



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Έμμηνόπαυση και Νοσηλευτικές Διεργασίες”



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**Αλεξάνδρα Γκογιάννου**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ**

**Λευκοθέα Ματσούλη**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή έχει ως θέμα την εμμηνόπαυση και τις διεργασίες που θα πρέπει να είναι σε θέση οι νοσηλευτές να εκτελέσουν σε συνδυασμό με τις ιατρικές οδηγίες προκειμένου να αντιμετωπιστεί η εμμηνόπαυση με τον καλύτερο τρόπο για την κάθε γυναίκα ξεχωριστά. Η εμμηνόπαυση ορίζεται ως η χρονική περίοδος κατά την οποία η γυναίκα παύει να έχει έμμηνο ρήση ( περίοδο ) που θα πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον για ένα έτος. Στο 95% των περιπτώσεων η ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται η εμμηνόπαυση είναι τα 44 και άνω. Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει απώλεια παραγωγής οιστρογόνων με αποτέλεσμα αυτό να προκαλεί μια ποικιλία σημείων και συμπτωμάτων καθιστώντας αναγκαία την επίσκεψη στον γιατρό προκειμένου να αντιμετωπιστούν. Η θεραπεία της εμμηνόπαυσης εξαρτάται από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει η κάθε γυναίκα ξεχωριστά αλλά η επικρατέστερη από όλες είναι η ορμονοθεραπεία ( ΗΤ ). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός καθώς αυτός θα έρθει πρώτος σε επαφή με την γυναίκα για να ακούσει τι την απασχολεί και με αυτόν τον τρόπο θα διακρίνει τα συμπτώματα και θα φροντίσει για την άμεση αντιμετώπιση τους με αποτέλεσμα την καλύτερη διαβίωση της γυναίκας. Επομένως, ο γυναικολόγος θα πρέπει να ενημερώσει τις ασθενείς του για τους μεθόδους πρόληψης και για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και ο νοσηλευτής με τη σειρά του θα πρέπει να είναι σε θέση να τις καθοδηγήσει με τον κατάλληλο τρόπο για είναι