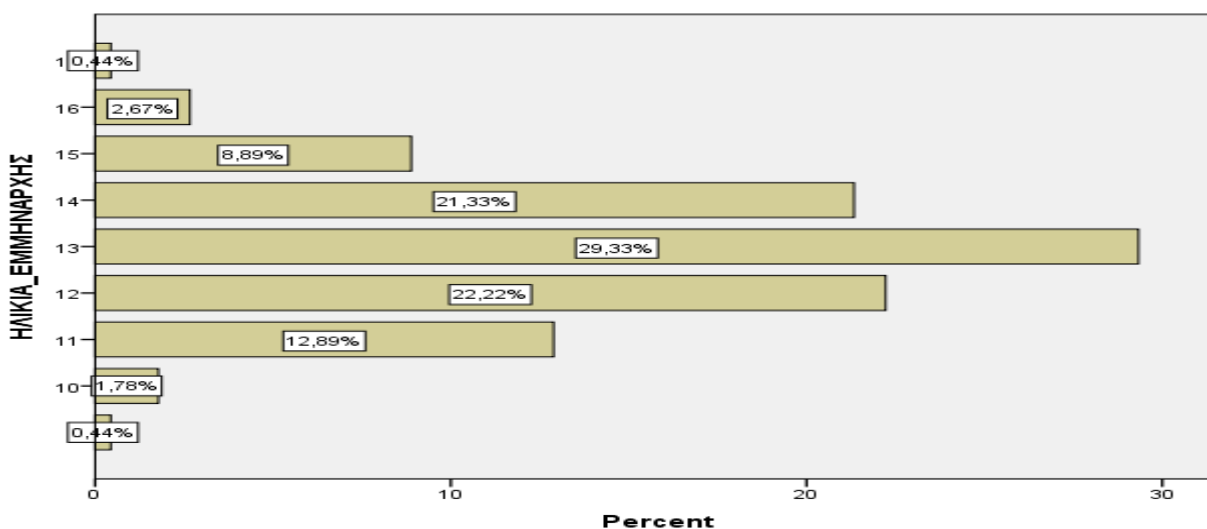


Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα που θελήσαμε να απαντηθούν μέσα από την έρευνα είναι η σχέση της ηλικίας της εμμηναρχής. Η ερώτηση αυτή τέθηκε για να μελετηθεί αν η ηλικία της έναρξης της έμμηνου ρύσης σχετίζεται με τα συμπτώματα της καταθλιπτικής συνδρομής προ εμμηνόπαυσης. Τα δεδομένα που συλλέξαμε από την έρευνα ήταν ότι οι ηλικίες που ξεκίνησε η έμμηνος ρύση των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν η μικρότερη 7 χρονών και η μεγαλύτερη 17 χρονών με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 12,93 χρόνια ( $\pm 1,393$ ) (πίνακας 18, εικόνα 25).

Πίνακας 18: Καταγραφή ηλικίας εμμηναρχής

ΗΛΙΚΙΑ_ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ	
<b>N</b>	225
<b>Mean</b>	12,93
<b>Std. Deviation</b>	1,393
<b>Minimum</b>	7
<b>Maximum</b>	17

Εικόνα 25: Ποσοστιαία κατανομή ηλικίας εμμηναρχής

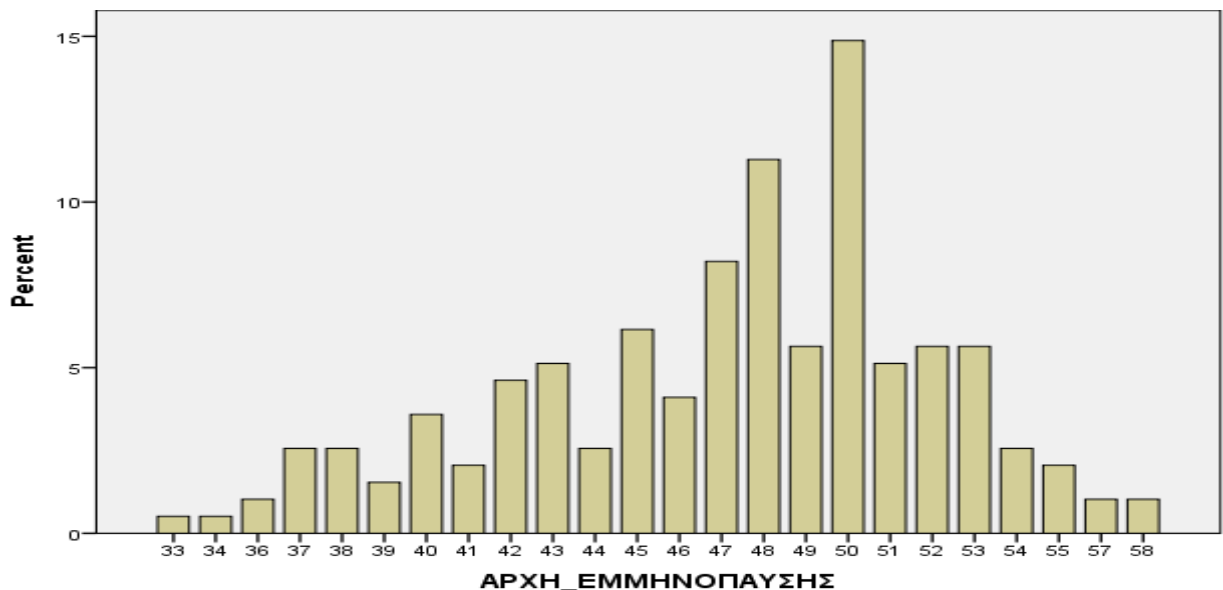


Σε συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης παρουσιάζεται η ηλικία όπου άρχισε η φάση της εμμηνόπαυσης των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η ερώτηση αυτή τέθηκε επίσης και αυτή για να μελετηθεί η ηλικία της έναρξης της εμμηνόπαυσης σε συσχέτιση με τα συμπτώματα της προ εμμηνόπαυσης. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν από την έρευνα ήταν ότι οι ηλικίες που σταμάτησε η έμμηνος ρύση των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν η μικρότερη 33 χρονών και η μεγαλύτερη 58 χρονών με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 47,14 χρόνια ( $\pm 4,961$ ) (πίνακας 19, εικόνα 26).

*Πίνακας 19: Καταγραφή ηλικίας έναρξης εμμηνόπαυσης*

ΑΡΧΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	
<b>N</b>	195
<b>Mean</b>	47,14
<b>Std. Deviation</b>	4,961
<b>Minimum</b>	33
<b>Maximum</b>	58

*Εικόνα 26: Ποσοστιαία κατανομή ηλικίας έναρξης εμμηνόπαυσης*



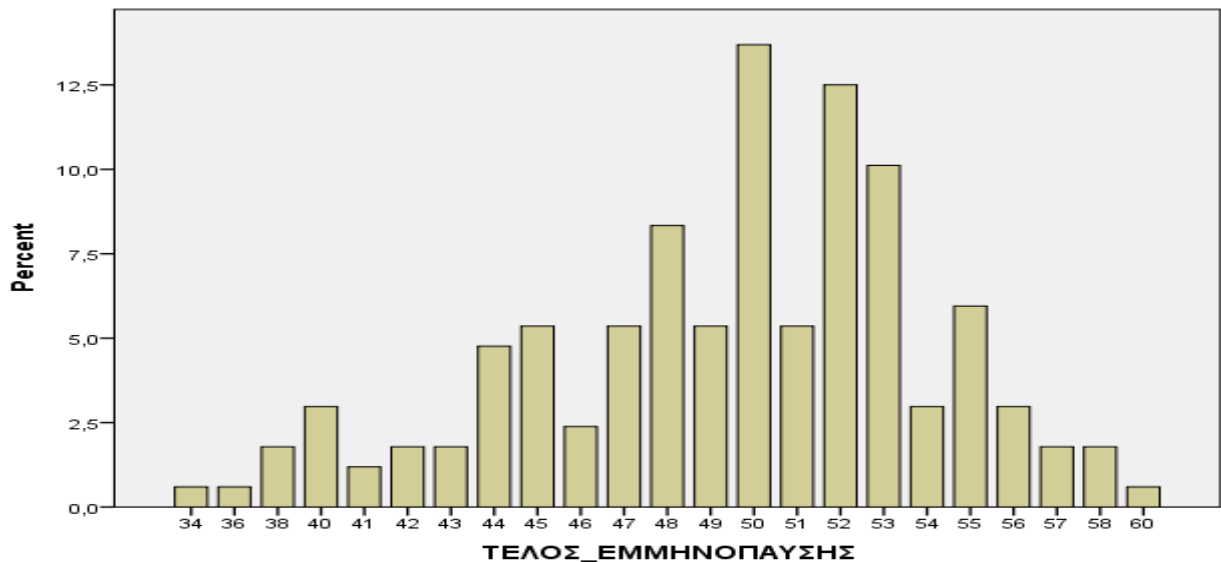
Σε συνέχεια των προηγούμενων ερωτήσεων παρουσιάζεται η ηλικία των γυναικών του δείγματος όπου τελείωσε η εμμηνόπαυση. Η ερώτηση αυτή τέθηκε επίσης και αυτή για να μελετηθεί η ηλικία των γυναικών όταν τελείωσε η εμμηνόπαυση σε συσχέτιση με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν από την έρευνα διαπιστώνεται ότι οι ηλικίες που τελείωσε η εμμηνόπαυση των γυναικών που έλαβαν μέρος

στην έρευνα ήταν η μικρότερη 34 χρονών και η μεγαλύτερη 60 χρονών με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 49,43 χρόνια ( $\pm 4,738$ ) (πίνακας 20, εικόνα 27).

Πίνακας 20: Καταγραφή τέλους εμμηνόπαυσης

ΤΕΛΟΣ_ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	
N	168
Mean	49,43
Std. Deviation	4,738
Minimum	34
Maximum	60

Εικόνα 27: Ποσοστιαία κατανομή ηλικίας τέλους εμμηνόπαυσης



Στην συνέχεια έγινε προσπάθεια να μελετηθούν τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζονται στην προ εμμηνόπαυση και την εμμηνόπαυση και σε ποιο ποσοστό τα εμφανίζουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

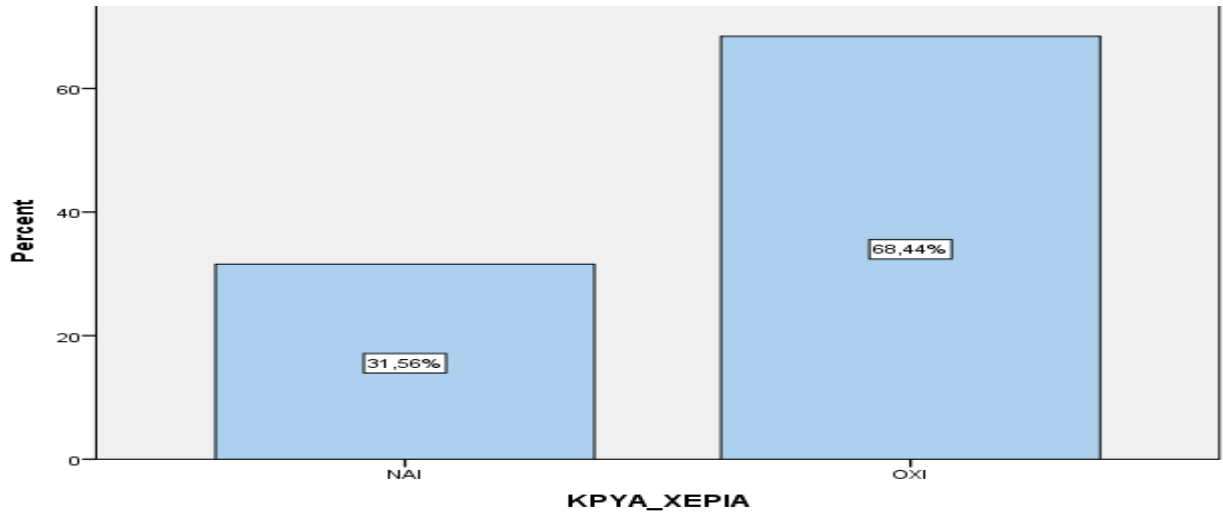
Ένα από τα συμπτώματα που εμφανίζεται στις γυναίκες που είναι στην προ εμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση είναι τα «κρύα χέρια» ακόμα και όταν αυτές έχουν έναν υγιέστατο οργανισμό. Πολύ μεγάλο ποσοστό 68,4% (n= 154) δεν το έχουν εμφανίσει, ενώ το 31,6% (n=71) αναφέρουν ότι το έχουν εμφανίσει (πίνακας 21, εικόνα 28).

Οι πονοκέφαλοι, ακόμα και σε ένα υγιέστατο οργανισμό, είναι συχνό σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης και εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού σε εκείνη την περίοδο της ζωής τους και αυτό δυσχεραίνει την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών στην εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με το δείγμα που συλλέχθηκε το 67,1% (n=151) δεν έχει εμφανίσει αυτό το σύμπτωμα ενώ το 32,9% (n=74) το εμφανίζει (πίνακας 22, εικόνα 29).

Πίνακας 21: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης κρύων χεριών

ΚΡΥΑ_ΧΕΡΙΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	71	31,6	31,6
	OXI	154	68,4	100,0
	Total	225	100,0	

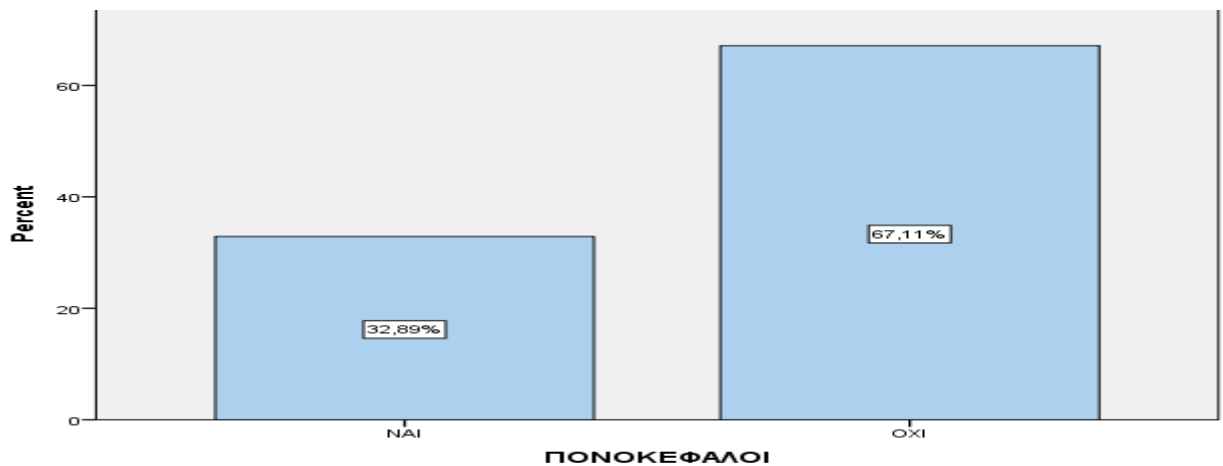
Εικόνα 28: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης κρύων χεριών



Πίνακας 22: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης πονοκεφάλων

ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	74	32,9	32,9
	OXI	151	67,1	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 29: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης πονοκεφάλων





Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι εξάψεις και το αίσθημα ζέστης με εφίδρωση ακόμα και της νυχτερινές ώρες, είναι από τα πιο συνήθη συμπτώματα που εμφανίζονται στις γυναίκες στην προ εμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση. Αυτό οφείλεται σε κάποιες ορμόνες που εκκρίνονται εκείνη την περίοδο στο σώμα της γυναίκας και σχετίζονται με αυτό. Με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 51,1% (n=115) των ερωτηθεισών γυναικών το έχει εμφανίσει αυτό το σύμπτωμα ενώ το 48,9% (n=110) δεν το έχει εμφανίσει (πίνακας 23, εικόνα 30).

Η κούραση και η κατάπτωση εμφανίζονται συχνά στη φάση της εμμηνόπαυσης και δυσχεραίνει την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών. Από τις απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ποσοστό 70,2% (n=158) ανέφεραν ότι υποφέρουν από αυτό το σύμπτωμα ενώ το 29,8% (n=67) απάντησε ότι δεν το έχει εμφανίσει (πίνακας 24, εικόνα 31).

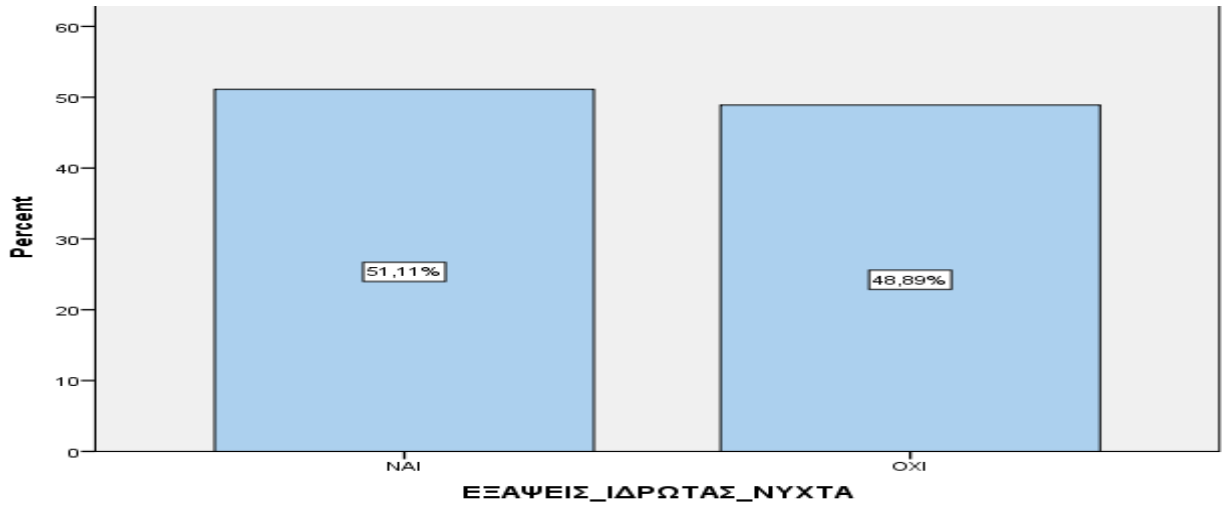
Το βασικό ερώτημα της ερευνητικής διαδικασίας ήταν η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπεριφοράς ή όχι στην περίοδο της προ εμμηνόπαυσης και της εμμηνόπαυσης. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι οι γυναίκες εκείνη την περίοδο της ζωής τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπεριφορά. Στην παρούσα έρευνα από την ανάλυση των δεδομένων, καταγράφηκε ότι το 54,7% (n=123) δεν έχουν αναπτύξει τέτοια συμπεριφορά ενώ το 45,3% (n=102) έχει αναπτύξει καταθλιπτική συμπεριφορά (πίνακας 25, εικόνα 32).

Ο πόνος στα ισχία και στην πλάτη εμφανίζεται συχνά ως σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης και ταλαιπωρεί τις γυναίκες δυσχεραίνοντας την ψυχολογική τους κατάσταση. Από το σύνολο των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα λίγο παραπάνω από τις μισές με ποσοστό 51,6% (n=116), απάντησαν ότι υποφέρουν από αυτό το σύμπτωμα ενώ το 48,4% (n=109) δεν το εμφανίζει αυτό το σύμπτωμα (πίνακας 26, εικόνα 33).

*Πίνακας 23: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης εξάψεων*

ΕΞΑΨΕΙΣ_ΙΔΡΩΤΑΣ_ΝΥΧΤΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	NAI	115	51,1	51,1
	OXI	110	48,9	100,0
	Total	225	100,0	

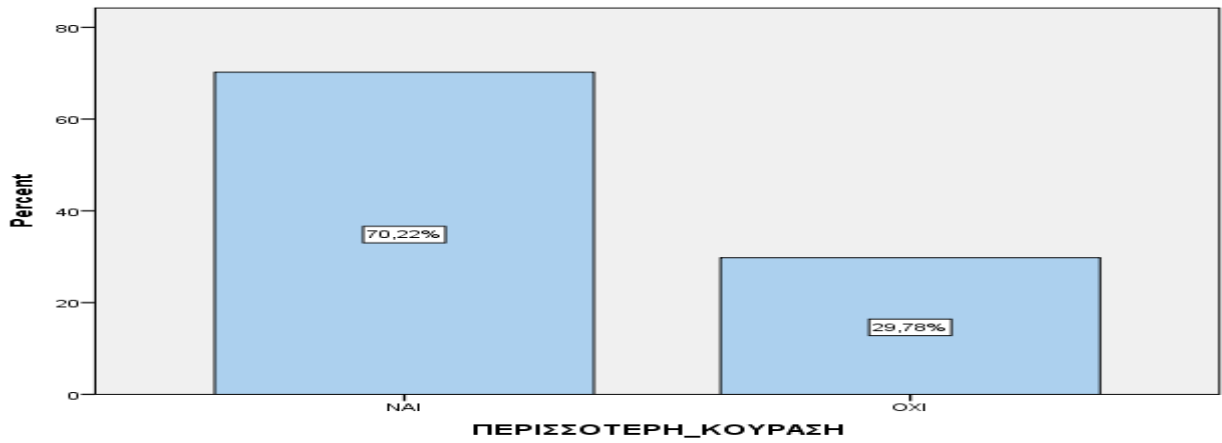
Εικόνα 30: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης εξάψεων



Πίνακας 24: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης κούρασης

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ_ΚΟΥΡΑΣΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	158	70,2	70,2
	ΟΧΙ	67	29,8	100,0
	Total	225	100,0	

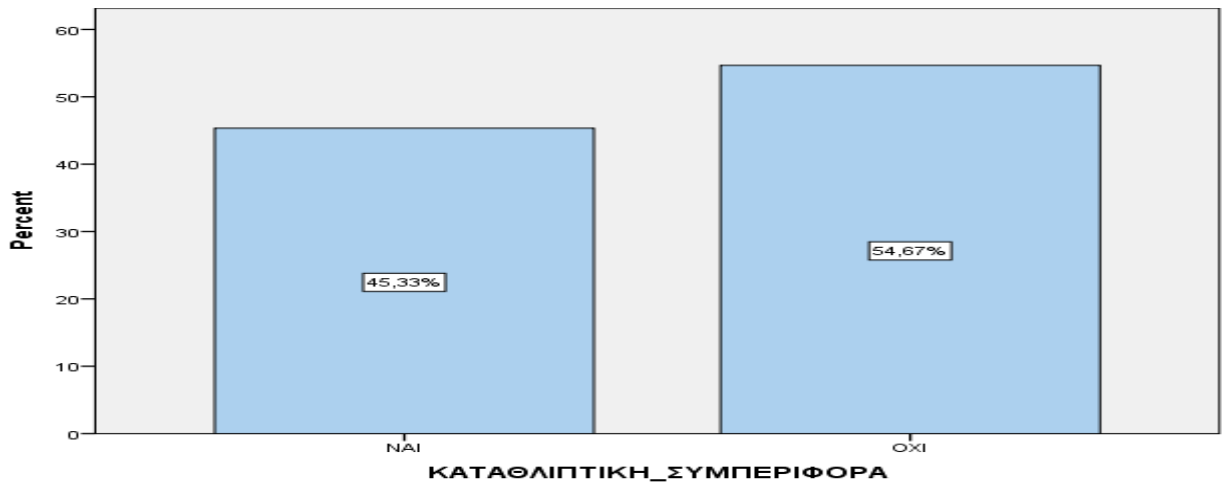
Εικόνα 31: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης κούρασης



Πίνακας 25: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ_ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	102	45,3	45,3
	ΟΧΙ	123	54,7	100,0
	Total	225	100,0	

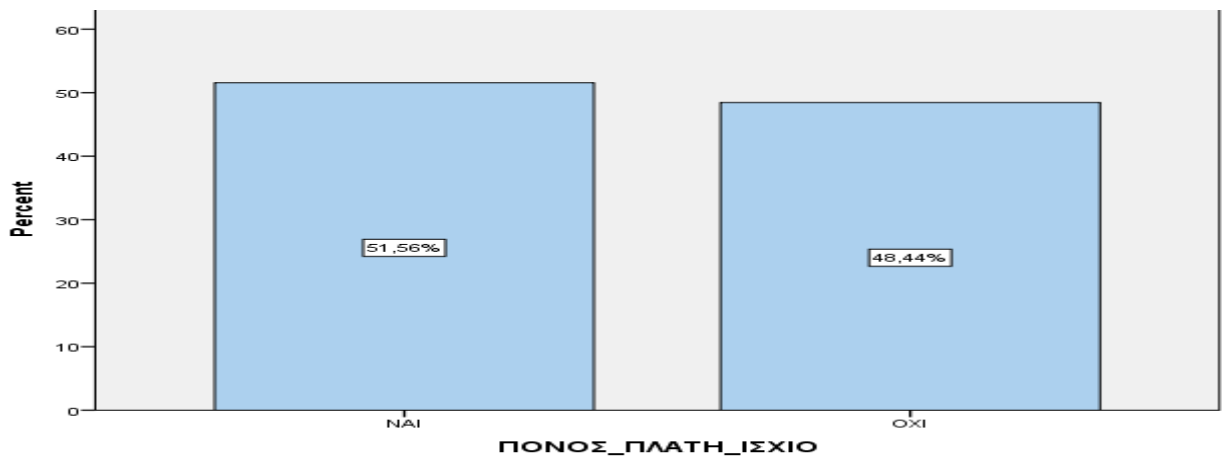
Εικόνα 32: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς



Πίνακας 26: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης πόνου στην πλάτη ή στα ισχία

ΠΟΝΟΣ ΠΛΑΤΗ ΙΣΧΙΟ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	116	51,6	51,6
	ΟΧΙ	109	48,4	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 33: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης πόνου στην πλάτη ή στα ισχία

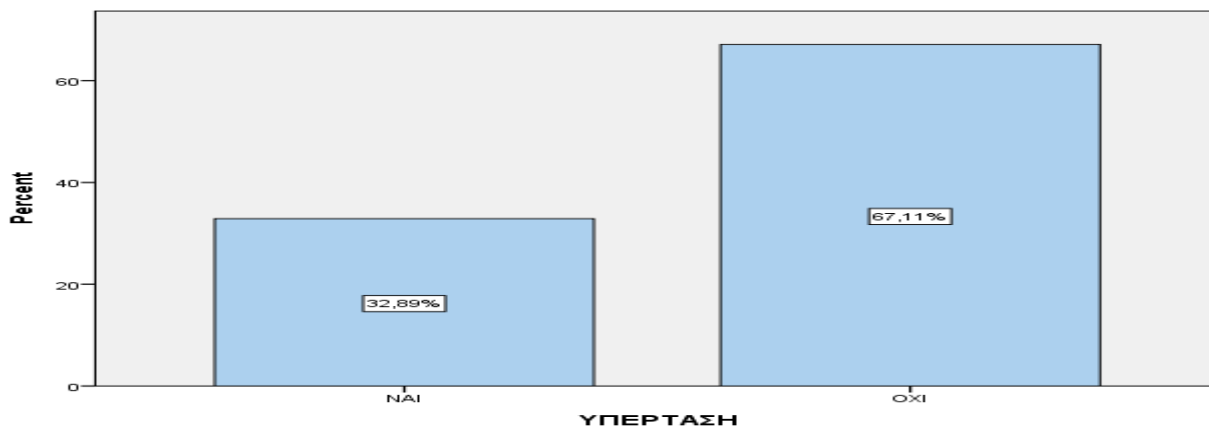


Η εμμηνόπαυση πολλές φορές μπορεί να συνδεθεί με την εμφάνιση άλλων προβλημάτων υγείας που πριν δεν υπήρχαν και που χρειάζονται προσοχή για να μην εξελιχθούν σε σοβαρά. Ένα από αυτά είναι η υπέρταση που θα μπορούσε να οδηγήσει σε καρδιακά νοσήματα αν δεν προληφθεί. Από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν ποσοστό 32,9% (n=74) καταγράφεται ότι εμφάνισε αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό που δεν το εμφανίζει με ποσοστό 67,1% (n=151) (πίνακας 27, εικόνα 34).

Πίνακας 27: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης υπέρτασης

ΥΠΕΡΤΑΣΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	74	32,9	32,9
OXI	151	67,1	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 34: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης υπέρτασης



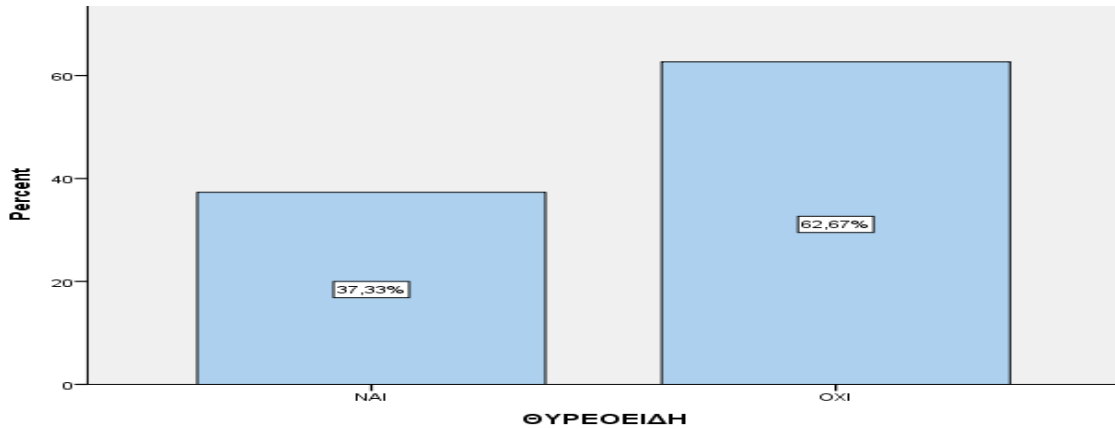
Η περίοδος της εμμηνόπαυσης επηρεάζει τον γυναικείο οργανισμό σε πάρα πολλούς τομείς. Πολλές φορές εμφανίζονται προβλήματα υγείας που πριν δεν υπήρχαν. Ένα από αυτά είναι και οι διαταραχές του θυρεοειδή. Το σύμπτωμα αυτό, έχει την ρίζα του στις ορμόνες της γυναίκας, που κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης «απορυθμίζονται» με αποτέλεσμα να επηρεάζεται όλο το σώμα της γυναίκας.

Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 37,3% (n=84), από το δείγμα των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, έχει εμφανίσει διαταραχές θυρεοειδή, ενώ το 62,7% (n=141), εκ των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν έχει εμφανίσει διαταραχές θυρεοειδή (πίνακας 28, εικόνα 35).

Πίνακας 28: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης διαταραχών θυρεοειδή

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	84	37,3	37,3
OXI	141	62,7	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 35: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης διαταραχών θυρεοειδή



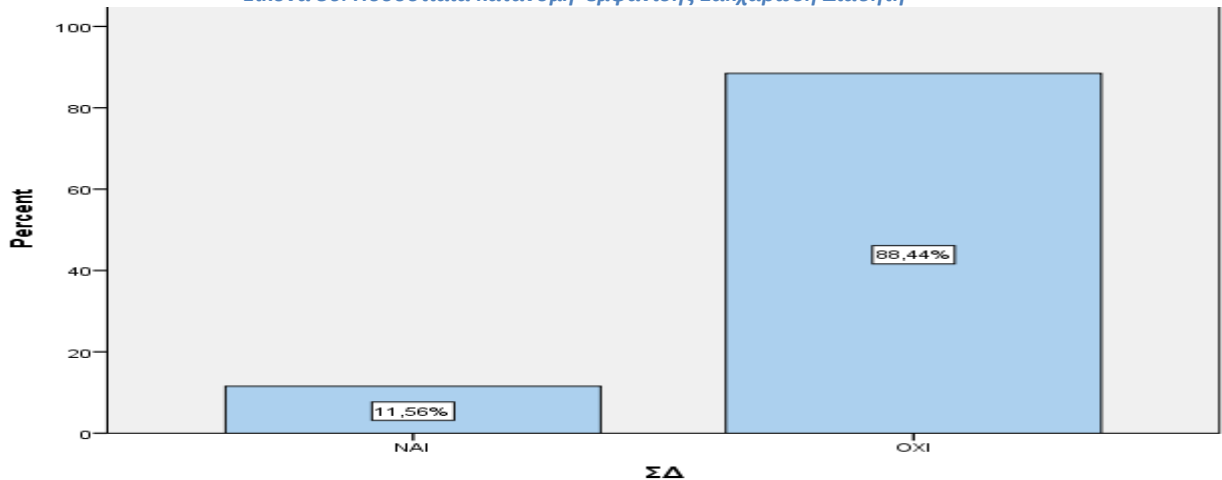
Η εμμηνόπαυση έρχεται με την πάροδο του χρόνου με αποτέλεσμα να συνοδεύεται και με κάποια άλλα προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα αυτό να είναι άκρως επιβαρυντικό για την ψυχολογία των γυναικών σε εκείνη την φάση της ζωής τους καθώς νιώθουν να γερνούν και αυτό είναι ένας παράγοντας που βοηθά στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Πιο αναλυτικά, στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε μόνο το 11,6% (n=26) των ερωτηθέντων γυναικών πάσχει από «σακχαρώδη διαβήτη» ενώ το 88,4% (n=199) δεν πάσχει από «διαβήτη» (πίνακας 29, εικόνα 36).

Πίνακας 29: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη

ΣΔ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	26	11,6	11,6
	ΟΧΙ	199	88,4	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 36: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη

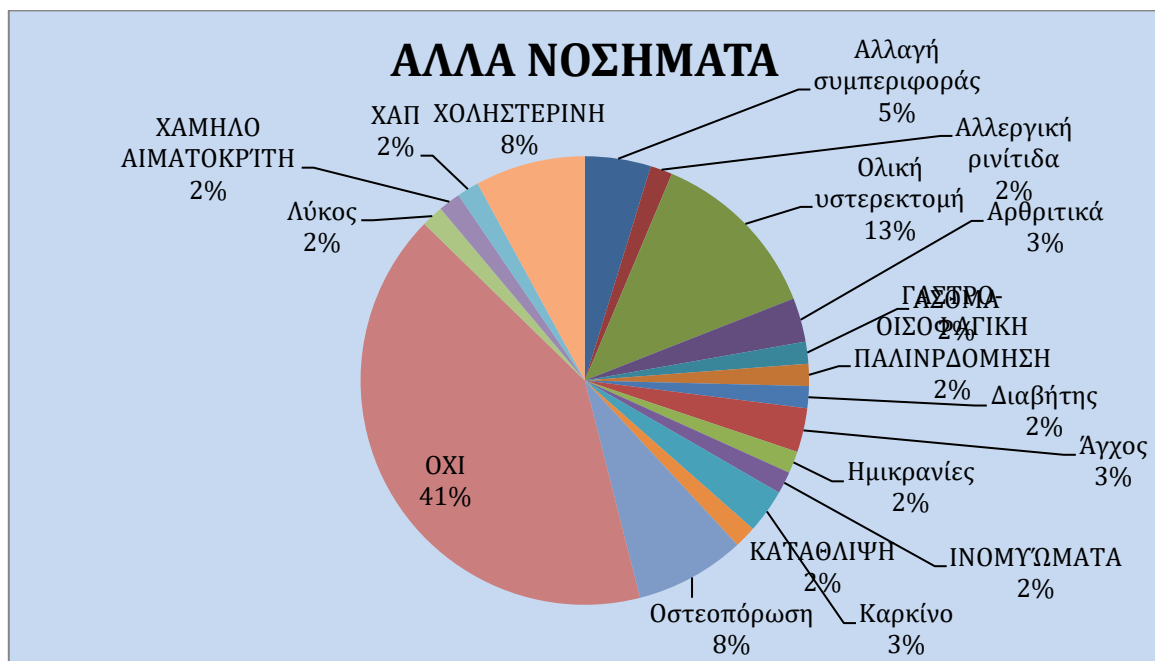


Στον πίνακα 30 που ακολουθεί αναφέρονται τα ποσοστά κάποιων άλλων ασθενειών από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα. Αυτό ο παράγοντας αποφασίστηκε να μελετηθεί για να διερευνηθεί αν «ευθύνεται» η εμμηνόπαυση για την εμφάνιση αυτών των ασθενειών (πίνακας 30, εικόνα 37).

Πίνακας 30: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης άλλων νοσημάτων

ΑΛΛΗ ΝΟΣΟ		
	Frequency	Valid Percent
Αλλαγή συμπεριφοράς	3	5
Αλλεργική ρινίτιδα	1	2
Ολική υστερεκτομή	8	13
Αρθρικά	2	3
Άσθμα	1	2
ΓΟΠ (Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)	1	2
Σακχαρώδης Διαβήτης	1	2
Άγχος	2	3
Ημικρανίες	1	2
Ινομώματα	1	2
Καρκίνο	2	3
Κατάθλιψη	1	2
Οστεοπόρωση	5	8
ΟΧΙ	26	41
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	1	2
Χαμηλός αιματοκρίτης	1	2
ΧΑΠ	1	2
Χοληστερίνη	5	8

Εικόνα 37: Ποσοστιαία κατανομή εμφάνισης άλλων νοσημάτων



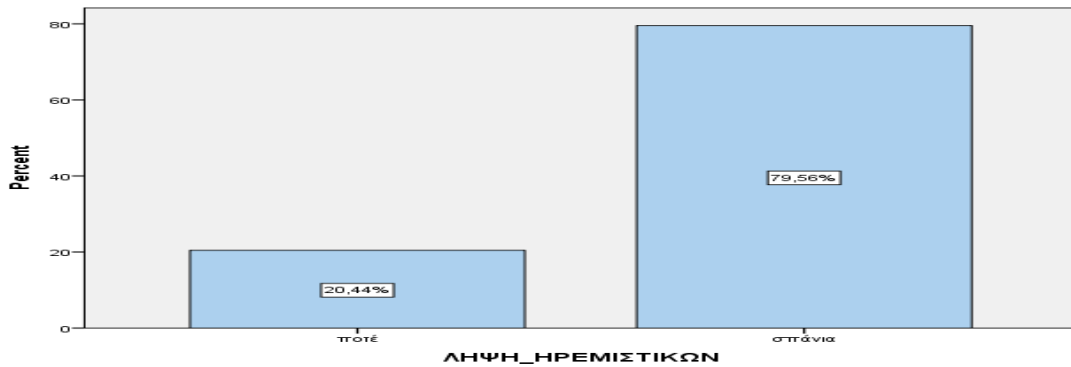
Στην συνέχεια τέθηκε σκόπιμο να εξεταστούν κάποιοι παράμετροι που σχετίζονται με τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, καθώς και κάποια άλλα στοιχεία που μπορεί να σχετίζονται με αυτά τα συμπτώματα σύμφωνα με την βιβλιογραφία.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφηκε από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών ότι για την καταπολέμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, ποσοστό 79,6% (n=179) απάντησε ότι έχει κάνει σπάνια χρήση ηρεμιστικών χαπιών, ενώ το 20,4% (n=46) απάντησε ότι δεν έχει κάνει ποτέ χρήση ηρεμιστικών χαπιών (πίνακας 31, εικόνα 38).

*Πίνακας 31: Ποσοστιαία κατανομή συχνότητας λήψης ηρεμιστικών χαπιών*

ΛΗΨΗ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ποτέ	46	20,4	20,4
	σπάνια	179	79,6	100,0
	Total	225	100,0	

*Εικόνα 38: Ποσοστιαία κατανομή συχνότητας λήψης ηρεμιστικών χαπιών*



Για την ανάγκη καλύτερης κατανόησης του θέματος κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθεί η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα καθώς από τη μελέτη της βιβλιογραφίας αυτό σχετίζεται αρκετές φορές με την καταθλιπτική συνδρομή.

Πιο αναλυτικά, το 42,2% (n=121) των γυναικών απάντησε ότι χρησιμοποιεί την μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας, το 32,1% (n=92) χρησιμοποιεί ως μέθοδο αντισύλληψης το προφυλακτικό, και το 16,4% (n=47) κάνουν λήψη αντισυλληπτικών χαπιών.

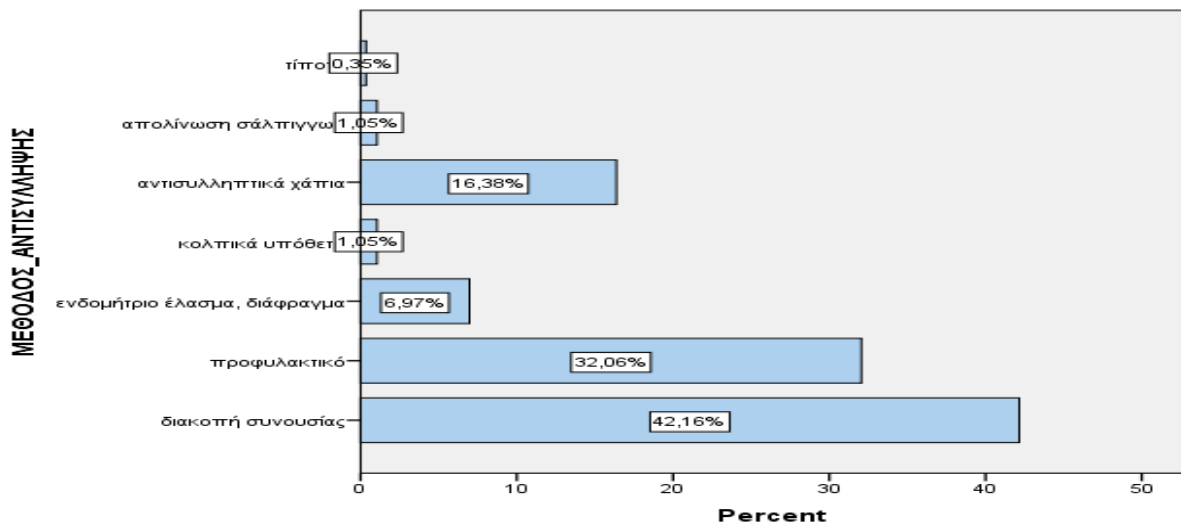
Το 8% των ερωτηθέντων γυναικών έχει προχωρήσει σε κάποια χειρουργική μέθοδος αντισύλληψης. Πιο συγκεκριμένα, το 7% (n=20) έχει «βάλει» ενδομήτριο έλασμα ή αλλιώς διάφραγμα, ενώ το 1% (n=3) έχει προχωρήσει σε απολίνωση σαλπίνγων (χειρουργική

στείρωση για τις γυναίκες). Επιπρόσθετα, ακόμα 1% (n=3) των γυναικών που ερωτήθηκαν χρησιμοποιεί κολπικά υπόθετα με σκοπό την καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων. Τέλος, το 0,3% (n=1) δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης (πίνακας 32, εικόνα 39).

Πίνακας 32: Ποσοστιαία καταγραφή μεθόδων αντισύλληψης

ΜΕΘΟΔΟΣ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
διακοπή συνουσίας	121	42,2	42,2
Προφυλακτικό	92	32,1	74,2
ενδομήτριο έλασμα, διάφραγμα	20	7,0	81,2
κολπικά υπόθετα	3	1,0	82,2
αντισυλληπτικά χάπια	47	16,4	98,6
απολίνωση σαλπίνγων	3	1,0	99,7
Τίποτα	1	,3	100,0
Total	287	100,0	

Εικόνα 39: Ποσοστιαία καταγραφή μεθόδων αντισύλληψης



Ο παρακάτω πίνακας 33 που ακολουθεί καταγράφει την διάρκεια του κύκλου των γυναικών, καθώς η διάρκεια του μας δείχνει την λειτουργία των ορμονών πριν την εμμηνόπαυση. Το 41,8% (n=94) αναφέρει ότι ο κύκλος τους είχε διάρκεια μικρότερη από 28 ημέρες, το 39,6% (n=89) αναφέρει ότι ο κύκλος τους είχε διάρκεια ακριβώς 28 ημέρες ενώ τέλος το 18,7% (n=42) αναφέρει ότι ο κύκλος τους είχε διάρκεια μεγαλύτερη από 28 ημέρες (πίνακας 33, εικόνα 40).

Ο πίνακας 34 καταγράφει την διάρκεια της περιόδου των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι ημέρες, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα κατά μέσο όρο ήταν 5,44 ημέρες

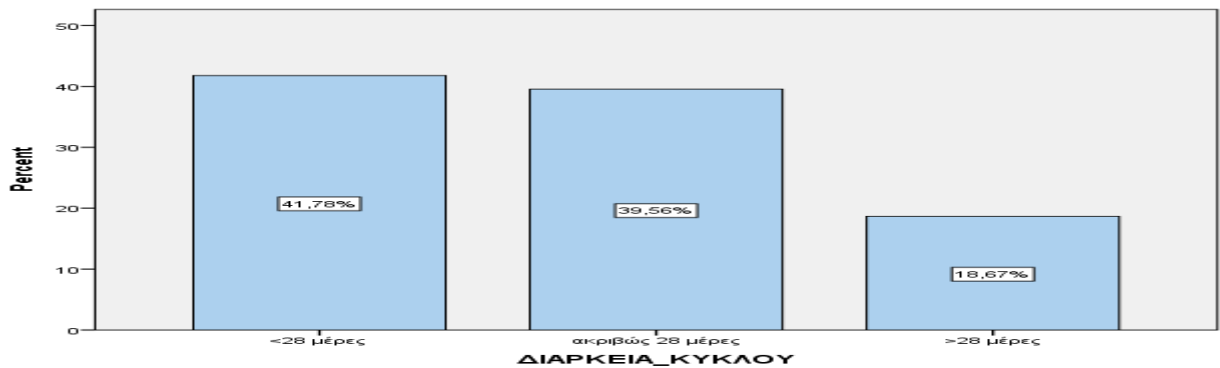


( $TA=\pm 1,401$ ). Η μικρότερη διάρκεια σε ημέρες που καταγράφηκε ήταν 2 ημέρες ενώ η μεγαλύτερη 12 ημέρες (πίνακας 34, εικόνα 41).

Πίνακας 33: Διάρκεια κύκλου

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΚΛΟΥ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
<28 μέρες	94	41,8	41,8
ακριβώς 28 μέρες	89	39,6	81,3
>28 μέρες	42	18,7	100,0
Total	225	100,0	

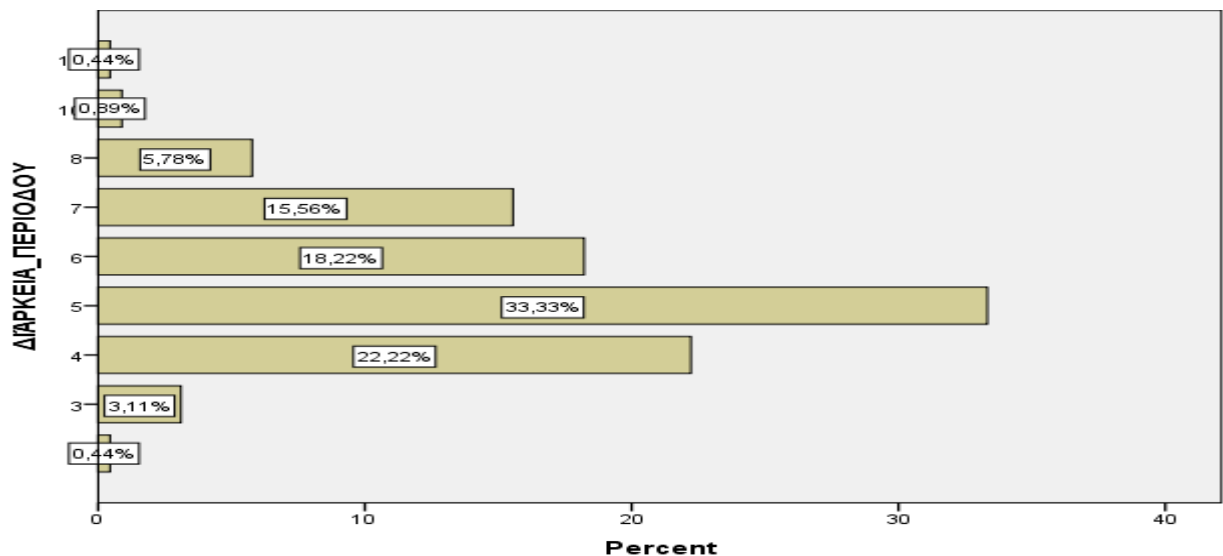
Εικόνα 40: Διάρκεια κύκλου



Πίνακας 34: Καταγραφή τιμών διάρκειας κύκλου

ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΕΡΙΟΔΟΥ	
N	225
Mean	5,44
Std. Deviation	1,401
Minimum	2
Maximum	12

Εικόνα 41: Καταγραφή τιμών διάρκειας κύκλου

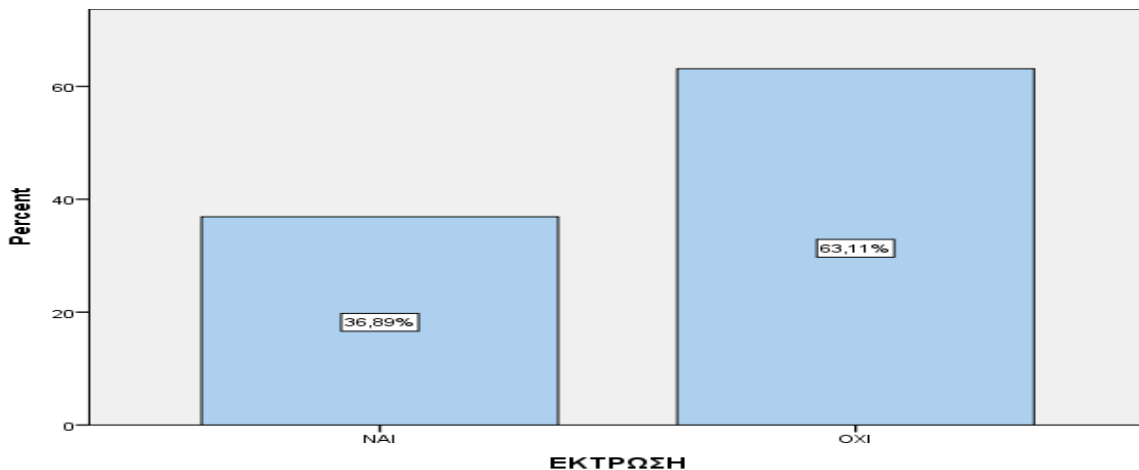


Εν συνεχεία οι γυναίκες που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν προβεί ποτέ στην διαδικασία μίας έκτρωσης, καθώς μία τέτοια χειρουργική επέμβαση επηρεάζει όλο το αναπαραγωγικό σύστημα μιας γυναίκας αλλά μπορεί να προκαλέσει και πρόωρη εμμηνόπαυση σε μία γυναίκα. Συγκεκριμένα, το 36,9% (n=83) έχει προβεί στη διακοπή κάποιας κύησης ενώ το 63,1% (n=142) δεν έχει προβεί ποτέ στη διαδικασία έκτρωσης (πίνακας 35, εικόνα 42).

*Πίνακας 35: Ποσοστιαία κατανομή εκτρώσεων*

ΕΚΤΡΩΣΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΝΑΙ	83	36,9	36,9
	ΟΧΙ	142	63,1	100,0
	Total	225	100,0	

*Εικόνα 42: Ποσοστιαία κατανομή εκτρώσεων*



Στην παρακάτω ενότητα αναλύονται τα ερευνητικά δεδομένα των απαντήσεων, των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, στην κλίμακα της ευερεθιστότητας με σκοπό την μελέτη των ψυχολογικών προεκτάσεων της εμμηνόπαυσης. Η κλίμακα της ευερεθιστότητας με κάθε ερώτηση να βαθμολογείται 0-3 και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας να κυμαίνεται 0-12. Για την πιο σωστή μελέτη του θέματος αποφασίστηκε να η κλίμακα της ευερεθιστότητας να χωριστεί σε 2 υποκλίμακες, της εσωτερικής ευερεθιστότητας και της εξωτερικής ευερεθιστότητας.

Η ευερεθιστότητα είναι μια προσωρινή συναισθηματική κατάσταση και η εξωτερική εκφράζεται στους γύρω ενώ η εσωτερική στρέφεται προς το ίδιο το άτομο.

Πίνακας 36: Μέση τιμή ερωτημάτων στην κλίμακα της ευερεθιστότητας

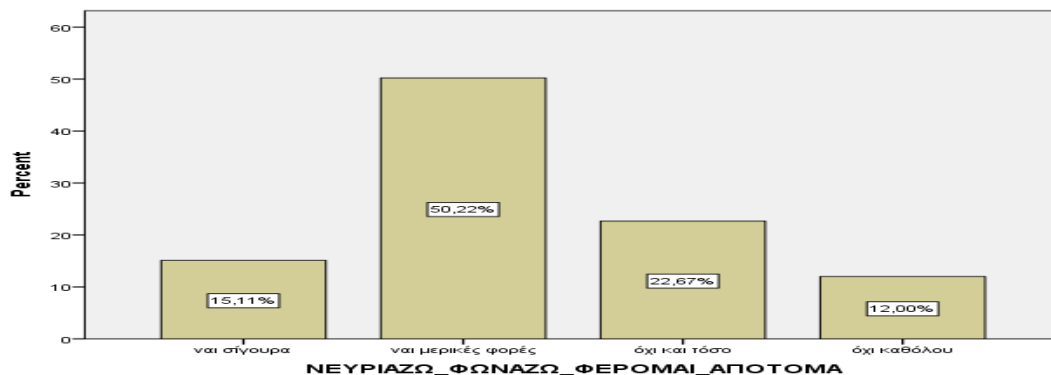
Κλίμακα Ευερεθιστότητας	Mean
Νευριάζω και φωνάζω ή φέρομαι απότομα στους άλλους	2,32
Είμαι υπομονετικός/ή με τους άλλους ανθρώπους	2,18
Νιώθω ότι θα μπορούσα να χάσω τον έλεγχο και να χτυπήσω ή να τραυματίσω κάποιον	3,43
Οι άνθρωποι με ταράζουν τόσο πολύ, που μου έρχεται η επιθυμία να κοπανάω τις πόρτες, ή να σπάω πράγματα	3,32
Νιώθω ότι θέλω να βλάψω τον εαυτό μου	3,65
Θυμώνω με τον εαυτό μου	2,39
Μου έρχεται η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου	3,52
Τελευταία εκνευρίζομαι με τον εαυτό μου	3,11

Η πρώτη ερώτηση της υποκλίμακας της ευερεθιστότητας, που κλήθηκαν οι συμμετέχουσες στην έρευνα να απαντήσουν ήταν, «Νευριάζω και φωνάζω ή φέρομαι απότομα στους άλλους». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 50,2% (n=113) απάντησαν ότι «ναι μερικές φορές», νευριάζουν και φωνάζουν ή φέρονται απότομα στους άλλους, το 22,7% (n=51) απάντησε «όχι και τόσο», το 15,1% (n=34) απάντησε «ναι σίγουρα», ενώ τέλος το 12% (n=27) απάντησε «όχι καθόλου». Ποσοστό δηλαδή 65,3% απάντησε θετικά. (πίνακας 37, εικόνα 43)

Πίνακας 37: Νευριάζω, φωνάζω, φέρομαι απότομα

ΝΕΥΡΙΑΖΩ_ΦΩΝΑΖΩ_ΦΕΡΟΜΑΙ_ΑΠΟΤΟΜΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ναι σίγουρα	34	15,1	15,1
ναι μερικές φορές	113	50,2	65,3
όχι και τόσο	51	22,7	88,0
όχι καθόλου	27	12,0	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 43: Νευριάζω, φωνάζω, φέρομαι απότομα

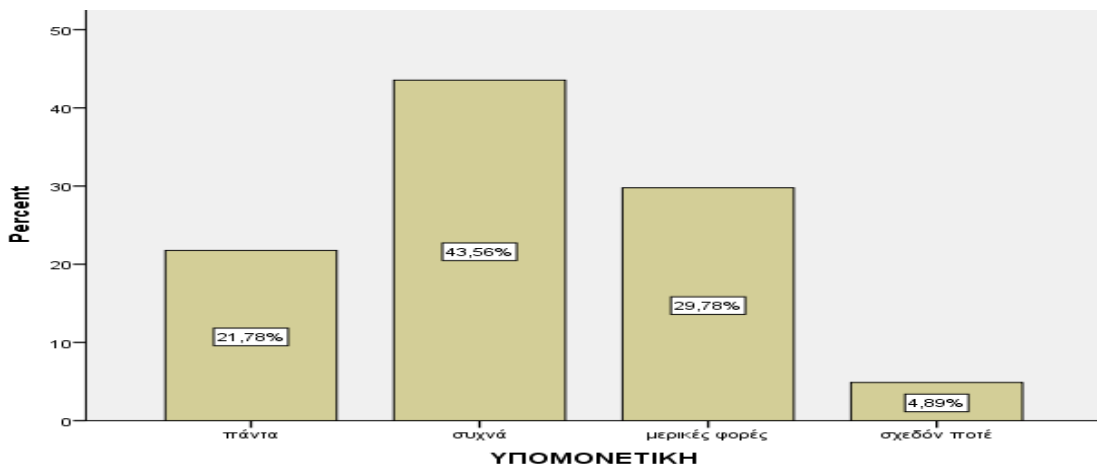


Ο πίνακας 38, παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας στην 2<sup>η</sup> ερώτηση της κλίμακας ευερεθιστότητας «πόσο υπομονετική είσαι με τους άλλους ανθρώπους». Η έλλειψη υπομονής είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ευερεθιστικότητας και σύμπτωμα καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Το 43,6% (n=98) απάντησε ότι είναι «συχνά» υπομονετική, το 29,8% (n=67) απάντησε ότι είναι «μερικές φορές, το 21,8% (n=49) απάντησε ότι είναι «πάντα» υπομονετική, ενώ μόλις το 4,9% (n=11) απάντησε ότι δεν είναι «σχεδόν ποτέ» υπομονετική με τους άλλους (πίνακας 38, εικόνα 44).

Πίνακας 38: Υπομονετική

ΥΠΟΜΟΝΕΤΙΚΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάντα	49	21,8	21,8
Συχνά	98	43,6	65,3
μερικές φορές	67	29,8	95,1
σχεδόν ποτέ	11	4,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 44: Υπομονετική



Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας στην κλίμακας της ευερεθιστικότητας και σε ποιο σημείο μπορεί να φτάσει το άτομο που εμφανίζει την συγκεκριμένη συμπτωματολογία την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Μπορεί νιώσει το άτομο ότι θα μπορούσε να χάσει τον έλεγχο; Και αν ναι, μπορεί να φτάσει στο σημείο να χτυπήσει ή να τραυματίσει κάποιον;

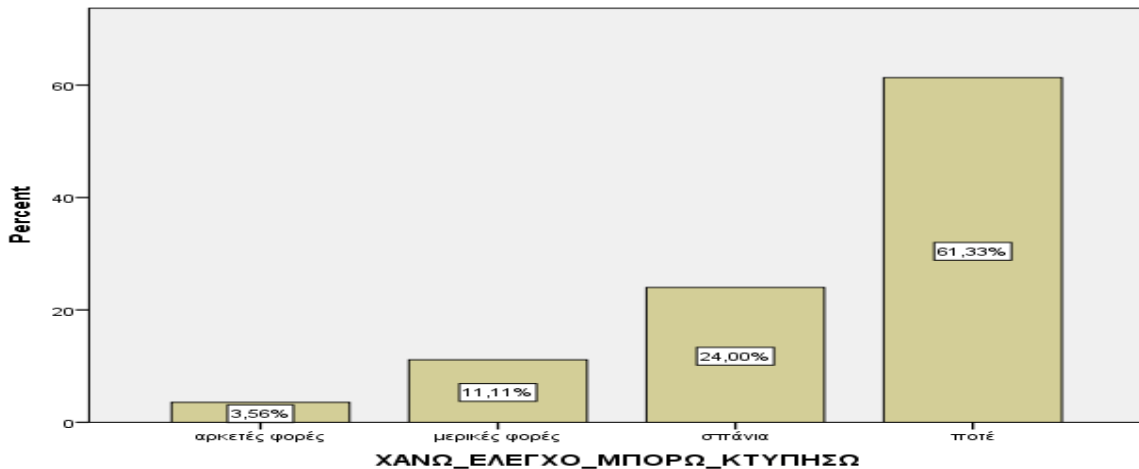
Οι απαντήσεις που δόθηκαν στα παραπάνω ερωτήματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 39. Πιο αναλυτικά, 61,3% (n=138) απάντησε ότι δεν χάνει «ποτέ» τον έλεγχο, ούτε έχει φτάσει σε σημείο να τραυματίσει κάποιον. Το 24% (n=54) απάντησε ότι «σπάνια» χάνει

τον έλεγχο. Το 11,1% (n=25) απάντησε ότι «μερικές φορές» χάνει τον έλεγχο, ενώ τέλος το 3,6% (n=8) απάντησε ότι «αρκετές φορές» χάνει τον έλεγχο (πίνακας 39, εικόνα 45).

Πίνακας 39: Χάνω τον έλεγχο

ΧΑΝΩ_ΕΛΕΓΧΟ_ΜΠΟΡΩ_ΚΤΥΠΗΣΩ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
αρκετές φορές	8	3,6	3,6
μερικές φορές	25	11,1	14,7
σπάνια	54	24,0	38,7
ποτέ	138	61,3	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 45: Χάνω τον έλεγχο



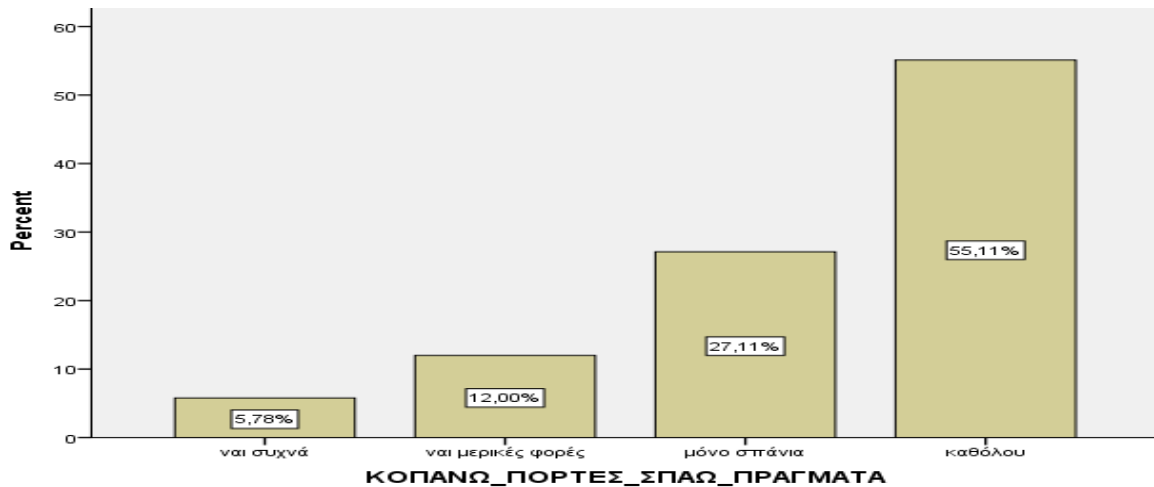
Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας στην κλίμακας της ευερεθιστικότητας και σε ποιο σημείο μπορεί να φτάσει το άτομο που εμφανίζει την συγκεκριμένη συμπτωματολογία την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Μπορεί νιώσει το άτομο εκνευρισμό σε τέτοιο σημείο ώστε να του γεννηθεί η επιθυμία να κοπανήσει τις πόρτες, ή να σπάσει πράγματα;

Το 55,1% (n=124) απάντησε ότι δεν τους έχει συμβεί τέτοιο ξέσπασμα ευερεθιστότητας, το 27,1% (n=61) απάντησε ότι «σπάνια» τους έχει συμβεί τέτοιο ξέσπασμα ευερεθιστότητας, το 12% (n=27) απάντησε ότι «μερικές φορές» τους έχει συμβεί τέτοιο ξέσπασμα ευερεθιστότητας, ενώ τέλος μόνο το 5,8% (n=13) απάντησε ότι «συχνά» τους συμβαίνει τέτοιο ξέσπασμα ευερεθιστότητας (πίνακας 40, εικόνα 46).

Πίνακας 40: Σπάω πράγματα

ΚΟΠΑΝΩ ΠΟΡΤΕΣ ΣΠΑΩ ΠΡΑΓΜΑΤΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ναι συχνά	13	5,8	5,8
ναι μερικές φορές	27	12,0	17,8
μόνο σπάνια	61	27,1	44,9
Καθόλου	124	55,1	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 46: Σπάω πράγματα



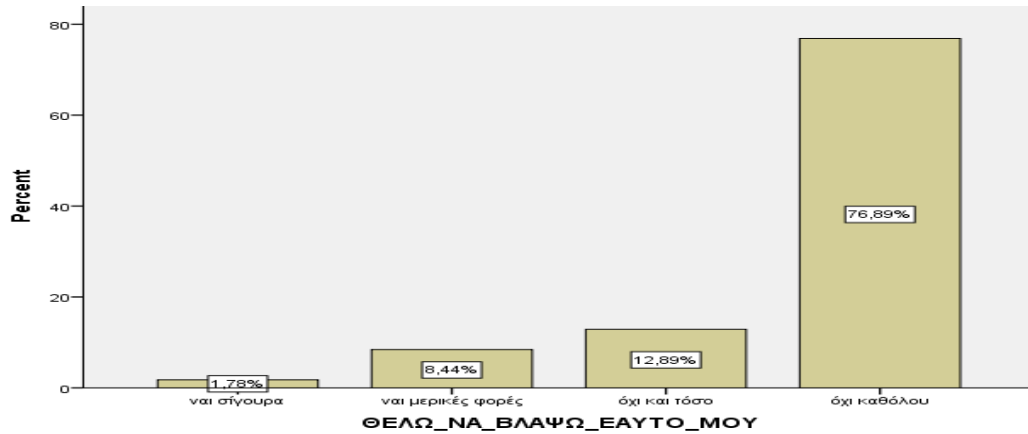
Στους παρακάτω πίνακες θα αναλυθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία στην κλίμακα της εσωτερικής ευερεθιστικότητας και πόσο επηρεάζει το άτομο σε εσωτερικό επίπεδο.

Ο παρακάτω πίνακας αναλύει το αίσθημα, που έχουν οι γυναίκες την περίοδο της εμμηνόπαυσης, να βλάψουν τον εαυτό τους, το οποίο είναι δείγμα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα λοιπόν με τα ερευνητικά δεδομένα το 76,9% (n=173) δεν έχει νιώσει το συγκεκριμένο αίσθημα για να βλάψει τον εαυτό τους. Το 12,9% (n=29) δεν το έχει νιώσει πολύ αυτό το αίσθημα. Το 8,4% (n=19) έχει νιώσει αυτό το αίσθημα μερικές φορές και τέλος το 1,8% (n=4) έχει σίγουρα νιώσει αυτό το αίσθημα (πίνακας 41, εικόνα 47).

Πίνακας 41: Θέλω να θλάψω τον εαυτό μου

ΘΕΛΩ ΝΑ ΒΛΑΨΩ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ναι σίγουρα	4	1,8	1,8
ναι μερικές φορές	19	8,4	10,2
όχι και τόσο	29	12,9	23,1
όχι καθόλου	173	76,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 47: Θέλω να βλάψω τον εαυτό μου

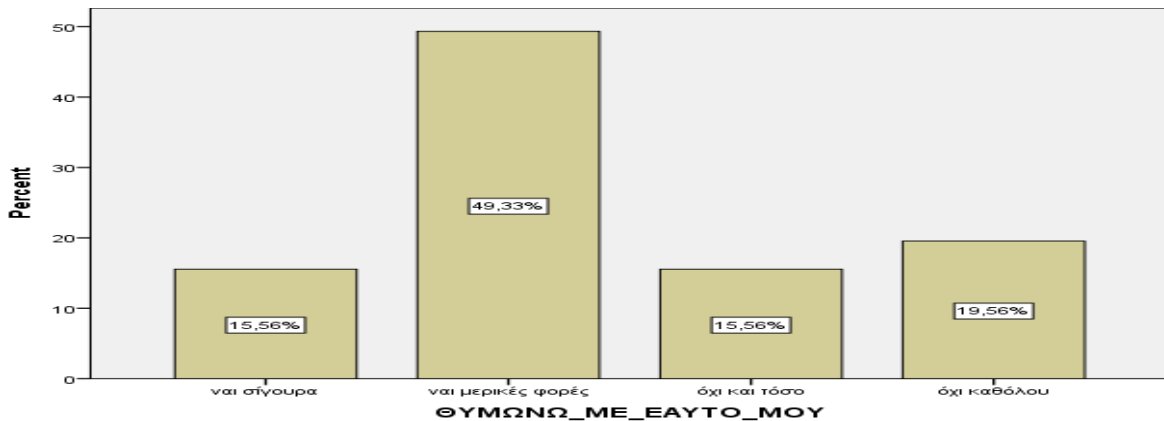


Στην συνέχεια αναλύεται το αίσθημα θυμού προς τον εαυτό τους που νιώθουν οι γυναίκες την περίοδο της εμμηνόπαυσης, καθώς και η εμμηνόπαυση αλλά και το αίσθημα ότι γερνούν έχει άσχημο αντίκτυπο στην ψυχολογία τους. Το 49,3% (n=111) των γυναικών που ερωτήθηκαν στα πλαίσια της έρευνας, νιώθει μερικές φορές θυμό για τον εαυτό της. Το 19,6% (n=44) δεν νιώθει θυμό απέναντι στον εαυτό της, ενώ στο 15,6%(n=35) βρίσκονται οι γυναίκες που απάντησαν ότι νιώθουν κάποιες φορές θυμό με τον εαυτό τους και οι γυναίκες που απάντησαν ότι νιώθουν σίγουρα αυτό το συναίσθημα (πίνακας 42, εικόνα 48).

Πίνακας 42: Θυμώνω με τον εαυτό μου

ΘΥΜΩΝΩ ΜΕ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ναι σίγουρα	35	15,6	15,6
ναι μερικές φορές	111	49,3	64,9
όχι και τόσο	35	15,6	80,4
όχι καθόλου	44	19,6	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 48: Θυμώνω με τον εαυτό μου

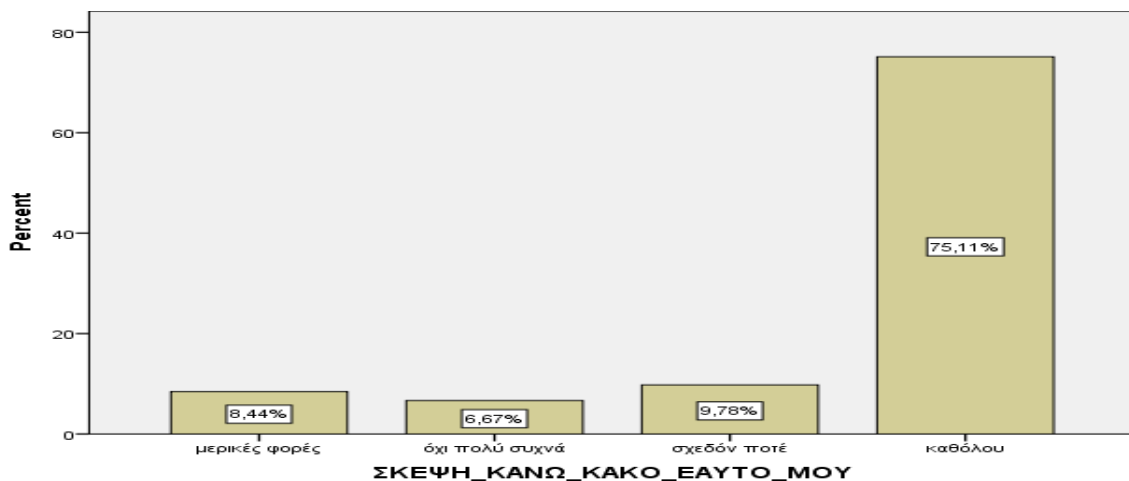


Στον παρακάτω πίνακα αναλύεται το αίσθημα που μπορεί να έχει μία γυναίκα την περίοδο της εμμηνόπαυσης για να βλάψει τον εαυτό της. Αυτό το αίσθημα είναι κατ' εξοχήν ένδειξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα που διεξήχθη το 75,1% (n=169) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν έχει θελήσει ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό τους. Το 9,8% (n=22) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν έχει θελήσει σχεδόν ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό τους. Το 8,4% (n=19) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, σκέφτεται μερικές φορές να κάνει κακό στον εαυτό τους. Το 6,7% (n=15) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν σκέφτεται συχνά να κάνει κακό στον εαυτό τους (πίνακας 43, εικόνα 49).

*Πίνακας 43: Σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου*

ΣΚΕΨΗ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
μερικές φορές	19	8,4	8,4
όχι πολύ συχνά	15	6,7	15,1
σχεδόν ποτέ	22	9,8	24,9
καθόλου	169	75,1	100,0
<b>Total</b>	225		

*Εικόνα 49: Σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου*



Τέλος στην τελευταία ερώτηση στην κλίμακα της ευερεθιστικότητας οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν κατά πόσο τον τελευταίο καιρό (από την στιγμή που «μπήκαν» στην εμμηνόπαυση) «εκνευρίζονται με τον εαυτό τους». Πιο συγκεκριμένα, το 45,3% (n=102) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, απάντησαν ότι δεν «εκνευρίζονται πολύ» με τον εαυτό τους. Το 35,6% (n=80)

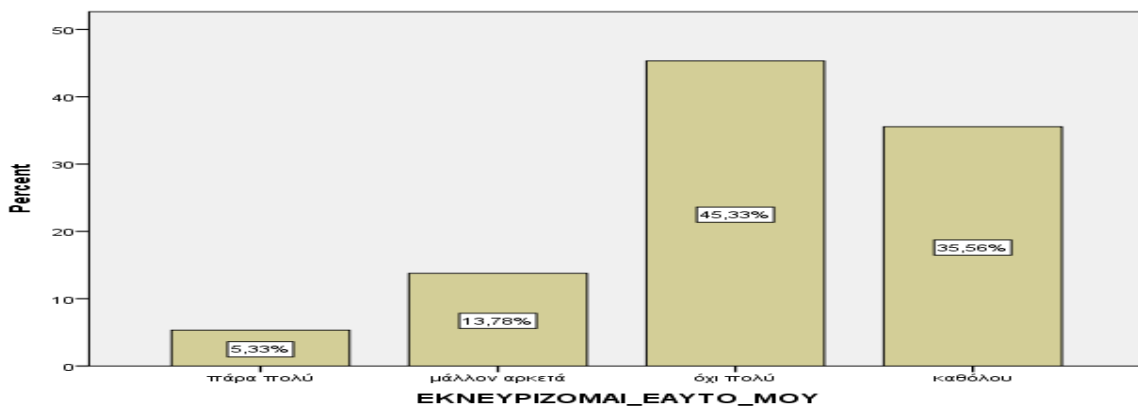


απάντησαν ότι δεν «εκνευρίζονται καθόλου» με τον εαυτό τους. Το 13,8% (n=31) απάντησαν ότι εκνευρίζονται «μάλλον αρκετά» με τον εαυτό τους και τέλος το 5,3% (n=12) απάντησαν ότι εκνευρίζονται «πάρα πολύ» με τον εαυτό τους.

Πίνακας 44: Εκνευρίζομαι

ΕΚΝΕΥΡΙΖΟΜΑΙ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
πάρα πολύ	12	5,3	5,3
μάλλον αρκετά	31	13,8	19,1
όχι πολύ	102	45,3	64,4
καθόλου	80	35,6	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 50: Εκνευρίζομαι



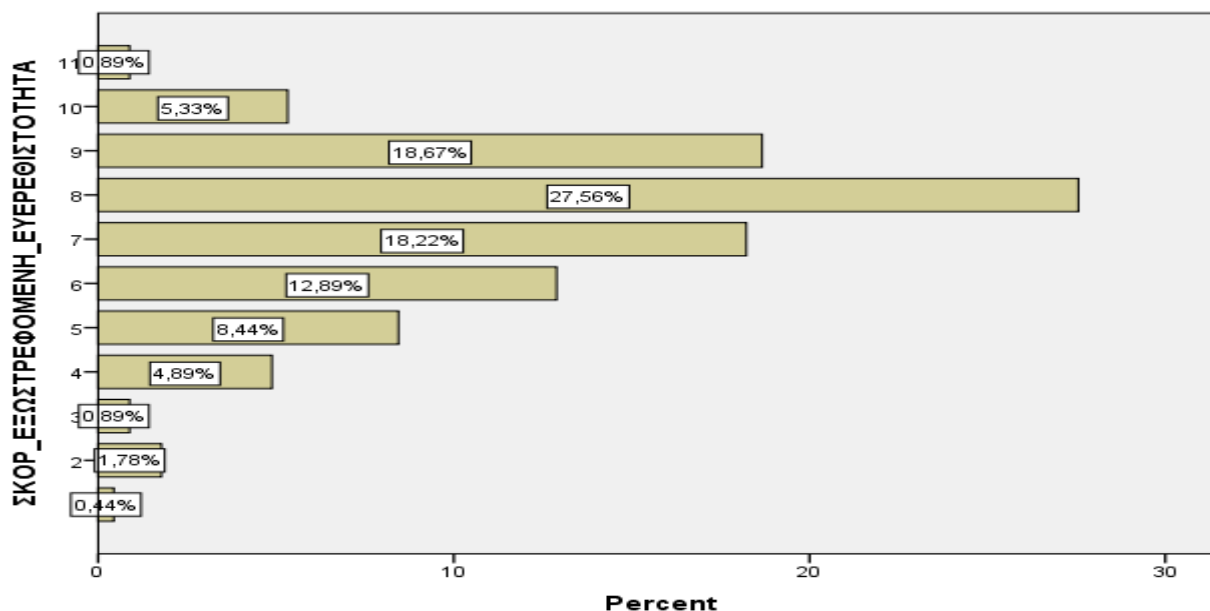
Στην κλίμακα IDA, αφού καταγραφούν οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις που μελετούν την εσωστρεφόμενη και εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητας, υπολογίζεται το «σκορ» της κάθε ευερεθιστότητας. Το «σκορ» βαθμολογείται από 0-12 και αναλόγως πόσο έχει υπολογιστεί θεωρούμε εάν έχουμε ήπιας, μέτριας ή βαριάς μορφής ευερεθιστότητα.

Στον παρακάτω πίνακα έχει υπολογιστεί το «σκορ» της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 7,24 με απόκλιση  $\pm 1,819$ . Αυτό σημαίνει ότι έχουμε μέτριας μορφής εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (πίνακας 45, εικόνα 51).

Πίνακας 45: Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα

ΣΚΟΡ ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	
N	225
Mean	7,24
Std. Deviation	1,819

Εικόνα 51: Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα

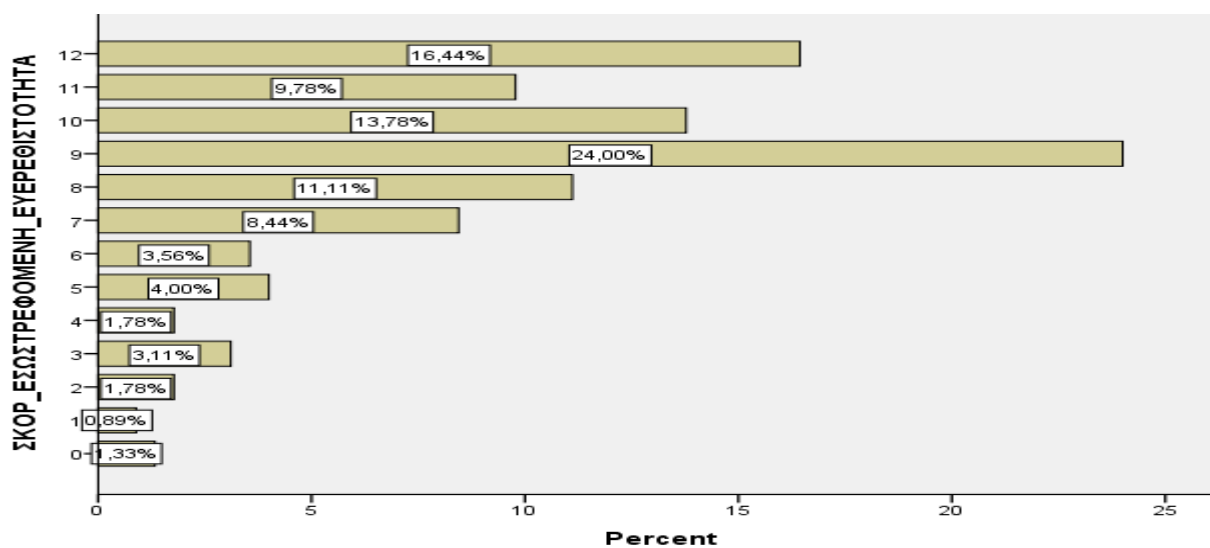


Στον παρακάτω πίνακα έχει υπολογιστεί και έχει καταγραφεί το «σκορ» της εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 8,69 με απόκλιση  $\pm 2,727$ . Αυτό σημαίνει ότι έχουμε μέτριας μορφής εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (πίνακας 46, εικόνα 52).

Πίνακας 46: Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα

ΣΚΟΡ_ΕΣΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	
N	225
Mean	8,69
Std. Deviation	2,727

Εικόνα 52: Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα



Στην συνέχεια έγινε προσπάθεια να αναλυθούν με ένα σύστημα αυτό- αξιολόγησης η κατάθλιψη και το άγχος που νιώθουν οι γυναίκες στην προ εμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση.

Η κλίμακα βαθμολόγησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η «κλίμακα Zung». Η κλίμακα Zung, είναι αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που μετράει την κατάθλιψη, η κλίμακα αυτή είναι αποτελούμενη από 20 ερωτήματα από τα οποία τα 10 είναι αρνητικά και τα άλλα 10 θετικά. Το σκορ κυμαίνεται από 25-100 και για σκορ 25-49 είναι φυσιολογικές, για σκορ 50-59 έχουμε ήπια μορφή κατάθλιψη, για σκορ 60-69 έχουμε μέτρια μορφή κατάθλιψη και για σκορ >70 έχουμε σοβαρή καταθλιπτική συνδρομή.

Στον πίνακα 47 βλέπουμε τις ερωτήσεις που τέθηκαν στις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα και των μέσων όρων που έβγαλαν οι απαντήσεις και βάσει αυτών θα υπολογιστεί το «σκορ» της κατάθλιψης. Παρακάτω θα αναλυθούν αναλυτικά οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις που ελήφθησαν αλλά και η ανάλυση των ποσοστών των απαντήσεων.

*Πίνακας 47: Κλίμακα αξιολόγησης κατάθλιψης*

Κλίμακα Αυτό-αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung μέσες τιμές	mean
Αισθάνομαι αποθαρρημένη και στεναχωρημένη	2,1
Το πρωί αισθάνομαι καλύτερα	2,93
Κλαίω ή αισθάνομαι ότι θα κλάψω	2,01
Τη νύχτα έχω αϋπνίες	2,01
Η όρεξή μου για φαγητό είναι η ίδια. Τρώω όσο και παλαιότερα.	3,0
Απολαμβάνω το sex	2,18
Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1,40
Έχω πρόβλημα δυσκοιλιότητας	1,83
Η καρδιά μου κτυπά γρηγορότερα από το συνηθισμένο	1,87
Αισθάνομαι κόπωση χωρίς λόγο	2,23
Το μυαλό μου είναι τόσο ξάστερο, όσο και παλαιότερα	2,70
Κάνω εύκολα τα πράγματα που έκανα και παλαιότερα	2,5
Είμαι ανήσυχη και δεν μπορώ να κάτσω ήσυχα	2,2
Αισθάνομαι αισιόδοξα για το μέλλον	2,68
Είμαι πιο οξύθυμη από συνήθως	2,09
Μου είναι εύκολο να λαμβάνω αποφάσεις, στα καθημερινά θέματα	3,07

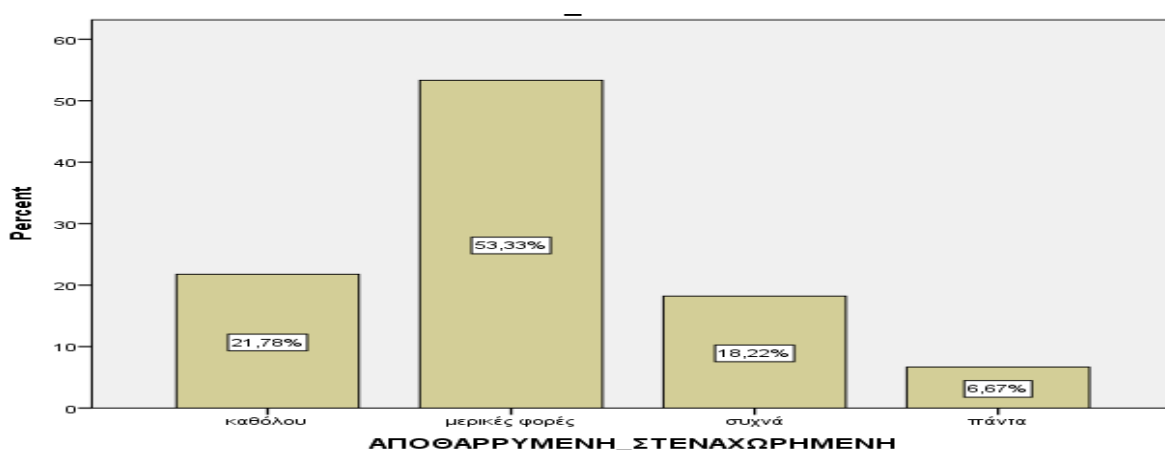
Αισθάνομαι χρήσιμη και αναγκαία για τους άλλους	3,43
Αισθάνομαι ότι η ζωή μου είναι αρκετά ικανοποιητική	2,93
Αισθάνομαι ότι οι άλλοι θα ήταν καλύτερα, εάν είχα πεθάνει	1,22
Απολαμβάνω ακόμα τα πράγματα που έκανα παλαιότερα	2,81

Η πρώτη ερώτηση για την μέτρηση της κατάθλιψης που έγινε στις ερωτηθείσες ήταν πόσο αποθαρρυσμένες ή στεναχωρημένες νιώθουν τον τελευταίο καιρό. Το 53,3% (n=120) απάντησε ότι νιώθουν «μερικές φορές» απογοήτευση ή στεναχώρια. Το 21,8% (n=49) απάντησε ότι δεν νιώθουν «καθόλου» απογοητευμένες ή στεναχωρημένες. Το 18,2% (n=41) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι νιώθουν «συχνά» απογοητευμένες ή στεναχωρημένες. Τέλος μόνο το 6,7% (n=15) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι νιώθουν «πάντα» απογοητευμένες ή στεναχωρημένες (πίνακας 48, εικόνα 53).

Πίνακας 48: Αποθαρρυσμένη-στεναχωρημένη

ΑΠΟΘΑΡΡΥΜΕΝΗ_ΣΤΕΝΑΧΩΡΗΜΕΝΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	49	21,8	21,8
μερικές φορές	120	53,3	75,1
Συχνά	41	18,2	93,3
Πάντα	15	6,7	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 53: Αποθαρρυσμένη-στεναχωρημένη



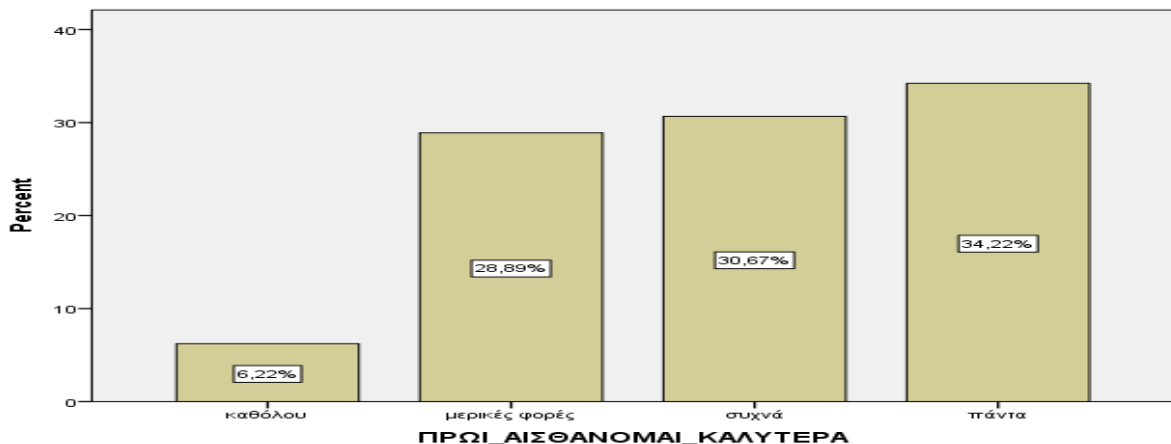
Ο επόμενος πίνακας αναφέρεται στην ψυχολογία που έχουν οι γυναίκες στην έναρξη της ημέρας. Το 34,2% (n=77) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα

απάντησε ότι νιώθουν «πάντα» καλύτερα στην έναρξη της ημέρας. Το 30,7% (n=69) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι «συχνά» νιώθουν καλύτερα στην έναρξη της ημέρας, ενώ το 28,9% (n=65) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι «μερικές φορές» νιώθουν καλύτερα στην έναρξη της ημέρας, τέλος μόνο το 6,2% (n=14) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι δεν νιώθουν «καθόλου» καλά στην έναρξη της ημέρας (πίνακας 49, εικόνα 54).

Πίνακας 49: Πως αισθάνεσαι το πρωί

ΠΡΩΙ_ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ_ΚΑΛΥΤΕΡΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	14	6,2	6,2
μερικές φορές	65	28,9	35,1
Συχνά	69	30,7	65,8
Πάντα	77	34,2	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 54: Πως αισθάνεσαι το πρωί



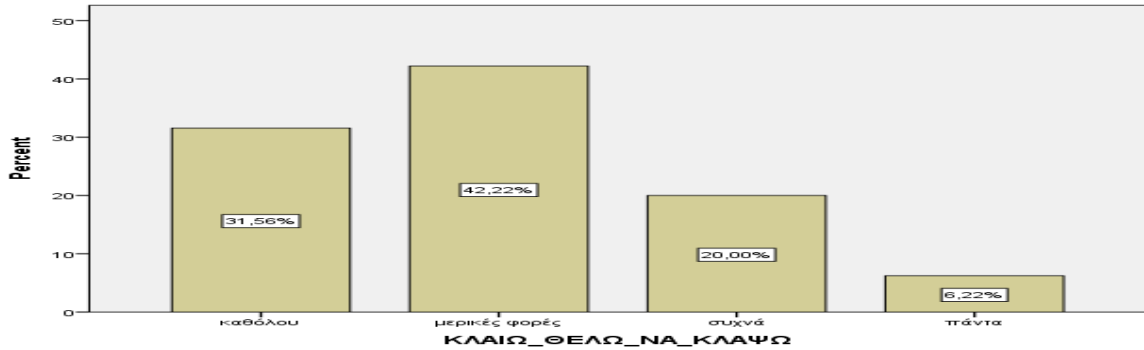
Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την ανάγκη που μπορεί να έχουν οι γυναίκες που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία να «ξεσπούν σε κλάματα» και πόσο συχνά συμβαίνει αυτό στο δείγμα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα.

Το 42,2% (n=95) απάντησε ότι «μερικές φορές» έχει την ανάγκη να κλάψει. Το 31,6% (n=71) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησε ότι δεν νιώθει «καθόλου» την ανάγκη για να κλάψει. Το 20% (n=45) απάντησε ότι «συχνά» έχει την ανάγκη να κλάψει, ενώ μόνο το 6,2% (n=14) απάντησε ότι «πάντα» έχει την ανάγκη να κλάψει (πίνακας 50, εικόνα 55).

Πίνακας 50: Κλάμα

ΚΛΑΙΩ ΘΕΛΩ ΝΑ ΚΛΑΨΩ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	71	31,6	31,6
μερικές φορές	95	42,2	73,8
συχνά	45	20,0	93,8
πάντα	14	6,2	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 55: Κλάμα

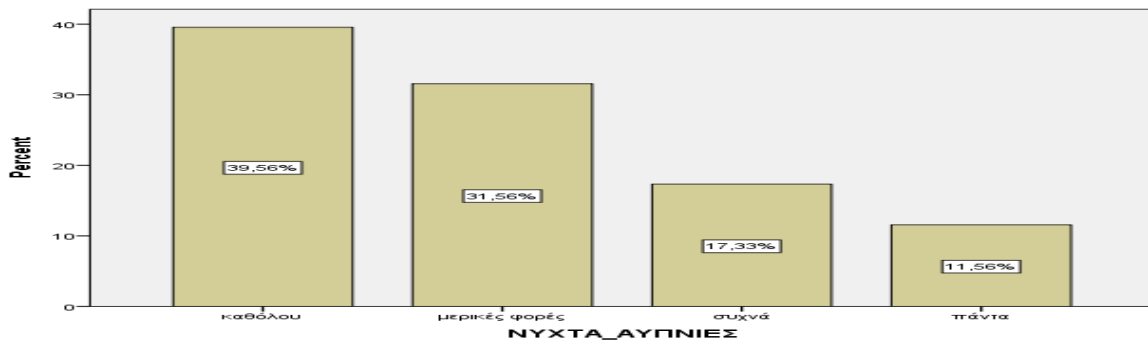


Ο επόμενος πίνακας αναγράφει τα ποσοστά των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα και που έχουν αϋπνίες την νύχτα. Το 39,6% (n=89) απάντησαν ότι δεν πάσχουν καθόλου από αϋπνίες. Το 31,6% (n=71) απάντησαν ότι έχουν μερικές φορές αϋπνίες. Το 17,3% (n=39) απάντησαν ότι πάσχουν συχνά από αϋπνίες και τέλος το 11,6% (n=26) απάντησαν ότι έχουν πάντα αϋπνίες (πίνακας 51, εικόνα 56).

Πίνακας 51: Αϋπνίες

ΝΥΧΤΑ ΑΥΠΝΙΕΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	89	39,6	39,6
μερικές φορές	71	31,6	71,1
συχνά	39	17,3	88,4
πάντα	26	11,6	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 56: Αϋπνίες



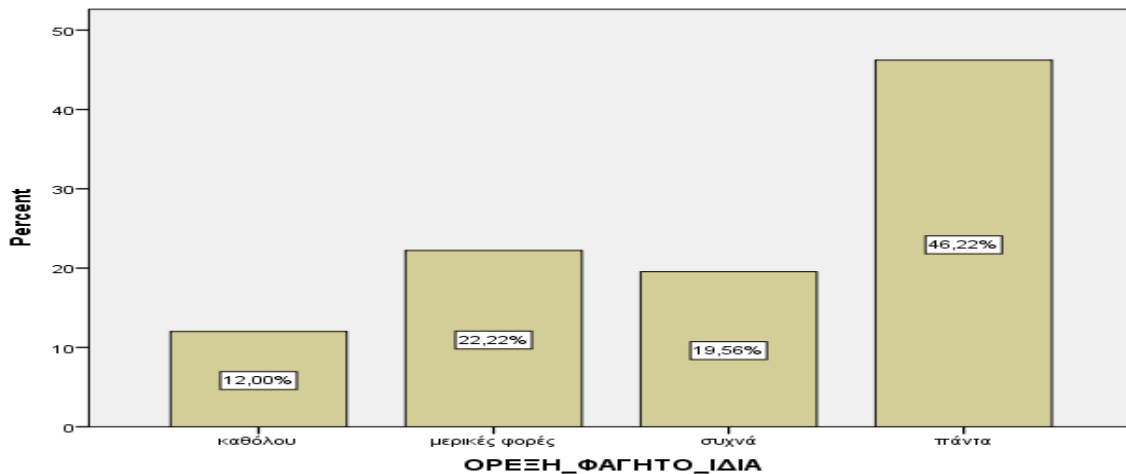
Η επόμενη ερώτηση αναφέρεται στην μεταβολή της όρεξης για φαγητό που έχει προκληθεί στις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα λόγω της εμμηνόπαυσης.

Το 46,2% (n=104) απάντησαν ότι έχει μείνει σταθερή η όρεξή τους για φαγητό. Το 22,2% (n=50) απάντησαν ότι μερικές φορές μένει σταθερή η όρεξή τους για φαγητό. Το 19,6% (n=44) απάντησαν ότι μερικές φορές η όρεξή τους μένει σταθερή, ενώ τέλος το 12% (n=27) απάντησαν ότι η όρεξή τους δεν έχει μείνει καθόλου σταθερή (πίνακας 52, εικόνα 57).

Πίνακας 52: Όρεξη για φαγητό

ΟΡΕΞΗ_ΦΑΓΗΤΟ_ΙΔΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	27	12,0	12,0
μερικές φορές	50	22,2	34,2
Συχνά	44	19,6	53,8
Πάντα	104	46,2	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 57: Όρεξη για φαγητό



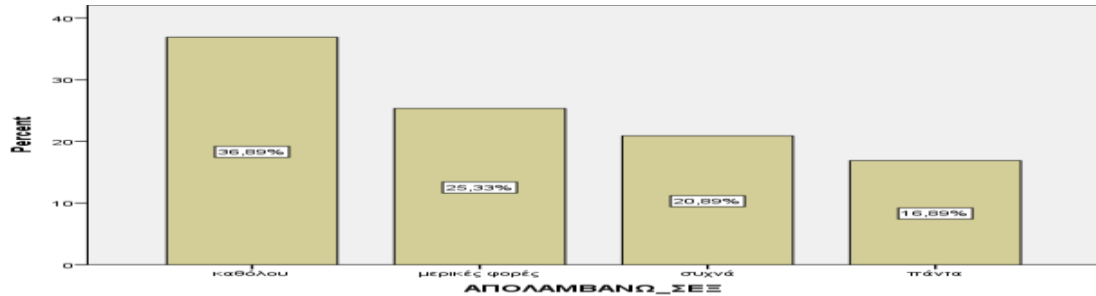
Ένα βασικό χαρακτηριστικό των γυναικών στην εμμηνόπαυση αλλά και στα άτομα εν γένει, που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι η μειωμένη θέληση για sex. Θεωρήθηκε καλό λοιπόν να διερευνηθεί στα πλαίσια της έρευνας κατά πόσο οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα απολαμβάνουν το sex, αυτή την περίοδο της ζωής τους.

Το 36,9% (n=83) απάντησε δεν απολαμβάνει καθόλου το sex. Το 25,3% (n=57) απάντησε πως απολαμβάνει μερικές φορές το sex, ενώ το 20,9% (n=47) απάντησε ότι συχνά απολαμβάνει το sex και τέλος το 16,9% (n=38) απάντησε πως πάντα απολαμβάνει το sex (πίνακας 53, εικόνα 58).

Πίνακας 53: Απόλαυση σεξ

ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΩ ΣΕΞ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	83	36,9	36,9
μερικές φορές	57	25,3	62,2
Συχνά	47	20,9	83,1
Πάντα	38	16,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 58: Απόλαυση σεξ

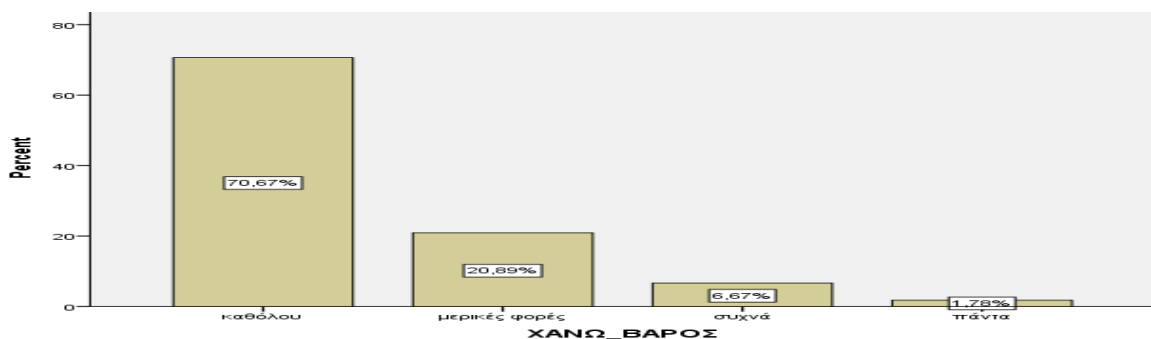


Ο επόμενος πίνακας αναγράφει την μεταβολή του βάρους που ενδεχομένως έχει προκληθεί στις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα λόγω της εμμηνόπαυσης. Το 70,7% (n=159) απάντησαν ότι έχει μείνει σταθερό το βάρος τους. Το 20,9% (n=47) απάντησαν ότι μερικές φορές χάνουν βάρος. Το 6,7% (n=15) απάντησαν ότι συχνά χάνουν βάρος, ενώ τέλος το 1,8% (n=4) απάντησαν ότι πάντα χάνουν βάρος από τότε που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση (πίνακας 54, εικόνα 59).

Πίνακας 54: Απώλεια βάρους

ΧΑΝΩ ΒΑΡΟΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	159	70,7	70,7
μερικές φορές	47	20,9	91,6
Συχνά	15	6,7	98,2
Πάντα	4	1,8	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 59: Απώλεια βάρους



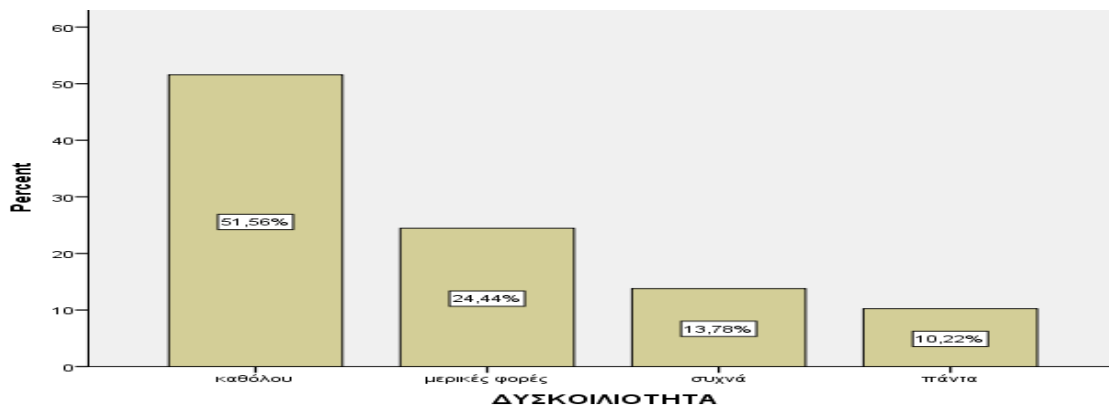


Η επόμενη ερώτηση που τέθηκε στις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι αν «αντιμετωπίζουν πρόβλημα δυσκοιλιότητας». Το 51,6% (n=116) απάντησαν δεν αντιμετωπίζουν καθόλου τέτοιου είδους πρόβλημα. Το 24,4% (n=55) απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν μερικές φορές αυτό το πρόβλημα. Το 13,8% (n=31) απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν συχνά αυτό το πρόβλημα, ενώ τέλος το 10,2% (n=23) απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν πάντα πρόβλημα δυσκοιλιότητας από τότε που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση (πίνακας 55, εικόνα 60).

Πίνακας 55: Δυσκοιλιότητα

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	καθόλου	116	51,6	51,6
	μερικές φορές	55	24,4	76,0
	συχνά	31	13,8	89,8
	πάντα	23	10,2	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 60: Δυσκοιλιότητα



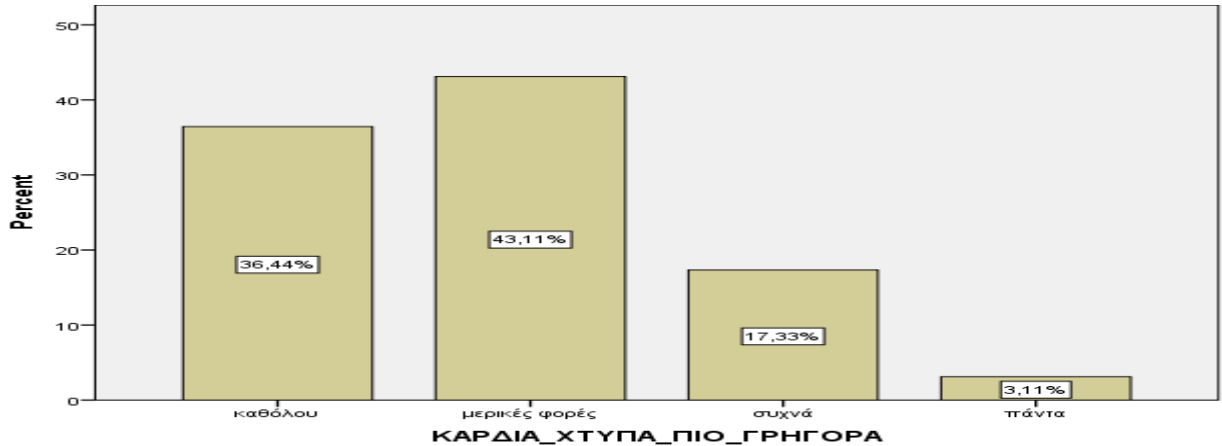
Ο πίνακας 56 παρακάτω, αναφέρεται στα ποσοστά των απαντήσεων που ελήφθησαν στην ερώτηση για το εάν νιώθουν ότι η καρδιά τους χτυπά πιο γρήγορα από το συνηθισμένο.

Το 43,1% (n=97) απάντησαν μερικές φορές η καρδιά τους χτυπά πιο γρήγορα από το συνηθισμένο. Το 36,4% (n=82) απάντησαν ότι δεν χτυπά πιο γρήγορα από το συνηθισμένο. Το 17,3% (n=39) απάντησαν συχνά η καρδιά τους χτυπά πιο γρήγορα από το συνηθισμένο ενώ τέλος το 3,1% (n=7) απάντησαν πάντα η καρδιά τους χτυπά πιο γρήγορα από το συνηθισμένο από τότε που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση (πίνακας 56, εικόνα 61).

Πίνακας 56: Χτύποι καρδιάς

ΚΑΡΔΙΑ ΧΤΥΠΑ ΠΙΟ ΓΡΗΓΟΡΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	82	36,4	36,4
μερικές φορές	97	43,1	79,6
Συχνά	39	17,3	96,9
Πάντα	7	3,1	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 61: Χτύποι καρδιάς

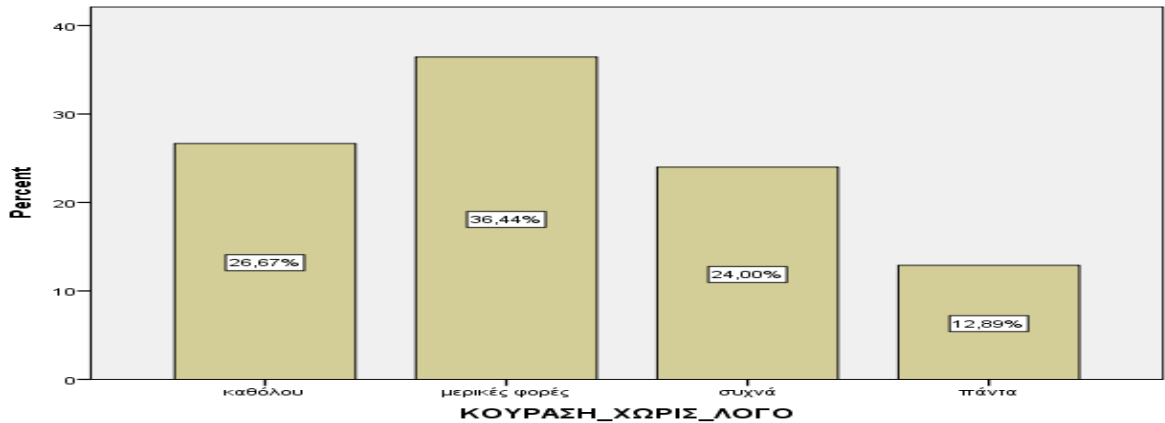


Ο πίνακας 57 που ακολουθεί, απαντάει στην ερώτηση αν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ένιωθαν ότι κουράζονται χωρίς λόγο, σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης αλλά και ένδειξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το 36,4% (n=82) απάντησαν ότι μερικές φορές κουράζονται χωρίς λόγο. Το 26,7% (n=60) απάντησαν ότι δεν αισθάνονται καθόλου κούραση χωρίς λόγο. Το 24% (n=54) απάντησαν ότι συχνά κουράζονται χωρίς λόγο ενώ τέλος το 12,9% (n=29) απάντησαν ότι πάντα κουράζονται χωρίς λόγο από τότε που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση (πίνακας 57, εικόνα 62).

Πίνακας 57: Κούραση

ΚΟΥΡΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΛΟΓΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	60	26,7	26,7
μερικές φορές	82	36,4	63,1
συχνά	54	24,0	87,1
πάντα	29	12,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 62: Κούραση

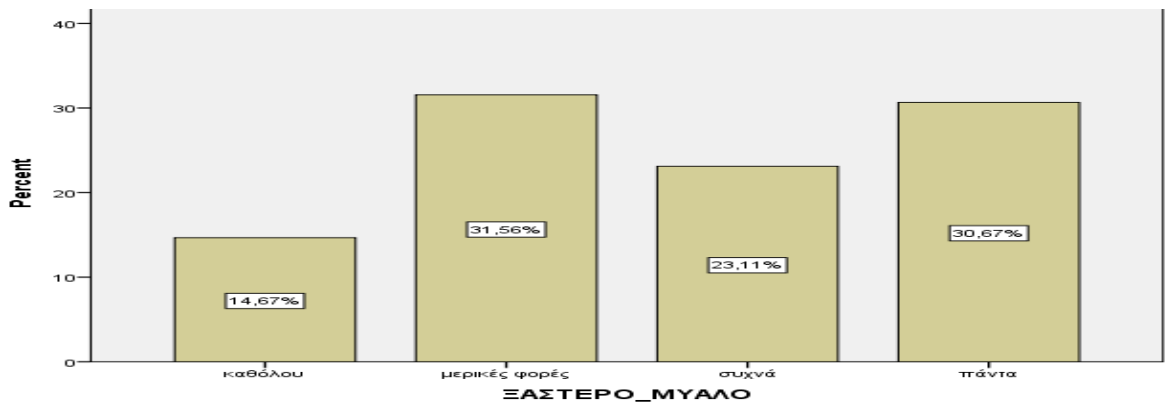


Ο πίνακας 57 απαντάει στην ερώτηση αν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα αν έχουν την ίδια διαύγεια μυαλού, όπως και παλιότερα. Το 31,6% (n=71) απάντησαν ότι μερικές φορές το μυαλό τους είναι το ίδιο «ξάστερο» όπως παλιότερα. Το 30,7% (n=69) απάντησαν ότι πάντα το μυαλό τους είναι το ίδιο «ξάστερο» όπως παλιότερα. Το 23,1% (n=52) απάντησαν ότι συχνά έχουν την ίδια διαύγεια μυαλού όπως και παλιότερα. Τέλος το 14,7% (n=33) απάντησαν ότι μυαλό τους δεν είναι καθόλου «ξάστερο» όπως παλιότερα (πίνακας 58, εικόνα 63).

Πίνακας 58: Ξάστερο μυαλό

ΞΑΣΤΕΡΟ ΜΥΑΛΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	33	14,7	14,7
μερικές φορές	71	31,6	46,2
συχνά	52	23,1	69,3
πάντα	69	30,7	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 63: Ξάστερο μυαλό



Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν είναι σε θέση να κάνουν το ίδιο εύκολα τα πράγματα που έκαναν και παλαιότερα.

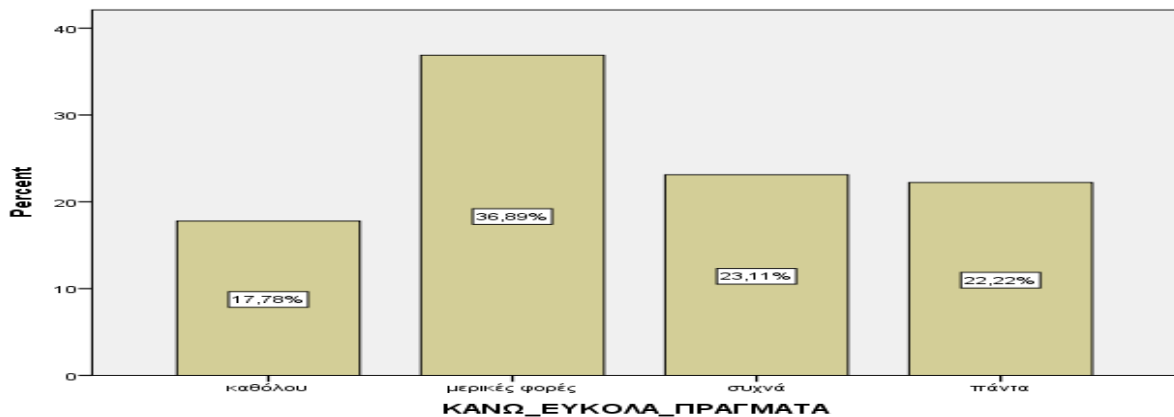
Το 36,9% (n=83) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι μερικές φορές μπορούν να ανταποκριθούν το ίδιο εύκολα στις ασχολίες τους όπως και παλιότερα. Το 23,1% (n=52) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι συχνά ανταποκρίνονται το ίδιο καλά στις ασχολίες τους όπως και παλιότερα.

Το 22,2% (n=50) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι πάντα ανταποκρίνονται το ίδιο στις ασχολίες τους όπως και παλιότερα. Τέλος το 17,8% (n=40) του ποσοστού των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι δεν ανταποκρίνονται καθόλου όπως παλιά (πίνακας 59, εικόνα 64).

*Πίνακας 59: Κάνω εύκολα πράγματα*

<b>ΚΑΝΩ ΕΥΚΟΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ</b>			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	40	17,8	17,8
μερικές φορές	83	36,9	54,7
συχνά	52	23,1	77,8
πάντα	50	22,2	100,0
Total	225	100,0	

*Εικόνα 64: Κάνω εύκολα πράγματα*



Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν είναι περισσότερο ανήσυχες και εάν έχουν περισσότερη ενέργεια από ότι παλιότερα.

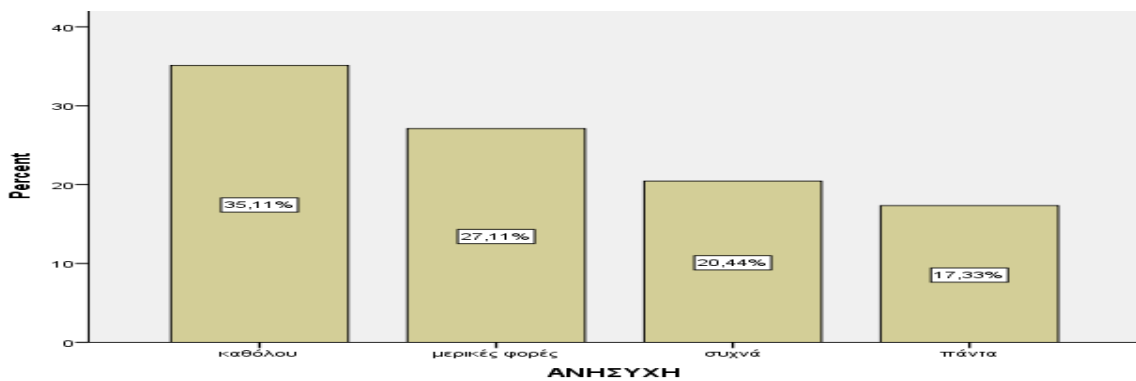
Το 35,1% (n=79) απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου περισσότερο ανήσυχες και ούτε έχουν περισσότερη ενέργεια από ότι παλιότερα. Το 27,1% (n=61) απάντησαν ότι μερικές φορές είναι ανήσυχες και έχουν περισσότερη ενέργεια από ότι παλιότερα. Το 20,4% (n=46) απάντησαν ότι συχνά είναι ανήσυχες και έχουν περισσότερη ενέργεια από ότι παλιότερα και

το 17,3% (n=39) απάντησαν ότι μερικές φορές είναι ανήσυχες και έχουν περισσότερη ενέργεια από ότι παλιότερα (πίνακας 60, εικόνα 65).

Πίνακας 60: Ανησυχία

ΑΝΗΣΥΧΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	καθόλου	79	35,1	35,1
	μερικές φορές	61	27,1	62,2
	συχνά	46	20,4	82,7
	πάντα	39	17,3	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 65: Ανησυχία

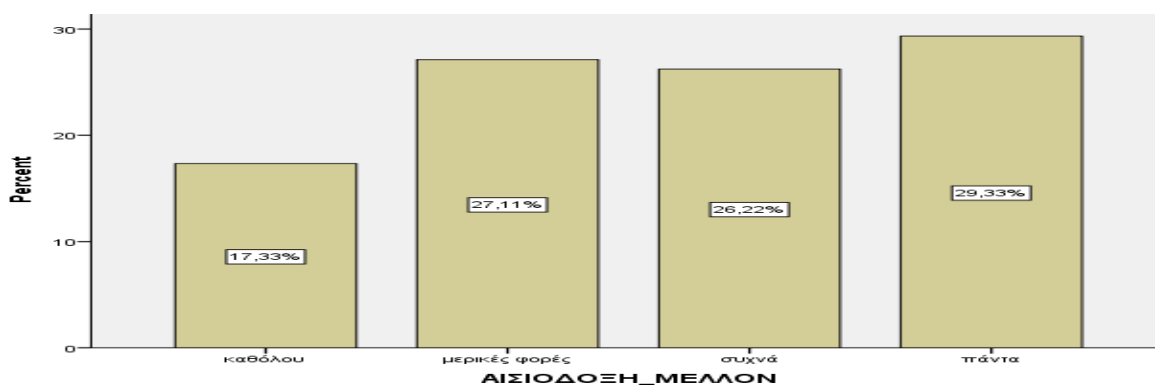


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν αισθάνονται αισιόδοξες για το μέλλον. Το 29,3% (n=66) απάντησαν ότι είναι πάντα αισιόδοξες για το μέλλον. Το 27,1% (n=61) απάντησαν ότι μερικές φορές είναι αισιόδοξες για το μέλλον. Το 26,2% (n=59) απάντησαν ότι συχνά είναι αισιόδοξες για το μέλλον και το 17,3% (n=39) απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου αισιόδοξες για το μέλλον (πίνακας 61, εικόνα 66).

Πίνακας 61: Αισιοδοξία μέλλον

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	καθόλου	39	17,3	17,3
	μερικές φορές	61	27,1	44,4
	συχνά	59	26,2	70,7
	πάντα	66	29,3	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 66: Αισιοδοξία μέλλον

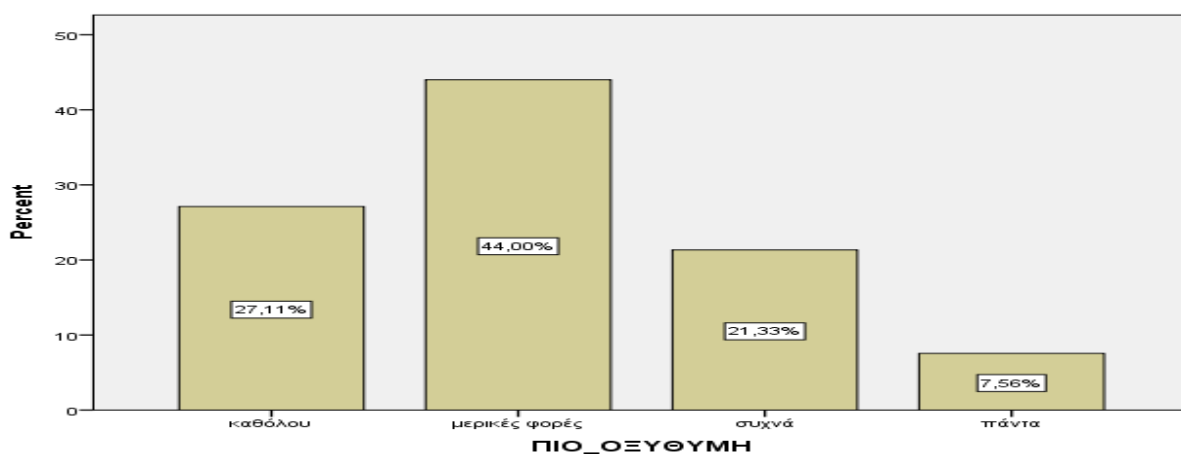


Ο πίνακας 62 καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν αισθάνονται πιο οξύθυμες από ότι συνήθως. Το 44% (n=99) απάντησαν ότι μερικές αισθάνονται πιο οξύθυμες από ότι συνήθως. Το 27,1% (n=61) απάντησαν ότι δεν αισθάνονται καθόλου οξύθυμες. Το 21,3% (n=48) απάντησαν ότι συχνά αισθάνονται περισσότερο οξύθυμες από ότι συνήθως και το 7,6% (n=17) απάντησαν ότι αισθάνονται πιο οξύθυμες από ότι συνήθως (πίνακας 62, εικόνα 67).

Πίνακας 62: Οξυθυμία

ΠΙΟ_ΟΞΥΘΥΜΗ				
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent	
καθόλου	61	27,1	27,1	
μερικές φορές	99	44,0	71,1	
συχνά	48	21,3	92,4	
πάντα	17	7,6	100,0	
Total	225	100,0		

Εικόνα 67: Οξυθυμία

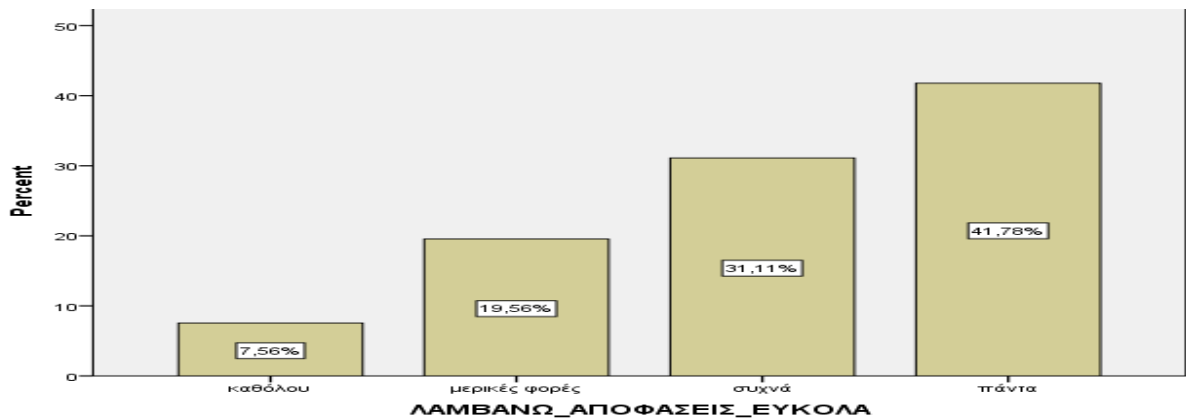


Ο πίνακας 62 καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν σε αυτή την φάση της ζωής τους λαμβάνουν πιο εύκολα αποφάσεις από ότι συνήθως. Το 41,8% (n=94) απάντησαν ότι λαμβάνουν πιο εύκολα αποφάσεις. Το 31,1% (n=70) απάντησαν ότι συχνά λαμβάνουν πιο εύκολα αποφάσεις από ότι παλιότερα. Το 19,6% (n=44) απάντησαν ότι μερικές λαμβάνουν πιο εύκολα αποφάσεις από ότι παλιότερα και το 7,6% (n=17) απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν καθόλου πιο εύκολα αποφάσεις από ότι παλιότερα (πίνακας 63, εικόνα 68).

Πίνακας 63: Εύκολη λήψη αποφάσεων

ΛΑΜΒΑΝΩ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΥΚΟΛΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	17	7,6	7,6
μερικές φορές	44	19,6	27,1
συχνά	70	31,1	58,2
πάντα	94	41,8	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 68: Εύκολη λήψη αποφάσεων



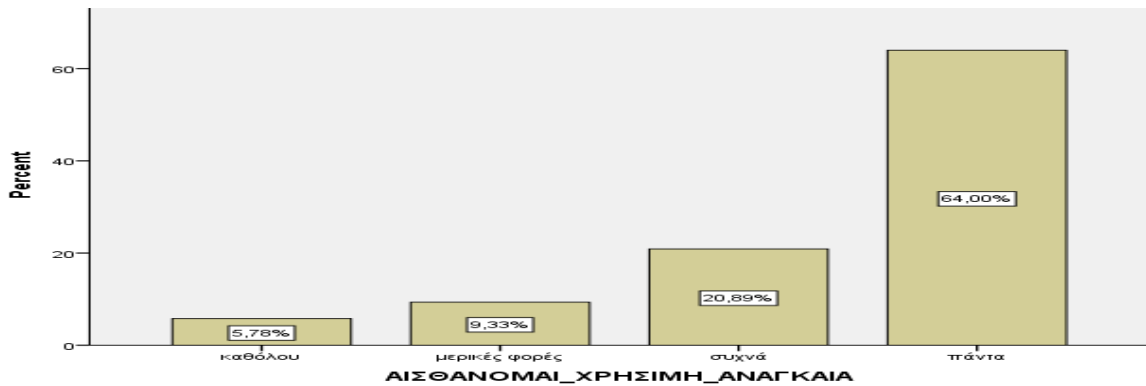
Ο πίνακας 64 παρακάτω, καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν αισθάνονται το ίδιο χρήσιμες για τους γύρω τους όπως παλιότερα.

Το 64% (n=144) απάντησαν αισθάνονται το ίδιο χρήσιμες για τους γύρω τους όπως παλιότερα. Το 20,9% (n=47) απάντησαν ότι συχνά αισθάνονται το ίδιο χρήσιμες για τους γύρω τους όπως παλιότερα. Το 9,3% (n=21) απάντησαν ότι μερικές αισθάνονται το ίδιο χρήσιμες για τους γύρω τους όπως παλιότερα και το 5,8% (n=13) απάντησαν ότι δεν αισθάνονται καθόλου χρήσιμες για τους γύρω τους όπως παλιότερα (πίνακας 64, εικόνα 69).

Πίνακας 64: Χρήσιμη, αναγκαία

ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	13	5,8	5,8
μερικές φορές	21	9,3	15,1
Συχνά	47	20,9	36,0
Πάντα	144	64,0	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 69: Χρήσιμη, αναγκαία



Ο πίνακας 64 καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν αισθάνονται ικανοποιημένες από την ζωή τους.

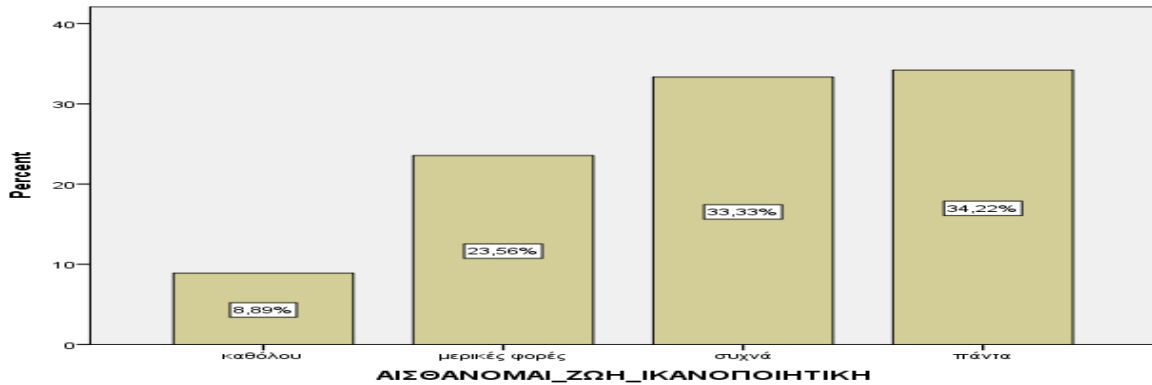
Το 34,2% (n=77) απάντησαν αισθάνονται ικανοποιημένες από την ζωή τους. Το 33,3% (n=75) απάντησαν ότι συχνά αισθάνονται ικανοποιημένες από την ζωή τους. Το 23,6% (n=53) απάντησαν ότι μερικές φορές αισθάνονται ικανοποιημένες από την ζωή τους και το 8,9% (n=20) απάντησαν ότι δεν αισθάνονται καθόλου ικανοποιημένες από την ζωή τους (πίνακας 65, εικόνα 70).

Πίνακας 65: Ικανοποίηση από τη ζωή

ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΖΩΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	20	8,9	8,9
μερικές φορές	53	23,6	32,4
συχνά	75	33,3	65,8
πάντα	77	34,2	100,0
Total	225	100,0	



Εικόνα 70: Ικανοποίηση από τη ζωή

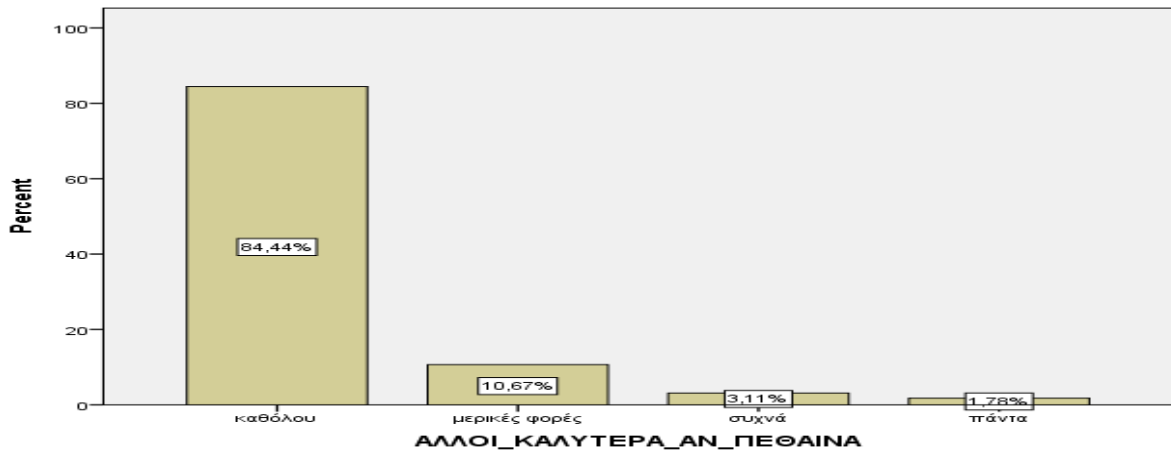


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι οι άλλοι θα αισθάνονταν καλύτερα άμα πέθαιναν. Το 84,4% (n=190) απάντησαν ότι δεν το πιστεύουν καθόλου αυτό. Το 10,7% (n=24) απάντησαν ότι μερικές φορές το πιστεύουν. Το 3,1% (n=7) απάντησαν ότι συχνά το πιστεύουν και μόλις το 1,8% (n=4) απάντησαν ότι πάντα το πιστεύουν αυτό (πίνακας 66, εικόνα 71).

Πίνακας 66: Αισθήματα άλλων

ΑΛΛΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΝ ΠΕΘΑΙΝΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	καθόλου	190	84,4	84,4
	μερικές φορές	24	10,7	95,1
	συχνά	7	3,1	98,2
	πάντα	4	1,8	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 71: Αισθήματα άλλων



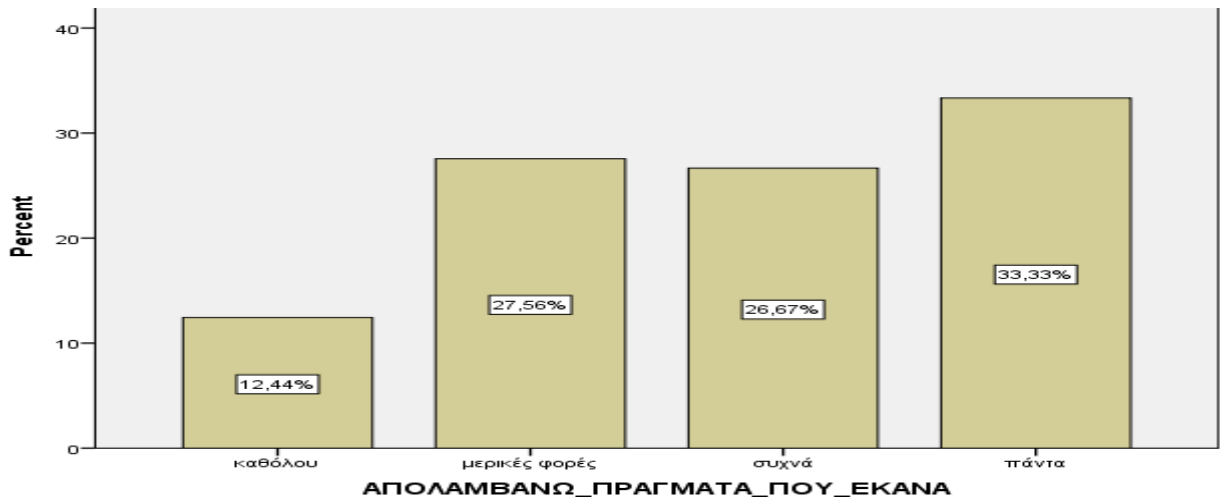
Ο πίνακας 67 που ακολουθεί, καταγράφει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών στην ερώτηση αν απολαμβάνουν το ίδιο πράγματα που έκαναν παλιότερα.

Το 33,3% (n=75) απάντησαν ότι απολαμβάνουν πάντα το ίδιο πράγματα που έκαναν παλιότερα. Το 27,6% (n=62) απάντησαν μερικές φορές απολαμβάνουν το ίδιο πράγματα που έκαναν παλιότερα. Το 26,7% (n=60) απάντησαν ότι συχνά απολαμβάνουν το ίδιο πράγματα που έκαναν παλιότερα και το 12,4% (n=28) απάντησαν ότι δεν απολαμβάνουν καθόλου πράγματα που έκαναν παλιότερα (πίνακας 67, εικόνα 72).

Πίνακας 67: Απόλαυση πραγμάτων

ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΩ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	28	12,4	12,4
μερικές φορές	62	27,6	40,0
συχνά	60	26,7	66,7
πάντα	75	33,3	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 72: Απόλαυση πραγμάτων



Στην κλίμακα IDA, αφού καταγραφούν οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις που μελετούν την κατάθλιψη, υπολογίζεται το «σκορ» της κατάθλιψης. Το «σκορ» βαθμολογείται από 25-100 και αναλόγως πόσο έχει υπολογιστεί θεωρούμε εάν έχουμε ήπιας, μέτριας ή βαριάς μορφής κατάθλιψη.

Στον παρακάτω πίνακα 68 φαίνεται ο μέσος όρος του «σκορ» της κατάθλιψης των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη, ο οποίος κυμαίνεται στα 42,18 με απόκλιση  $\pm 11,389$ . Αυτό σημαίνει ότι η κατάθλιψη κυμαίνεται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Πίνακας 68: Σκορ κατάθλιψης

ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ		
N	Valid	76
Mean		42,18
Std. Deviation		11,389

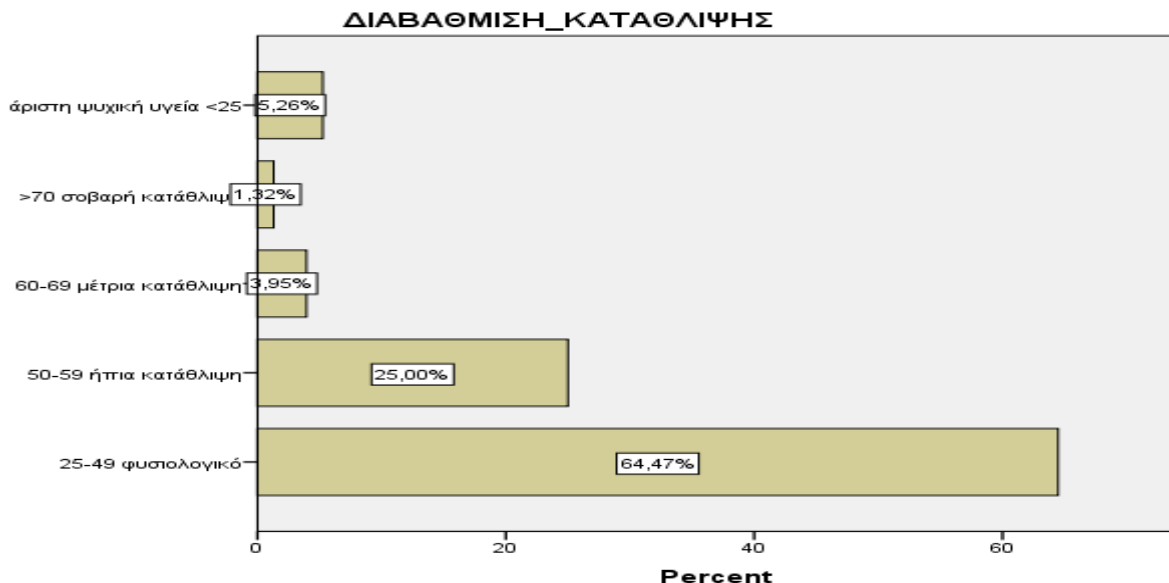
Παρακάτω αναφέρονται πιο αναλυτικά τα ποσοστά της διαβάθμισης της κατάθλιψης όπως αυτή προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό, όπως είναι φυσικό αφού ο μέσος όρος κυμαίνεται σε φυσιολογικά πλαίσια, είναι το 64,5% (n=49) που αφορά τις γυναίκες που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Υπάρχει επίσης ένα μικρό ποσοστό 5,3% (n=4) που έχει άριστη ψυχική υγεία. Δεν πρέπει όμως να υποβαθμιστούν και τα ποσοστά που δηλώνουν κάποια μορφή κατάθλιψη. Έτσι ποσοστό 25% (n=19) πάσχει από ήπιας μορφής κατάθλιψη, 3,9%(n=3) πάσχει από μέτριας μορφής κατάθλιψη ενώ το 1,3%(n=1) πάσχει από σοβαρής μορφής κατάθλιψη (πίνακας 69, εικόνα 73).

Πίνακας 69: Διαβάθμιση κατάθλιψης

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	25-49 φυσιολογικό	49	64,5	64,5
	50-59 ήπια κατάθλιψη	19	25,0	89,5
	60-69 μέτρια κατάθλιψη	3	3,9	93,4
	>70 σοβαρή κατάθλιψη	1	1,3	94,7
	άριστη ψυχική υγεία <25	4	5,3	100,0
	Total	76	100,0	

Εικόνα 73: Διαβάθμιση κατάθλιψης



Στην παρακάτω ενότητα αναλύθηκε η κλίμακα «HAMILTON» που είναι μια κλίμακα μέτρησης του άγχους. Στον παρακάτω πίνακα 70 που ακολουθεί παρατίθενται οι ερωτήσεις που τέθηκαν στις ερωτηθείσες αλλά και ο μέσος όρος που προέκυψε από τις απαντήσεις τους, βάση των οποίων θα υπολογιστεί στη συνέχεια το «σκορ» του άγχους. Όπως φαίνεται το άγχος σωματοποιείται και σχετίζεται πιο πολύ με φαινόμενα έντασης (ΜΟ=2,47) όπως ανησυχία, κόπωση, τρόμος, κλάμα, συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα (ΜΟ=2,44), όπως μυϊκοί πόνοι πιασίματα και αγχώδης διάθεση (ΜΟ=2,39).

*Πίνακας 70: Κλίμακα άγχους Hamilton*

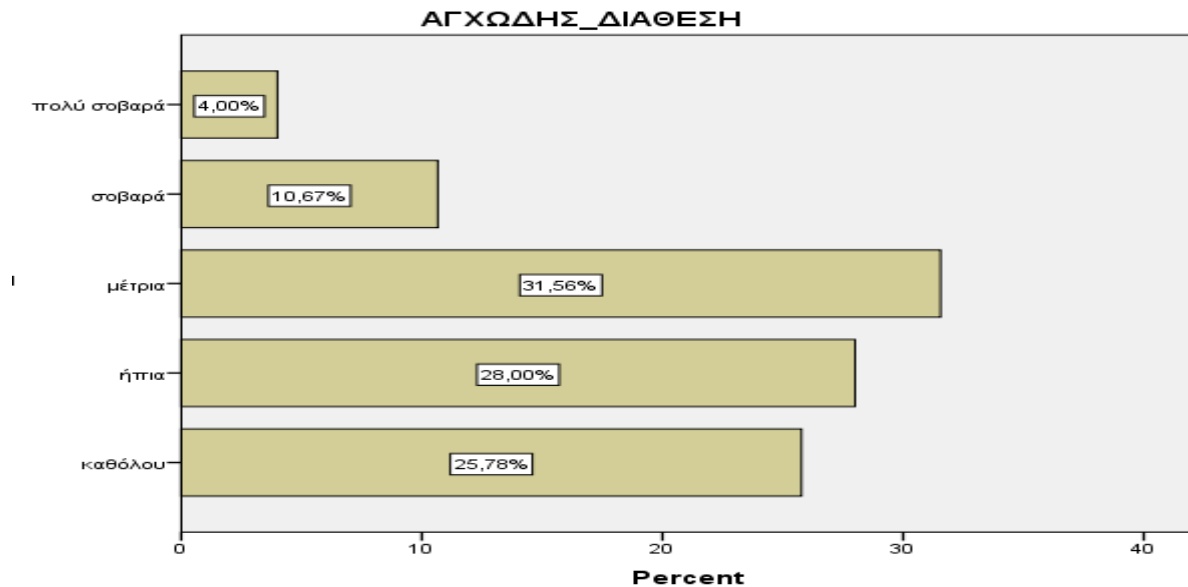
<b>Κλίμακα άγχους HAMILTON</b>	<b>mean</b>
<b>1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ:</b> Ανησυχία, Εργήγορση, Αναμονή του χειρότερου, ευερεθιστότητα	2,39
<b>2. ΕΝΤΑΣΗ:</b> Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.	2,47
<b>3. ΦΟΒΙΕΣ:</b> για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος	1,97
<b>4. ΑΥΠΝΙΑ:</b> Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.	2,32
<b>5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ:</b> Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.	2,20
<b>6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ:</b> Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπυ, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.	2,04
<b>7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ):</b> Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μυόσπασμοι, τρίζιμο δοντιών, αστάθεια φωνής	2,44
<b>8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ):</b> Εμβόες, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μονδιάσματα.	2,31
<b>9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:</b> Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφίξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία	1,98
<b>10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:</b> Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.	1,91
<b>11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:</b> Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγγων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα	1,77
<b>12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:</b> Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνόρραγια, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετήσιας επιθυμίας, ανικανότητα.	1,97
<b>13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ.:</b> Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.	1,91
<b>14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:</b> Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τικ, βηματισμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυϊκός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου	1,93

Ο παρακάτω πίνακας αναλύει σε τι ποσοστά εμφανίζουν αγχώδη διάθεση οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 31,6% (n=71) εμφανίζουν μέτριας μορφής αγχώδη διάθεση. Το 28% (n=63) εμφανίζει ήπιας μορφής αγχώδους διαταραχής, το 25,8% (n=58) δεν εμφανίζει καθόλου αγχώδη διάθεση. Το 10,7% (n=24) εμφανίζει σοβαρής μορφής αγχώδους διαταραχής και τέλος το 4% (n=9) εμφανίζει πολλής σοβαρής αγχώδους διαταραχής (πίνακας 71, εικόνα 74).

Πίνακας 71: Αγχώδης διάθεση

ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	καθόλου	58	25,8	25,8
	ήπια	63	28,0	53,8
	μέτρια	71	31,6	85,3
	σοβαρά	24	10,7	96,0
	πολύ σοβαρά	9	4,0	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 74: Αγχώδης διάθεση

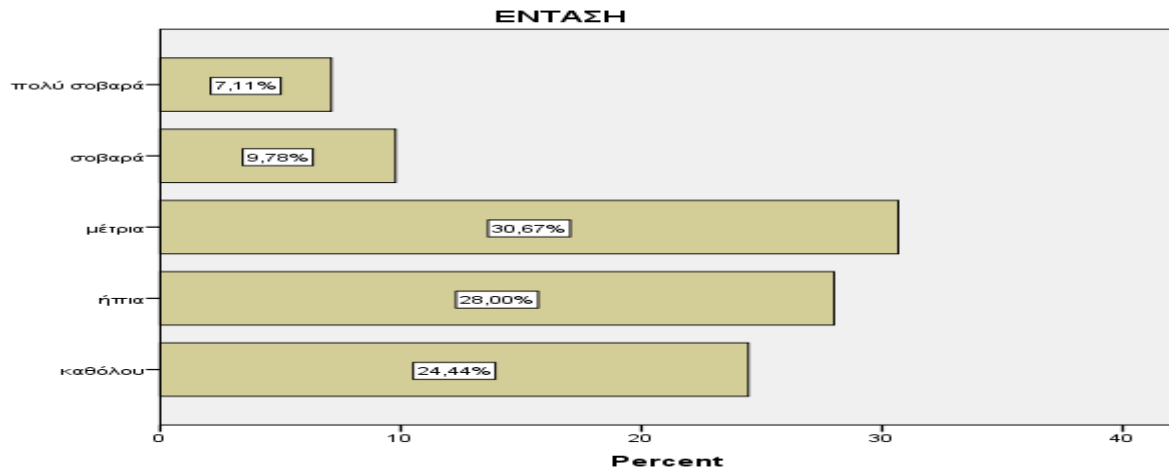


Ο πίνακας 72 παρακάτω, αναλύει την ένταση του άγχους που νιώθουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα και που αυτό σωματοποιείται. Το 30,7% (n=69) νιώθει μέτριας μορφής ένταση. Το 28% (n=63) εμφανίζει ήπιας μορφής ένταση. Το 24,4% (n=55) δεν εμφανίζει καθόλου σωματοποιημένη ένταση. Το 9,8% (n=22) εμφανίζει σοβαρής μορφής σωματοποιημένη ένταση ενώ τέλος το 7,1% (n=16) εμφανίζει πολλής σοβαρής μορφής σωματοποιημένη ένταση (πίνακας 72, εικόνα 75).

Πίνακας 72: Ένταση

ΕΝΤΑΣΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	55	24,4	24,4
ήπια	63	28,0	52,4
μέτρια	69	30,7	83,1
σοβαρά	22	9,8	92,9
πολύ σοβαρά	16	7,1	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 75: Ένταση

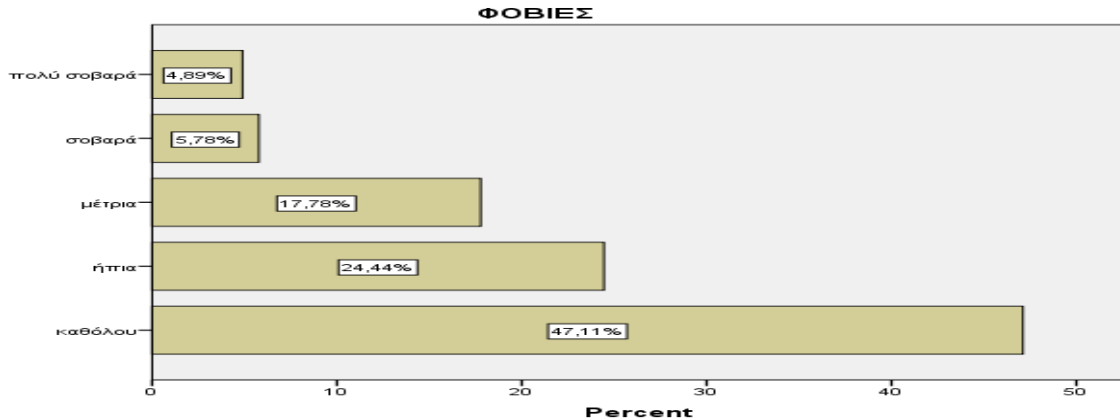


Ο πίνακας 73 καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των φοβιών που έχουν αναπτύξει οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 47,1% (n=106) δεν έχουν αναπτύξει καθόλου φοβίες. Το 24,4% (n=55) έχει αναπτύξει ήπιας μορφής φοβιών. Το 17,8% (n=40) έχει αναπτύξει μέτριας έντασης φοβιών. Το 5,8% (n=13) έχει αναπτύξει σοβαρής μορφής φοβιών ενώ τέλος το 4,9% (n=11) έχει αναπτύξει πολλής σοβαρής έντασης φοβιών (Πίνακας 73, εικόνα 76).

Πίνακας 73: Φοβίες

ΦΟΒΙΕΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	106	47,1	47,1
ήπια	55	24,4	71,6
μέτρια	40	17,8	89,3
σοβαρά	13	5,8	95,1
πολύ σοβαρά	11	4,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 76: Φοβίες

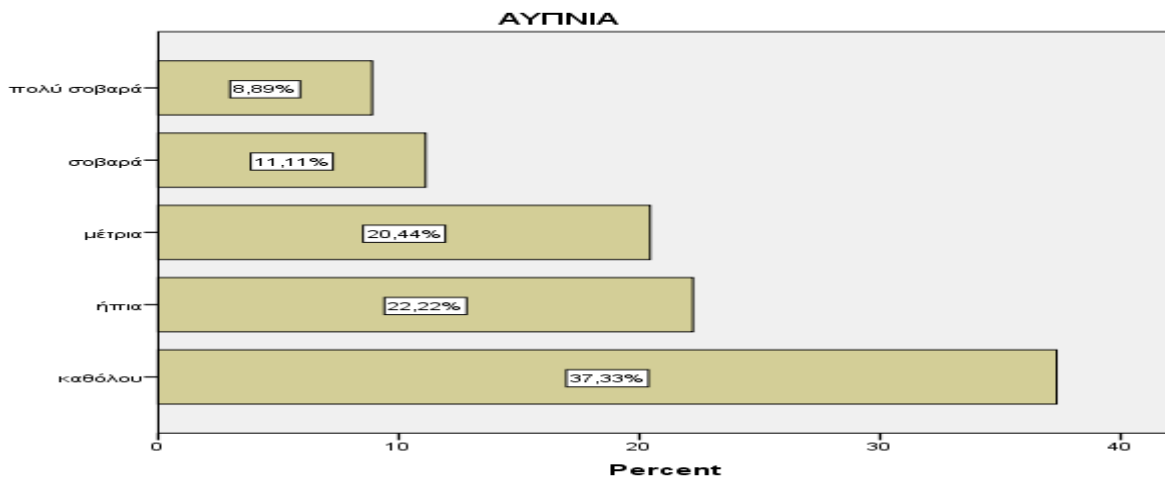


Ο πίνακας παρακάτω καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των αϋπνιών από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 37,3% (n=84) δεν έχουν πάσχει καθόλου από αϋπνίες. Το 22,2% (n=50) πάσχουν από ήπιας μορφής αϋπνιών. Το 20,4% (n=46) πάσχει από μέτριας μορφής αϋπνίας. Το 11,1% (n=25) πάσχει από σοβαρής έντασης αϋπνίας ενώ τέλος το 8,9% (n=20) πάσχει από πολλής σοβαρής έντασης αϋπνίας (πίνακας 74, εικόνα 77).

Πίνακας 74: Αϋπνία

ΑΥΠΝΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	84	37,3	37,3
Ήπια	50	22,2	59,6
Μέτρια	46	20,4	80,0
Σοβαρά	25	11,1	91,1
πολύ σοβαρά	20	8,9	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 77: Αϋπνία

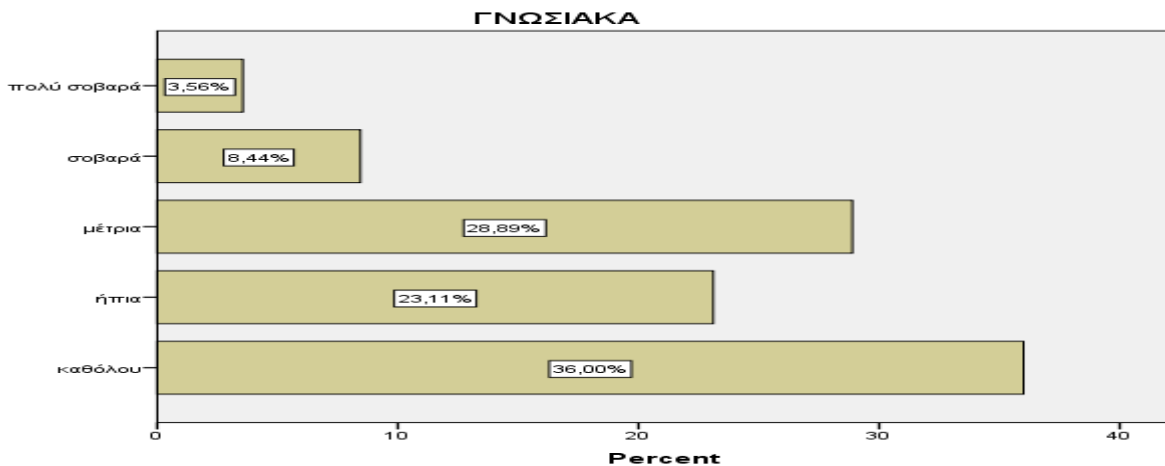


Ο πίνακας 75 που ακολουθεί, καταγράφει τα γνωσιακά προβλήματα που προκύπτουν από σωματοποίηση του άγχους. Το 36% (n=81) δεν πάσχει καθόλου από γνωσιακά προβλήματα. Το 28,9% (n=65) πάσχει από μέτριας μορφής γνωσιακών προβλημάτων. Το 23,1% πάσχει από ήπιας μορφής γνωσιακά προβλήματα και προβλήματα μνήμης. Το 8,4(n=19) πάσχει από σοβαρά προβλήματα μνήμης ενώ το 3,6% (n=8) πάσχει από πολύ σοβαρά γνωσιακά προβλήματα και προβλήματα μνήμης λόγω του σωματοποιημένου άγχους (πίνακας 75, εικόνα 78).

Πίνακας 75: Γνωσιακά προβλήματα

ΓΝΩΣΙΑΚΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	81	36,0	36,0
Ήπια	52	23,1	59,1
μέτρια	65	28,9	88,0
σοβαρά	19	8,4	96,4
πολύ σοβαρά	8	3,6	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 78: Γνωσιακά προβλήματα



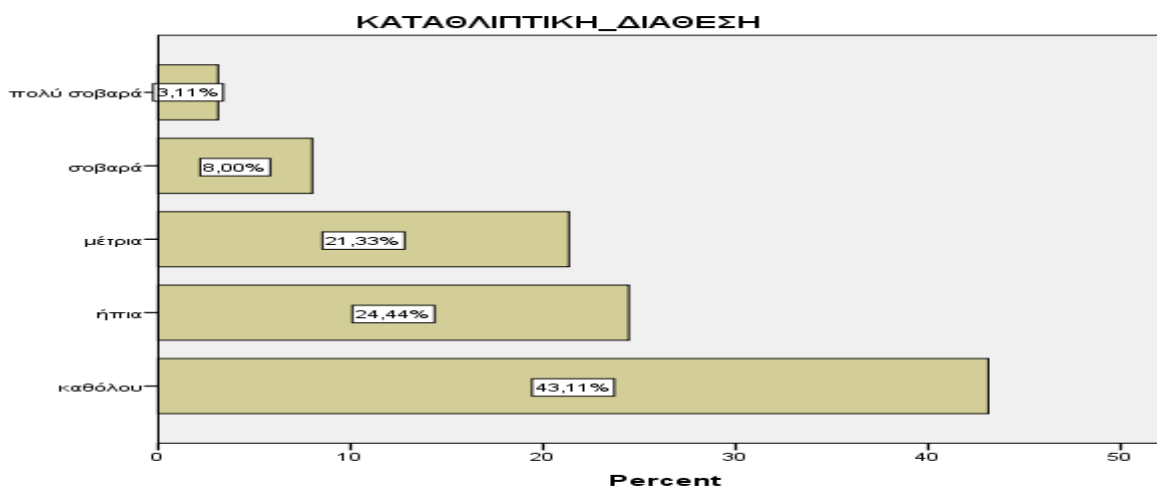
Ο πίνακας 75 καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των καταθλιπτικών διαθέσεων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 43,1% (n=97) δεν έχουν πάσχει καθόλου από καταθλιπτική διάθεση. Το 24,4% (n=55) πάσχουν από ήπιας μορφής καταθλιπτική διάθεση. Το 21,3% (n=48) πάσχει από μέτριας μορφής καταθλιπτική διάθεση. Το 8% (n=18) πάσχει από σοβαρής μορφής καταθλιπτική διάθεση ενώ τέλος το 3,1% (n=7) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής καταθλιπτική διάθεση (πίνακας 76, εικόνα 79).



Πίνακας 76: Καταθλιπτική διάθεση

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	97	43,1	43,1
ήπια	55	24,4	67,6
μέτρια	48	21,3	88,9
σοβαρά	18	8,0	96,9
πολύ σοβαρά	7	3,1	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 79: Καταθλιπτική διάθεση

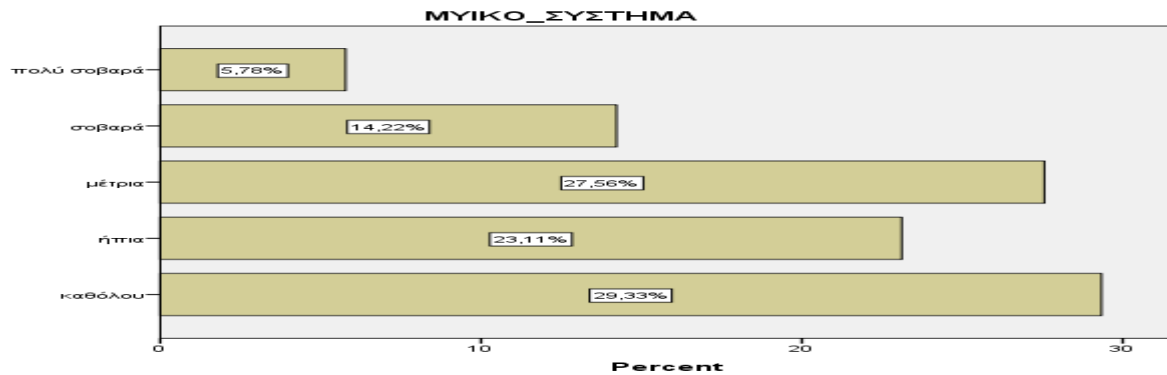


Παρακάτω αναλύονται τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των μυϊκών προβλημάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 29,3% (n=66) δεν έχουν πάσχει καθόλου από μυϊκά προβλήματα. Το 27,6% (n=62) πάσχουν από μέτριας έντασης μυϊκών προβλημάτων. Το 23,1% (n=52) πάσχει από ήπιας έντασης μυϊκών προβλημάτων. Το 14,2% (n=32) πάσχει από σοβαρής μορφής μυϊκών προβλημάτων ενώ τέλος το 5,8% (n=13) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής μυϊκών προβλημάτων (πίνακας 77, εικόνα80).

Πίνακας 77: Μυϊκό σύστημα

ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	66	29,3	29,3
Ήπια	52	23,1	52,4
Μέτρια	62	27,6	80,0
Σοβαρά	32	14,2	94,2
πολύ σοβαρά	13	5,8	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 80: Μυϊκό σύστημα

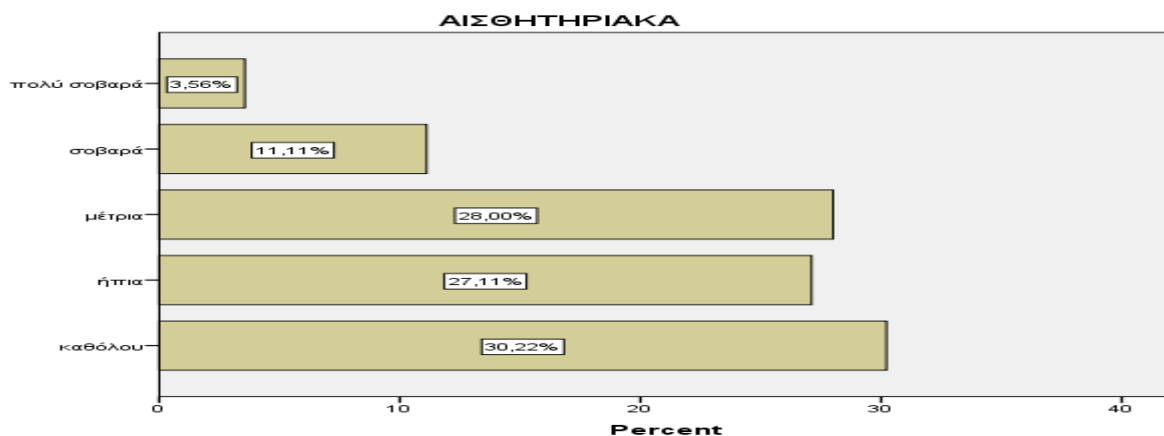


Ο πίνακας 77 καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των γενικών σωματικών συμπτωμάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 30,2% (n=68) δεν έχουν πάσχει καθόλου από σωματικά συμπτώματα. Το 28% (n=63) πάσχουν από μέτριας έντασης σωματικών συμπτωμάτων. Το 27,1% (n=61) πάσχει από ήπιας έντασης σωματικών συμπτωμάτων. Το 11,1% (n=25) πάσχει από σοβαρής μορφής σωματικών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 3,6% (n=8) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής σωματικών συμπτωμάτων (πίνακας 78, εικόνα 81).

Πίνακας 78: Αισθητηριακά προβλήματα

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	Καθόλου	68	30,2	30,2
	Ήπια	61	27,1	57,3
	Μέτρια	63	28,0	85,3
	Σοβαρά	25	11,1	96,4
	πολύ σοβαρά	8	3,6	100,0
	Total	225	100,0	

Εικόνα 81: Αισθητηριακά προβλήματα

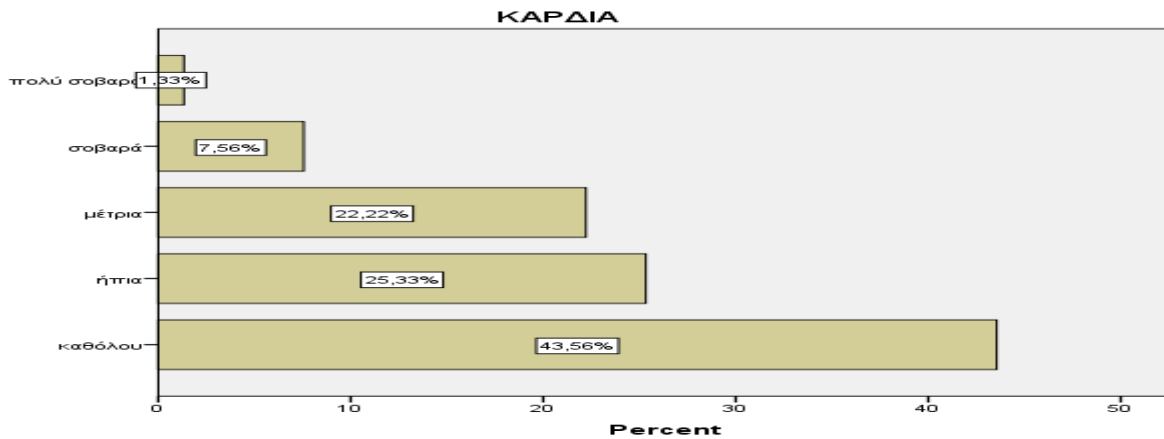


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των καρδιακών συμπτωμάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 43,6% (n=98) δεν έχουν πάσχει καθόλου από καρδιαγγειακά συμπτώματα. Το 25,3% (n=57) πάσχουν από ήπιας έντασης καρδιακών συμπτωμάτων. Το 22,2% (n=50) πάσχει από μέτριας έντασης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων. Το 7,6% (n=17) πάσχει από σοβαρής μορφής καρδιαγγειακών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 1,3% (n=3) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής καρδιαγγειακών συμπτωμάτων (πίνακας 79, εικόνα 82).

Πίνακας 79: Προβλήματα από την καρδιά

ΚΑΡΔΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	98	43,6	43,6
Ήπια	57	25,3	68,9
Μέτρια	50	22,2	91,1
Σοβαρά	17	7,6	98,7
πολύ σοβαρά	3	1,3	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 82: Προβλήματα από την καρδιά

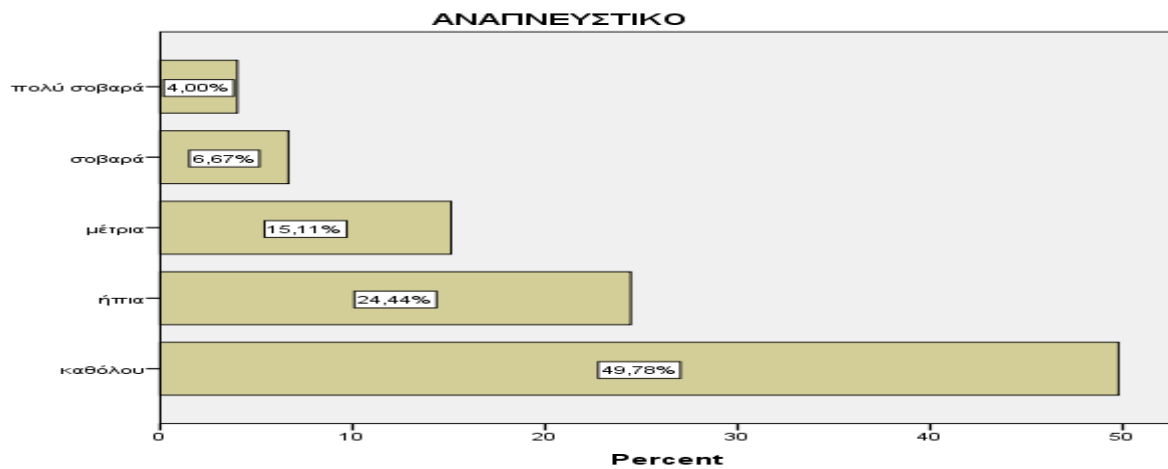


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των προβλημάτων από το αναπνευστικό σύστημα από τα οποία πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 49,8% (n=112) δεν έχουν πάσχει καθόλου από αναπνευστικά συμπτώματα. Το 24,4% (n=55) πάσχουν από ήπιας έντασης αναπνευστικών συμπτωμάτων. Το 15,1% (n=34) πάσχει από μέτριας έντασης αναπνευστικών συμπτωμάτων. Το 6,7% (n=15) πάσχει από σοβαρής μορφής αναπνευστικών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 4% (n=9) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής αναπνευστικών συμπτωμάτων (πίνακας 80, εικόνα 83).

Πίνακας 80: Προβλήματα από το αναπνευστικό σύστημα

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	112	49,8	49,8
ήπια	55	24,4	74,2
μέτρια	34	15,1	89,3
σοβαρά	15	6,7	96,0
πολύ σοβαρά	9	4,0	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 83: Προβλήματα από το αναπνευστικό σύστημα

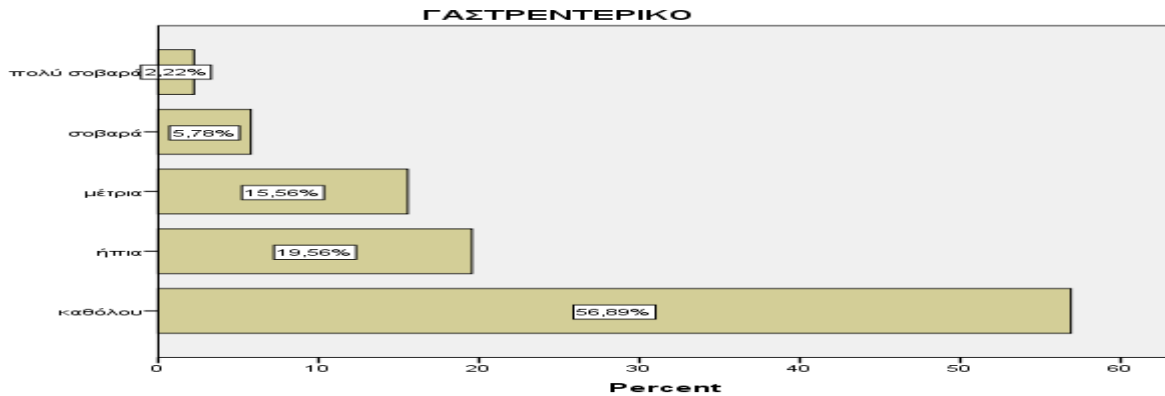


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των γαστρεντερικών συμπτωμάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 56,9% (n=128) δεν έχουν πάσχει καθόλου από γαστρεντερικά συμπτώματα. Το 19,6% (n=44) πάσχουν από ήπιας έντασης γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Το 15,6% (n=35) πάσχει από μέτριας έντασης γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Το 5,8% (n=13) πάσχει από σοβαρής μορφής γαστρεντερικών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 2,2% (n=5) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής γαστρεντερικών συμπτωμάτων (πίνακας 81, εικόνα 84).

Πίνακας 81: Προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	128	56,9	56,9
ήπια	44	19,6	76,4
μέτρια	35	15,6	92,0
σοβαρά	13	5,8	97,8
πολύ σοβαρά	5	2,2	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 84: Προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα

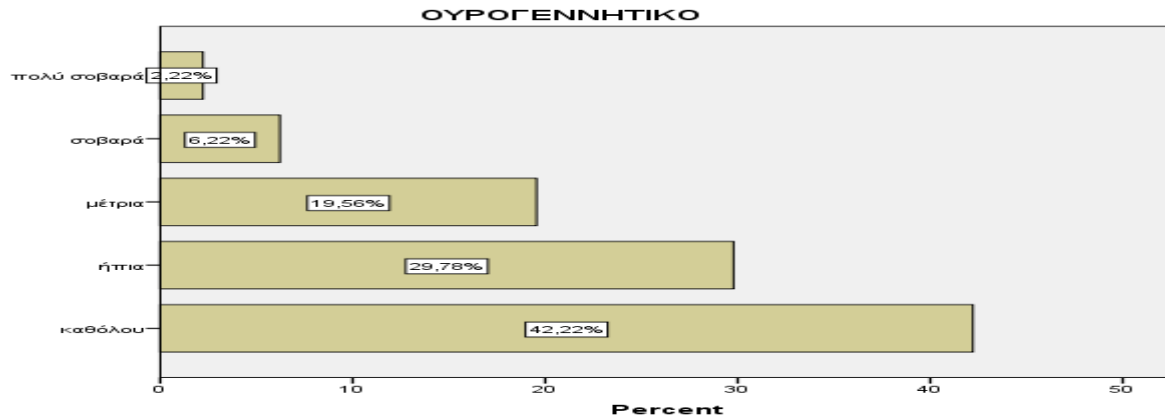


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των ουρογεννητικών συμπτωμάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 42,2% (n=95) δεν έχουν πάσχει καθόλου από ουρογεννητικά συμπτώματα. Το 29,8% (n=67) πάσχουν από ήπιας έντασης ουρογεννητικών συμπτωμάτων. Το 19,6% (n=44) πάσχει από μέτριας έντασης ουρογεννητικών συμπτωμάτων. Το 6,2% (n=14) πάσχει από σοβαρής μορφής ουρογεννητικών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 2,2% (n=5) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής ουρογεννητικών συμπτωμάτων (πίνακας 82, εικόνα 85).

Πίνακας 82: Προβλήματα από το ουρογεννητικό σύστημα

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	95	42,2	42,2
ήπια	67	29,8	72,0
μέτρια	44	19,6	91,6
σοβαρά	14	6,2	97,8
πολύ σοβαρά	5	2,2	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 85: Προβλήματα από το ουρογεννητικό σύστημα

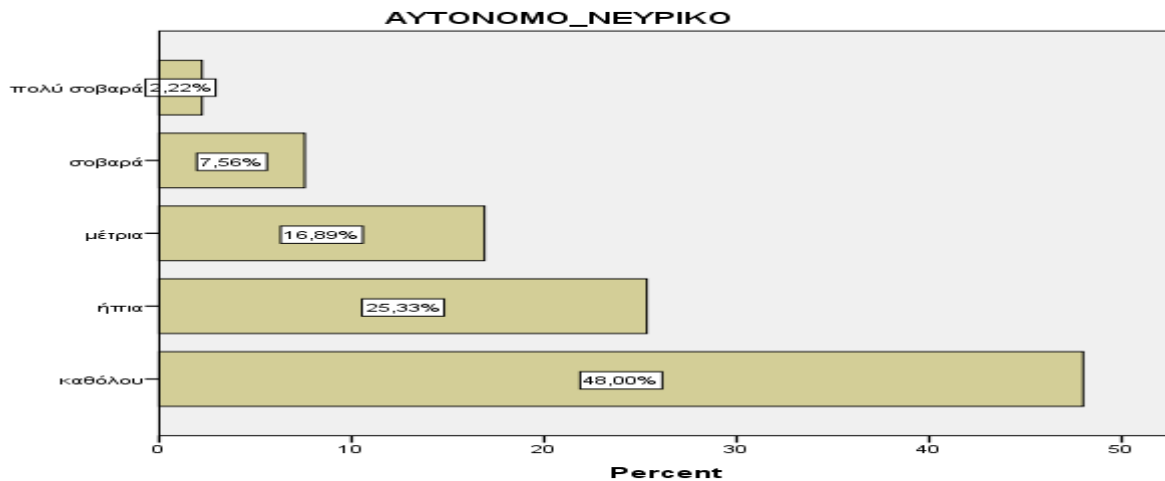


Στη συνέχεια αναλύονται τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των αυτόνομων νευρικών συμπτωμάτων από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 48% (n=108) δεν έχουν πάσχει καθόλου από αυτόνομα νευρικά συμπτώματα. Το 25,3% (n=57) πάσχουν από ήπιας έντασης αυτόνομων νευρικών συμπτωμάτων. Το 16,9% (n=38) πάσχει από μέτριας έντασης αυτόνομων νευρικών συμπτωμάτων. Το 7,6% (n=17) πάσχει από σοβαρής μορφής αυτόνομων νευρικών συμπτωμάτων ενώ τέλος το 2,2% (n=5) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής αυτόνομων νευρικών συμπτωμάτων (πίνακας 83, εικόνα 86).

Πίνακας 83: Αυτόνομο νευρικό σύστημα

ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ				
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent	
καθόλου	108	48,0	48,0	
ήπια	57	25,3	73,3	
μέτρια	38	16,9	90,2	
σοβαρά	17	7,6	97,8	
πολύ σοβαρά	5	2,2	100,0	
Total	225	100,0		

Εικόνα 86: Αυτόνομο νευρικό σύστημα

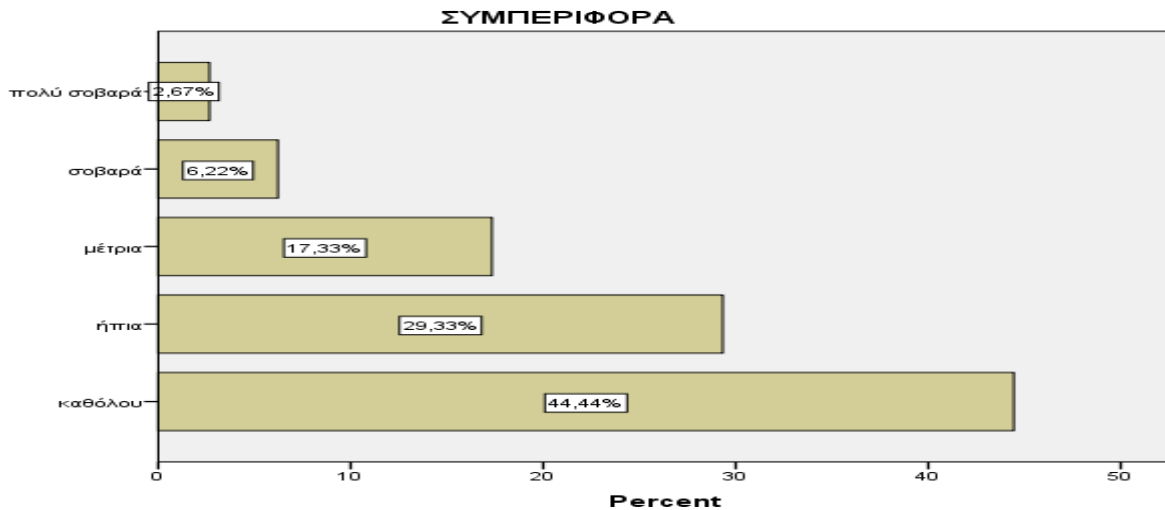


Ο επόμενος πίνακας καταγράφει τα ποσοστά των διαβαθμίσεων των προβλημάτων συμπεριφοράς από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα εξαιτίας του άγχους. Το 44,4% (n=100) δεν εμφανίζουν καθόλου προβλήματα συμπεριφοράς. Το 29,3% (n=66) πάσχουν από ήπιας έντασης προβλημάτων συμπεριφοράς. Το 17,3% (n=39) πάσχει από μέτριας έντασης προβλημάτων συμπεριφοράς. Το 6,2% (n=14) πάσχει από σοβαρής μορφής προβλημάτων συμπεριφοράς ενώ τέλος το 2,7% (n=6) πάσχει από πολλής σοβαρής μορφής προβλημάτων συμπεριφοράς (πίνακας 84, εικόνα 87).

Πίνακας 84: Προβλήματα συμπεριφοράς

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
καθόλου	100	44,4	44,4
ήπια	66	29,3	73,8
μέτρια	39	17,3	91,1
σοβαρά	14	6,2	97,3
πολύ σοβαρά	6	2,7	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 87: Προβλήματα συμπεριφοράς



Από τις απαντήσεις των παραπάνω ερωτημάτων για το άγχος έχει υπολογιστεί το «σκορ» με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 15,60 με απόκλιση  $\pm 9,863$ . Αυτό σημαίνει ότι πάσχουν από ήπιας μορφής άγχους (πίνακας 85).

Πίνακας 85: Σκορ άγχους

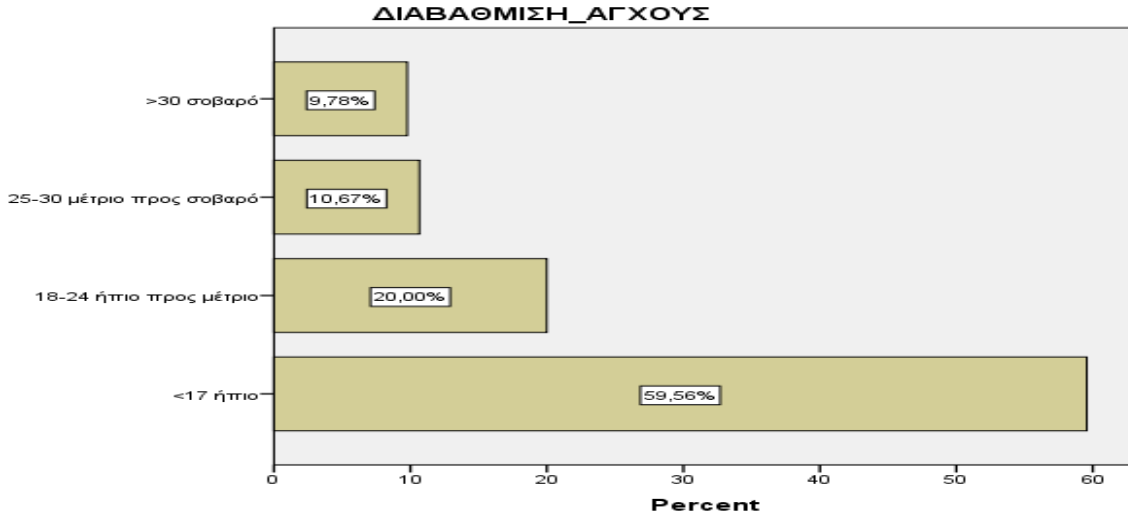
ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ		
N	Valid	225
Mean		15,60
Std. Deviation		9,863

Ο παρακάτω πίνακας αναγράφει τα ποσοστά της διαβάθμισης του άγχους όπως αυτό προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα. Το 59,6% (n=134) πάσχει από ήπιας μορφής άγχους. Το υπόλοιπο 40,4% όμως που πάσχει από κάποια σοβαρότερη μορφή είναι αρκετά μεγάλο ποσοστό. Πιο αναλυτικά, ο 20% (n=45) πάσχει από ήπιας προς μέτριας μορφής άγχους, το 10,7%(n=24) πάσχει από μέτριας προς σοβαρής μορφής άγχους και το 9,8% (n=22) από σοβαρής μορφής άγχους (πίνακας 86, εικόνα 88).

Πίνακας 86: Διαβάθμιση άγχους

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
<17 ήπιο	134	59,6	59,6
18-24 ήπιο προς μέτριο	45	20,0	79,6
25-30 μέτριο προς σοβαρό	24	10,7	90,2
>30 σοβαρό	22	9,8	100,0
Total	225	100,0	

Εικόνα 88: Διαβάθμιση άγχους



### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Οι δύο βασικές ιδιότητες που παίζουν σημαντικό ρόλο όταν χρησιμοποιούμε μια ψυχομετρική κλίμακα είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ή συνοχής (internal consistency) αναφέρεται στη συνέπεια και τη σταθερότητα των απαντήσεων.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των μετρήσεων ενός εργαλείου έχει σχέση με το βαθμό στον οποίο τα ερωτήματα έχουν υψηλή συνοχή και συσχέτιση. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας γίνεται μέσω του πιο γνωστού δείκτη που είναι ο Cronbach's Alpha.

Τιμές του δείκτη μεγαλύτερες του 0,7 ή του 0,8 θεωρούνται συνήθως ικανοποιητικές. Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης υπολογίστηκε και είναι 0,660 (0,7) αποδεικνύοντας την αξιοπιστία συνέπειας του ερωτηματολογίου.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,660	68



Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test). Στην παρούσα μελέτη έγινε έλεγχος των μεταβλητών όπου αναδείχτηκε ότι υπάρχει κανονική κατανομή.

Έτσι για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης chisquaretest (t-test) και η Ανάλυση Διασποράς μιας κατεύθυνσης ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως  $\alpha=0,05$ .

*Πίνακας 87: Στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις*

		<b>p value</b>
<b>ΔΜΣ</b>	Άγχος	0,036
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,012
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγχος	0,002
<b>Αϋπνίες</b>	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,021
<b>Αϋπνίες</b>	Κατάθλιψη	0,003
<b>Αϋπνίες</b>	Άγχος	0,000
<b>Γυμναστική</b>	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,031
<b>Επάγγελμα</b>	Κατάθλιψη	0,053
<b>Εργασία</b>	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,028
<b>Ηλικία εμμηναρχής</b>	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,038
<b>Ηλικία εμμηναρχής</b>	Άγχος	0,001
<b>Αρχή εμμηνόπαυσης</b>	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,000
<b>Αρχή εμμηνόπαυσης</b>	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,003
<b>Αρχή εμμηνόπαυσης</b>	Άγχος	0,015
<b>Τέλος εμμηνόπαυσης</b>	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,04
<b>Τέλος εμμηνόπαυσης</b>	Άγχος	0,000
<b>Υπέρταση</b>	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	0,043
<b>Λήψη ηρεμιστικών</b>	Κατάθλιψη	0,011
<b>Διάρκεια περιόδου</b>	Κατάθλιψη	0,018
<b>Διάρκεια περιόδου</b>	Άγχος	0,046
<b>Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα</b>	Κατάθλιψη	0,000
<b>Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα</b>	Κατάθλιψη	0,001

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει:

- Για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας υπάρχει σχέση με το επάγγελμα ( $p=0.053$ ), με τις αϋπνίες ( $p=0.003$ ), την διάρκεια της περιόδου ( $p=0.018$ ), τη λήψη

ηρεμιστικών φαρμάκων ( $p=0.011$ ), και το υψηλό σκορ στην εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.000$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.001$ ).

- Η εμφάνιση αγχωδών διαταραχών φαίνεται να σχετίζεται με τον υψηλό ΔΜΣ ( $p=0.036$ ), την μεγάλη οικογένεια ( $p=0.002$ ), τις αϋπνίες ( $p=0.000$ ), την ηλικία που άρχισε η έμμηνος ρύση ( $p=0.000$ ), καθώς και την ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης ( $p=0.015$ ), και λήξης της ( $p=0.000$ ), όπως επίσης και με την διάρκεια της περιόδου ( $p=0.046$ ).
- Το υψηλό σκορ στην εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0.012$ ), τις αϋπνίες ( $p=0.021$ ), την ενασχόληση με την γυμναστική ( $p=0.031$ ), την αρχή της εμμηνόπαυσης ( $p=0.000$ ) και την υψηλή αρτηριακή πίεση ( $p=0.043$ ).
- Το υψηλό σκορ στην εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το αν εργάζεται ή όχι η γυναίκα ( $p=0.028$ ), με την ηλικία εμμηναρχής ( $p=0.038$ ), με την ηλικία αρχής της εμμηνόπαυσης ( $p=0.003$ ) και με την εμμηνόπαυση τελικά ( $p=0.04$ ) (πίνακας 87).

Αν η μέση τιμή μιας ποσοτικής μεταβλητής διαφέρει ανάμεσα σε δύο ανεξάρτητα δείγματα, χρησιμοποιείτε το t-test. Στην περίπτωση όμως που η ποιοτική μεταβλητή, έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες (όπως π.χ. στην εκπαίδευση), δεν εφαρμόστηκε το t-test. Προκειμένου να γίνει έλεγχος το αν διαφέρουν οι μέσες τιμές μίας ποσοτικής μεταβλητής, ανάμεσα στις κατηγορίες μιας ποιοτικής, όταν αυτή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA).

Προϋπόθεση για να γίνει αυτός ο έλεγχος ήταν:

1. Η ποσοτική μεταβλητή να κατανέμεται κανονικά, σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής.
2. Οι διασπορές της ποσοτικής μεταβλητής, σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής, να είναι ίσες.
3. Οι k - ομάδες ατόμων (k - δείγματα) να είναι ανεξάρτητες.

Από την Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA) φάνηκε ότι:

- Η ηλικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.002$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.016$ ) (πίνακας 88).

- Η εκπαίδευση επίσης σχετίζεται με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.008$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.033$ ) (πίνακας 89).
- Το κάπνισμα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.019$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.008$ ) και με τα αυξημένα επίπεδα άγχους ( $p=0,052$ ) (πίνακας 90).
- Οι αϋπνίες σχετίζονται με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.009$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.001$ ) καθώς και με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους ( $p=0,000$ ) (πίνακας 91).
- Η έναρξη της εμμηνόπαυσης σχετίζεται επίσης με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.001$ ) και την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα ( $p=0.001$ ) καθώς και με αυξημένα επίπεδα άγχους ( $p=0,036$ ) (πίνακας 92).

Πίνακας 88: One-way ANOVA - ηλικία

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	29,855	1	29,855	9,354	,002
	Within Groups	711,701	223	3,191		
	Total	741,556	224			
ΣΚΟΡ_ΕΣΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	42,866	1	42,866	5,889	,016
	Within Groups	1623,356	223	7,280		
	Total	1666,222	224			
ΣΚΟΡ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	20,264	1	20,264	,154	,695
	Within Groups	9707,157	74	131,178		
	Total	9727,421	75			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	,484	1	,484	,459	,500
	Within Groups	78,042	74	1,055		
	Total	78,526	75			
ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	61,821	1	61,821	,634	,427
	Within Groups	21730,375	223	97,446		
	Total	21792,196	224			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	,463	1	,463	,456	,500
	Within Groups	226,177	223	1,014		
	Total	226,640	224			

Πίνακας 89: One-way ANOVA εκπαίδευση

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	50,359	5	10,072	3,191	,008
	Within Groups	691,197	219	3,156		
	Total	741,556	224			
ΣΚΟΡ_ΕΣΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	88,972	5	17,794	2,471	,033
	Within Groups	1577,250	219	7,202		
	Total	1666,222	224			
ΣΚΟΡ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	1172,933	5	234,587	1,920	,102
	Within Groups	8554,488	70	122,207		
	Total	9727,421	75			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	3,567	5	,713	,666	,650
	Within Groups	74,959	70	1,071		
	Total	78,526	75			
ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	175,655	5	35,131	,356	,878
	Within Groups	21616,541	219	98,706		
	Total	21792,196	224			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	2,742	5	,548	,536	,749
	Within Groups	223,898	219	1,022		
	Total	226,640	224			

Πίνακας 90: One-way ANOVA – κάρνισμα

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	26,125	2	13,063	4,053	,019
	Within Groups	715,430	222	3,223		
	Total	741,556	224			
ΣΚΟΡ_ΕΣΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	71,349	2	35,675	4,966	,008
	Within Groups	1594,873	222	7,184		
	Total	1666,222	224			
ΣΚΟΡ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	394,491	2	197,245	1,543	,221
	Within Groups	9332,930	73	127,848		
	Total	9727,421	75			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	,932	2	,466	,438	,647
	Within Groups	77,594	73	1,063		
	Total	78,526	75			
ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	574,118	2	287,059	3,003	,052
	Within Groups	21218,077	222	95,577		
	Total	21792,196	224			

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	5,482	2	2,741	2,752	,066
	Within Groups	221,158	222	,996		
	Total	226,640	224			

Πίνακας 91: One-way ANOVA - αἴπνιες

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	22,614	1	22,614	7,014	,009
	Within Groups	718,942	223	3,224		
	Total	741,556	224			
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	82,960	1	82,960	11,685	,001
	Within Groups	1583,262	223	7,100		
	Total	1666,222	224			
ΣΚΟΡ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	2318,428	1	2318,428	23,156	,000
	Within Groups	7408,994	74	100,122		
	Total	9727,421	75			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	3,533	1	3,533	3,486	,066
	Within Groups	74,994	74	1,013		
	Total	78,526	75			
ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	2886,404	1	2886,404	34,046	,000
	Within Groups	18905,792	223	84,779		
	Total	21792,196	224			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	21,218	1	21,218	23,034	,000
	Within Groups	205,422	223	,921		
	Total	226,640	224			

Πίνακας 92: One-way ANOVA – αρχή εμμηνόπαυσης

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	157,330	25	6,293	2,331	,001
	Within Groups	456,209	169	2,699		
	Total	613,538	194			
ΣΚΟΡ_ΕΞΩΣΤΡΕΦΟΜΕΝΗ_ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	Between Groups	347,140	25	13,886	2,284	,001
	Within Groups	1027,577	169	6,080		
	Total	1374,718	194			
ΣΚΟΡ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	2503,791	19	131,778	,872	,616
	Within Groups	5138,357	34	151,128		
	Total	7642,148	53			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Between Groups	14,810	19	,779	,576	,898
	Within Groups	46,024	34	1,354		
	Total	60,833	53			

ΣΚΟΡ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	3711,235	25	148,449	1,637	.036
	Within Groups	15322,683	169	90,667		
	Total	19033,918	194			
ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΑΓΧΟΥΣ	Between Groups	37,954	25	1,518	1,567	.051
	Within Groups	163,707	169	,969		
	Total	201,662	194			

### Συζήτηση

Η κλιμακτήριος αποτελεί μια περίοδο για τη γυναίκα που εν μέρει συνειδητά (στο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο) αλλά και ασυνείδητα (στο συναισθηματικό επίπεδο) μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και συγκρούσεις.

Σε αυτή τη φάση η γυναίκα διαπιστώνει ότι χάνει την νεανικότητα, την ομορφιά και την φρεσκάδα της, ενώ συναισθήματα θυμού και φόβου μπορεί να την κάνουν ζηλότυπη, εριστική, αποτρεπτική, ανασταλτική, και δηλητηριώδες τόσο για τους γύρω όσο και για τον εαυτό της.

Κατά την περίοδο πριν την εμμηνόπαυση και μετά παρατηρείται μια αύξηση στα ψυχικά νοσήματα που όμως δεν φθάνει σε υψηλά επίπεδα ψυχικών διαταραχών. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της κλιμακτηρίου, είναι η διακοπή της εμμήνου ρύσης, παρ' όλα αυτά όμως προκύπτουν διάφορα άλλα βιολογικά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα που μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες άγχους και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.

Έχει διαπιστωθεί πως γυναίκες με ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών, μικρή αυτοεκτίμηση και χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή τους είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη δυσκολιών κατά την κλιμακτήριο και μετά.

Τα πιο συνηθισμένα ψυχικά προβλήματα των γυναικών στη φάση της εμμηνόπαυσης είναι: η η συναισθηματική ευμεταβλητότητα, η ευερεθιστότητα, η υπερένταση, η ανασφάλεια, η ζάλη, η κόπωση, οι δυσκολίες στη συγκέντρωση, το άγχος, η αύξηση ή μείωση της λίμπιντο, η κατάθλιψη και οι διαταραχές ύπνου (αϋπνία).

Όπως και στην παρούσα μελέτη έχει αποδειχτεί και από άλλες έρευνες ότι η συσχέτιση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη, σαν ψυχιατρική διαταραχή, φαίνεται να μη τεκμηριώνεται παρ' ότι η περίοδος της κλιμακτηρίου μπορεί να συνοδεύεται από μία

παροδική καταθλιπτική αντίδραση. Σε μελέτη που έγινε από το 1997-2000 σε 102 γυναίκες ηλικίας 41-60 χρονών που βρίσκονταν στην κλιμακτήριο εξετάστηκαν με το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του άγχους BAI (Beck Anxiety Inventory) και με το ερωτηματολόγιο BDI (Beck depression Inventory) για την εκτίμηση της κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση είναι πιο ευάλωτες ως προς την εκδήλωση αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής:

- Όταν έχουν προδιάθεση για την εκδήλωση λόγω κληρονομικής προδιάθεσης.
- Όταν υπάρχει ευάλωτη προσωπικότητα.
- Άλλων στρεσογόνων κοινωνικών παραγόντων.

Τέλος η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι εκδηλώσεις αυτές άγχους και κατάθλιψης που μπορεί να εμφανιστούν στην εμμηνόπαυση δεν θα ακολουθούν τις γυναίκες ως το τέλος της ζωής τους αλλά θα είναι παροδικές (Λάζαρη Ξ και συν, 2007).

Στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής το 2017, η Χατζηλία Δ. με θέμα την «Εκτίμηση ευερεθιστότητας, άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής σε καπνιστές κατά την θεραπεία διακοπής καπνίσματος», η μέση τιμή για την εσωτερική ευερεθιστότητα ήταν 3,62 και για την εξωτερική 4,51 όταν στην παρούσα μελέτη οι τιμές αυτές ήταν 8,69 και 7,24 αναδεικνύοντας πόσο σημαντικό πρόβλημα είναι η εμμηνόπαυση για τις γυναίκες (Χατζηλία Δ, 2017).

Το 2007 έγινε στο Εκουαδόρ σε 300 γυναίκες, μελέτη για την καταγραφή των πιο βασικών συμπτωμάτων στη φάση της εμμηνόπαυσης. Όπως φαίνεται στον πίνακα 93 που ακολουθεί τα συμπτώματα τω εφιδρώσεων, οι αϋπνίες, τα προβλήματα με το μυϊκό σύστημα, και η απόλαυση του σεξ ποσοστιαία κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα. Οι Ελληνίδες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά άγχους, κόπωσης και προβλήματα με την καρδιά σε σχέση με τις γυναίκες του Εκουαδόρ. Αντιθέτως δηλώνουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Chedraui P et al., 2007).

Όπως επίσης αναφέρει από μελέτη που έχει κάνει η Αρετή Σπυροπούλου το 2017 για την «διερεύνηση ζητημάτων ψυχικής υγείας στην εμμηνόπαυση» και συμφωνούν με την παρούσα έρευνα οι περισσότερες γυναίκες δεν θα εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνό φαινόμενο (Σπυροπούλου Αρετή, 2017).

Πίνακας 93: Σύγκριση μελετών

	Παρούσα έρευνα	Έρευνα Εκουαδόρ
ΜΟ ηλικίας	54,04 (TA±8,3)	45,1 (TA±3,1)
Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης	44,9%	8,3%
Εξάψεις, εφίδρωση	51,1%	65,5%
Ταχυκαρδία	63,4%	9%
Αϋπνίες	44,4%	45,6%
Προβλήματα μυϊκό σύστημα	70,7%	77%
Κατάθλιψη	45,3%	74,6%
Άγχος	74,3%	35,7%
Κόπωση	70,2%	40%
Σεξ	63,1%	69,6%

### Συμπεράσματα

Η περίοδος της εμμηνόπαυσης είναι ένας σταθμός στη ζωή της γυναίκας που μπορεί να την φορτίσει ψυχοσωματικά καθώς έχει αποδειχθεί ότι καθώς οι γυναίκες μεγαλώνουν και μπαίνουν στην εμμηνόπαυση επιβαρύνονται ψυχολογικά για αυτό το λόγο κρίθηκε καλό να μελετηθεί το θέμα.

Η εμμηνόπαυση μπορεί να «έλθει» μαζί με άλλα προβλήματα υγείας, όπως οστεοπόρωση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά προβλήματα κ.α.

Για την θεραπεία και την πρόληψη της εμμηνόπαυσης συνηθιζόταν να συστήνεται ορμονοθεραπεία. Παρόλα αυτά και μετά από μελέτες που έχουν γίνει πάνω στο θέμα και συνέδεσαν την ορμονοθεραπεία με την εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου, όπως π.χ. του μαστού, καρδιαγγειακά προβλήματα κ. α αποφασίστηκε να χορηγείται σε μικρές δόσεις και για μικρό χρονικό διάστημα.

Για αυτό το λόγο αποφάσισαν οι γυναίκες να στραφούν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως η αρωματοθεραπεία, η ομοιοπαθητική κ. α.



Για την διερεύνηση του θέματος που μελετάμε πραγματοποιήθηκε επιτόπια έρευνα για να διαπιστωθεί η επιβαρυσμένη ψυχολογική κατάσταση των γυναικών την περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Με βάση το δείγμα που συλλέχθηκε (225 γυναίκες που ήταν στην εμμηνόπαυση) αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν έπασχαν από κατάθλιψη και ότι το άγχος που τις διακατείχε κινούνταν σε ήπια επίπεδα.

Εν κατακλείδι οι γυναίκες σ' αυτή την περίοδο είναι πιο ευάλωτες σε πολλούς παράγοντες

1. όταν έχουν προδιάθεση για την εκδήλωση λόγω κληρονομικής προδιάθεσης,
2. όταν υπάρχει ευάλωτη προσωπικότητα εκ των εκτεθέντων προκύπτει πόσο αναγκαία και χρήσιμη είναι η συνεργασία του γυναικολόγου και του ψυχιάτρου για την διευκόλυνση του περάσματος της γυναίκας στο τελευταίο τρίτο της ζωής της, χωρίς προβλήματα.

### **Προτάσεις**

- Έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση της γυναίκας σχετικά με τη χρονική αυτή περίοδο, την εμμηνόπαυση.
- Ενημέρωση της γυναίκας για τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου- εμμηνόπαυσης και την ένταση, με την οποία πιθανώς αυτά θα εμφανιστούν και να την ενθαρρύνει να φανεί ψύχραιμη απέναντι σε αυτά.
- Πρόγραμμα άσκησης και σωστής διατροφής κατά την περίοδο αυτή.
- Συστηματική ιατρική παρακολούθηση και έλεγχος ορμονών και εξετάσεων.
- Σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται και η χρήση ορμονικής θεραπείας για καλύτερη ποιότητα ζωής.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adamopoulos DA, e. a. (2002, March). Age at menopause and prevalence of its different types in contemporary Greek women. *Menopause* , σσ. 443-448.

BATRINOS ML, e. a.-F. (1978, December). THE CLINICAL FEATURES OF THE MENOPAUSE AND ITS RELATION TO THE LENGTH OF PREGNANCIES AND LACTATION. *Maturitas* , , σσ. 261-268.

Bush TI, e. a.-C. (1987, Jun). “*Cardiovascular mortality and noncontraceptive use of estrogens in women*”: results from the lipid research clinics program follow-up study, *circulation*. Ανάκτηση Μάιος 10, 2019, από ncbi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3568321>

Chedraui P et al., W. A. (2007, July 20). ssuming menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* , σσ. Volume 57, Issue 3, Pages 271–278.

Hill K. (1996, Mar). The demography of Menopause. *Maturitas* , σσ. 23:113-127.

Kaufert PA et al, G. P. (1992, January ). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* , σσ. Volume 14, Issue 2, Pages 143–155.

M Richardson. (2004). «Gynecology and reproductive biology». Αθήνα: Πασχαλίδη.

Pagannini-Hill A & Henderson Vw. (1994). “Estrogen deficiency and risk of Alzheimer’s disease”, . *Am J. Epidemiol*, , σσ. 256-261.

Runnebaum B & Rabe T. (1997). ”Gynecological endocrinology”. Στο “*The female climacteric*” (σσ. Volume I, Chapter 14 ). Springer eds.

Runnebaum B, & R. (1997). Volume I, Chapter 14 “The female climacteric”. Στο “*Gynecological endocrinology*”. Springer eds.

Shumaker SA et al, L. C.-S.-W., & Investigators, W. (2003, May ). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* , σ. 289.

Stoppard M. (2000). “*Εμμηνόπαυση*” . Αθήνα: Δομική.

Voda Am. (1981). “Climacteric hot flash”, . *Maturitas* , σσ. 73-90.

Wiki, P. (n.d.). Ανάκτηση Μάιος 15, 2018, από Zung Self-Rating Depression Scale : [http://psychology.wikia.com/wiki/Zung\\_Self-Rating\\_Depression\\_Scale](http://psychology.wikia.com/wiki/Zung_Self-Rating_Depression_Scale)

Yaari S et al, G. E.-Z. (1981, May 9). “Association of serum HDL and total cholesterol with total cardiovascular and cancer mortality in a 7 years prospective study 10.000 women ”. *Lancet* , σσ. 1011-1015.

Zung, W. (1965, 12:63–70 ). *A self-rating depression scale* . Ανάκτηση Μάιος 15, 2018, από Arch Gen Psychiatry : <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488696>

Α Σπυροπούλου και συν, Ι. Ζ. (2008). Μελέτη της ευερεθιστότητας σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση. *Ψυχιατρική* , σσ. 19:115-123.

Αθανασίου Π & Κώστογλου Ιφιγένεια. (n.d.). «Οστεοπόρωση. η σιωπηλή νόσος». *Η ιατρική σήμερα* , σσ. ΙΘ-Τεύχος 53.

Ανώνυμος. (n.d.). *Εμμηνόπαυση*. Ανάκτηση Μάιος 10, 2019, από <https://www.gmss.gr/%CE%B5%CE%BC%CE%BC%CE%B7%CE%BD%CF%8C%CF%80%CE%B1%CF%85%CF%83%CE%B7/>

Βικιπαίδεια. (n.d.). *Αναπαραγωγικό σύστημα*. Ανάκτηση Μάρτιος 2019, από [el.wikipedia.org/](http://el.wikipedia.org/)

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C\\_%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1)

Βλασσοπούλου Α. (2013, Οκτώβριος 14). *Κατάθλιψη στην εμμηνόπαυση: Τα αίτια, οι κίνδυνοι και η θεραπεία*. Ανάκτηση Μάιος 15, 2019, από [boro: https://boro.gr/31861/katathlipsh-sthn-emmhnopaysh-ta-aitia-oi-kindynoi-kai-h-therapeia/](http://boro.gr/31861/katathlipsh-sthn-emmhnopaysh-ta-aitia-oi-kindynoi-kai-h-therapeia/)

Δαραμούσκα Π. (2015). Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Εργασία. Αθήνα.

Διακουμοπούλου Μ. (2006). «Μελέτη προδιαθεσικών παραγόντων για εμφάνιση οστεοπόρωσης, σε έφηβους ηλικίας 11-14 ετών στη Σητεία», *Πτυχιακή εργασία*. Σητεία: ΑΤΕΙ Κρήτης, Παράρτημα Σητείας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

Διονύσιος Ι Αραβαντινού. (1982). Φυσιολογία της γυναίκας. Αθήνα: Παρισσιανού Μαρία.

Ε. Βλάχου, Ο. Γ.-Σ.-Σ. (2013, January – March). Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνόπαυσιακών γυναικών. “*To Vima tou Askliptiou*” Journal , σσ. Τόμος 12, Τεύχος 1.

Καλαβατίδου ΠΦ. (2009). «Εμμηνόπαυση», Πτυχιακή Εργασία, ΣΕΥΠ, τμήμα Μαιευτικής. Αθήνα: Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ.

Καλογερόπουλος. (1997). “Γυναικολογία”. Θεσσαλονίκη: University studio press.

Καραντία Α. (n.d.). *Ψυχική διάθεση και Σωματική άσκηση* . Ανάκτηση Μάιος 15, 2019, από iatro.gr: <https://iatro.gr/psychiki-diathesi-26-somatiki-askisi/>

Κατσαρού Α & Λουκαδάκης Ι. (2017). «Ποιότητα ζωής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών και βελτίωση τρόπου ζωής», Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κατσαρού, Ι. Λ. (2017). «Ποιότητα ζωής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών και βελτίωση του τρόπου ζωής», . Ηράκλειο: Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κρεατσάς Γεώργιος. (2009). *Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Λάζαρη Ξ και συν, Π. Χ. (2007). *Η γυναίκα στην εμμηνόπαυση*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθηνών, ΣΕΥΠ, Τμήμα Επισκεπτρι[ων Υγείας, Πτυχιακή Εργασία.

Λώλης Δ. (1995). «Γυναικολογία και Μαιευτική»,. Αθήνα: Παρισσιανός .

Ντότσικα-Αθανασιάδη Ιωάννα. (2010). Αναπαραγωγικό σύστημα. Στο *Ανατομία* (σσ. 260-264).

Σ ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ. (2009). *Ορμονικοί και ανοσολογικοί δείκτες καταθλιπτικών γυναικών στην κλιμακτήριο*,. ΛΑΡΙΣΑ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.: Διδακτορική Διατριβή.

Σέγκος-Μανιάς. (1992). “Γυναικολογική Ενδοκρινολογία”,. Αθήνα,: Λίτσας, 2η έκδοση,.

Σμυρνάκη Ε, κ. σ. (2009). «Οστεοπόρωση και ποιότητα ζωής των πασχόντων», Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σούλου Ξ. (2008). “Υγεία / Γυναικολογία - Μαιευτική / Εμμηνόπαυση”. Αθήνα: [www.Iatronet.gr](http://www.Iatronet.gr).

Σούλου Ξανθή. (2003, Φεβρουάριος 18). «Εμμηνόπαυση». Ανάκτηση Ιανουάριος 15, 2019, από [iatronet.gr](http://iatronet.gr): <https://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/588/emminopafsi.html>

Σπυροπούλου Αρετή. (2017). *Ζητήματα ψυχικής υγείας στην εμμηνόπαυση*. Αθήνα: Ψυχίατρος Mphil (CANTAB), Διδάκτωρ Παν/μιου Αθηνών Τμήμα Ψυχικής Υγείας Γυναικών Α' Παν/κή Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Σταματόπουλος ΧΠ και συν, Μ. Θ. (2007, Μάιος 30). Απώτερες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, σσ. 127-134.

Τσουλέα Ρ. (2008, Απρίλιος 24). *Οι ασθένειες που «κτυπούν» τις γυναίκες*. Ανάκτηση Μάιος 10, 2019, από [tanea](http://tanea.gr): <https://www.tanea.gr/2008/04/24/health/oi-astheneies-poy-ktypoyn-tis-gynaikes/>

Χατζηλία Δ. (2017). *Εκτίμηση ευερεθιστότητας, άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής σε καπνιστές κατά τη θεραπεία διακοπής καπνίσματος*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διδακτορική Διατριβή.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

### **Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων**

*Αγαπητοί συμμετέχοντες,*

*Ονομαζόμαστε Κοκόνα Φ., Λαζαράκη Μ. και Μεταξάκη Μ. και είμαστε σπουδάστριες του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.*

*Η διπλωματική μας εργασία έχει τίτλο «Διερεύνηση καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας και ευερεθιστότητας γυναικών στην εμμηνόπαυση».*

*Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική.*

*Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.*

#### **Φοιτητές:**

Κοκόνα Φωτεινή

Λαζαράκη Μαρία

Μεταξάκη Μαρία

#### **Επιβλέπων Καθηγητής:**

*Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής*

*Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc PhDc*

#### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

*Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr*

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### 1<sup>η</sup> ΕΝΟΤΗΤΑ (Δημογραφικά- προσωπικά στοιχεία)

1. Τόπος Διαμονής: 1. Πόλη 2. Χωριό
2. Έτος γέννησης/ηλικία ...../.....
3. Βάρος:.....
4. Ύψος:.....
5. Οικογενειακή κατάσταση: 1. Έγγαμη 2. Άγαμη  
3. Διαζευγμένη 4. Άλλο
6. Αριθμός παιδιών .....
7. Πόσα μέλη είσατε στην οικογένεια συνολικά; .....
8. Εκπαίδευση: 1. Δημοτικό 2. Γυμνάσιο 3. Λύκειο 4. ΤΕΙ 5. ΑΕΙ 6.  
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
9. Κάπνισμα: 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ 3. Πρώην καπνίστρια
10. Έχετε αϋπνίες: 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ
11. Κάνετε γυμναστική ή κάποια άσκηση; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ
12. Επάγγελμα: 1. Συνταξιούχος 2. Οικιακά 3. Υπάλληλος 4. Άνεργη  
5. Ελεύθερος Επαγγελματίας

### 2<sup>η</sup> ΕΝΟΤΗΤΑ (Στοιχεία και συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση)

13. Παίρνατε ορμόνες κατά την εγκυμοσύνη; 1. Ναι 2. Όχι
14. Θηλάσατε μετά από κάποια εγκυμοσύνη; 1. Ναι 2. Όχι
15. Πότε σας πρωτοεμφανίσθηκε η περίοδος (ηλικία εμμηναρχής).....
16. Πότε σας πρωτοεμφανίσθηκε η εμμηνόπαυση (ηλικία).....
17. Πότε σας τελείωσε η περίοδος οριστικά; (ηλικία).....
18. Είναι τα χέρια ή τα πόδια σας πιο κρύα από το υπόλοιπο σώμα ή και τα δύο; 1. Ναι  
2. Όχι
19. Έχετε περισσότερους πονοκέφαλους; 1. Ναι 2. Όχι
20. Παρουσιάζεται καυτές εξάψεις κατά την διάρκεια της νύχτας, ιδρώνετε; 1. Ναι  
2. Όχι
21. Αισθάνεστε περισσότερη κούραση γενικά; 1. Ναι 2. Όχι
22. Αισθάνεστε ότι έχετε καταθλιπτική συμπεριφορά; 1. Ναι 2. Όχι
23. Έχετε περισσότερο χαμηλό πόνο στην πλάτη ή πόνο στα ισχία; 1. Ναι  
2. Όχι
24. Έχετε υπέρταση; 1. Ναι 2. Όχι
25. Έχετε διαταραχές Θυρεοειδή; 1. Ναι 2. Όχι
26. Έχετε Σακχαρώδη διαβήτη; 1. Ναι 2. Όχι
27. Έχετε κάτι άλλο αναφέρετε.....

28. Παίρνετε ηρεμιστικά; 1. Ποτέ 2. Σπάνια 3. Συχνά
29. Χρησιμοποιείται ή χρησιμοποιήσατε ποτέ κάποια μέθοδο αντισύλληψης; (αν ναι επιλέξτε ότι έχετε χρησιμοποιήσει)
1. Διακοπή συνουσίας 2. Προφυλακτικά 3. Ενδομήτριο έλασμα-διάφραγμα 4. Κολπικά υπόθετα 5. Αντισυλληπτικά χάπια 6. Χρήση άλλου μέτρου (αναφέρετε).....
30. Η διάρκεια του κύκλου σας ήταν:
1. < 28ημέρες 2. Ακριβώς 28 ημέρες 3. > 29 ημερών
31. Πόσο διαρκούσε η έμμηνος ρύση σας (αναφέρετε σε μέρες):.....
32. Έχετε κάνει έκτρωση; 1. Ναι 2. Όχι

### **3<sup>η</sup> ΕΝΟΤΗΤΑ (κλίμακα Ευερεθιστότητας)**

1. «Νευριάζω και φωνάζω ή φέρομαι απότομα στους άλλους»
1. Ναι σίγουρα  
2. Ναι, μερικές φορές  
3. Όχι και τόσο  
4. Όχι, καθόλου
2. «Είμαι υπομονετικός/ή με τους άλλους ανθρώπους»
1. Πάντα  
2. Συχνά  
3. Μερικές φορές  
4. Σχεδόν ποτέ
3. «Νιώθω ότι θα μπορούσα να χάσω τον έλεγχο και να χτυπήσω ή να τραυματίσω κάποιον»
1. Αρκετές φορές  
2. Μερικές φορές  
3. Σπάνια  
4. Ποτέ
4. «Οι άνθρωποι με ταράζουν τόσο πολύ, που μου έρχεται η επιθυμία να κοπανάω τις πόρτες, ή να σπάω πράγματα».
1. Ναι συχνά  
2. Ναι, μερικές φορές  
3. Μόνο σπάνια  
4. Καθόλου
5. «Νιώθω ότι θέλω να βλάψω τον εαυτό μου»
1. Ναι σίγουρα  
2. Ναι, μερικές φορές  
3. Όχι και τόσο  
4. Όχι, καθόλου



6. «Θυμώνω με τον εαυτό μου»

1. Ναι σίγουρα
2. Ναι, μερικές φορές
3. Όχι και τόσο
4. Όχι, καθόλου

7.«Μου έρχεται η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου»

1. Μερικές φορές
2. Όχι πολύ συχνά
3. Σχεδόν ποτέ
4. Καθόλου

8.«Τελευταία εκνευρίζομαι με τον εαυτό μου».

1. Πάρα πολύ
2. Μάλλον αρκετά
3. Όχι πολύ
4. Καθόλου

**Κλίμακα Αυτό-αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung**

	<i>Καθόλου</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>	<i>Πάντα</i>
Αισθάνομαι αποθαρρυσμένη και στεναχωρημένη				
Το πρωί αισθάνομαι καλύτερα				
Κλαίω ή αισθάνομαι ότι θα κλάψω				
Τη νύχτα έχω αϋπνίες				
Η όρεξή μου για φαγητό είναι η ίδια. Τρώω όσο και παλαιότερα.				
Απολαμβάνω το sex				
Παρατηρώ ότι χάνω βάρος				
Έχω πρόβλημα δυσκοιλιότητας				
Η καρδιά μου κτυπά γρηγορότερα από το συνηθισμένο				
Αισθάνομαι κούραση χωρίς λόγο				
Το μυαλό μου είναι τόσο ξάστερο, όσο και παλαιότερα				
Κάνω εύκολα τα πράγματα που έκανα και παλαιότερα				
Είμαι ανήσυχη και δεν μπορώ να κάτσω ήσυχα				
Αισθάνομαι αισιόδοξα για το μέλλον				
Είμαι πιο οξύθυμη από συνήθως				
Μου είναι εύκολο να λαμβάνω αποφάσεις, στα καθημερινά θέματα				
Αισθάνομαι χρήσιμη και αναγκαία για τους άλλους				
Αισθάνομαι ότι η ζωή μου είναι αρκετά ικανοποιητική				


Αισθάνομαι ότι οι άλλοι θα ήταν καλύτερα, εάν είχα πεθάνει				
Απολαμβάνω ακόμα τα πράγματα που έκανα παλαιότερα				

### **Κλίμακα άγχους HAMILTON**

	<i>Καθόλου</i>	<i>Ήπια</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Σοβαρά</i>	<i>Πολύ σοβαρά</i>
1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ: Ανησυχία, Εγρήγορη, Αναμονή του χειρότερου, ευερεθιστότητα					
2. ΕΝΤΑΣΗ: Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.					
3. ΦΟΒΙΕΣ: για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος					
4. ΑΥΠΝΙΑ: Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.					
5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ: Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.					
6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπυ, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.					
7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ): Μυικοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μύοσπασμοι, τρίζιμο δοντιών, αστάθεια φωνής					
8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ): Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.					
9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφύξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία					
10. ΑΝΑΙΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.					
11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγχων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα					
12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετήσιας επιθυμίας, ανικανότητα.					
13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ.: Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση,					

ύλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.					
14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τίκς, βηματισμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυϊκός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου					

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας**

  
**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 20/6/2018

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη  
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : \_\_\_\_\_ 914

ΠΡΟΣ:

Μεταξάκη Μαρία  
Λαζαράκη Μαρία  
Κοκόνα Φωτεινή

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Καρτσωνάκη Μαρία

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6389 Μεταξάκη Μαρία  
ΥΝ6459 Λαζαράκη Μαρία  
ΥΝ6513 Κοκόνα Φωτεινή

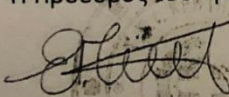
με θέμα: «" Διερεύνηση καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας γυναικών στην εμμηνόπαυση"».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Καρτσωνάκη Μαρία

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για τη υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος



Ευριδίκη Πατελάρου  
Αναπλ. Καθηγήτρια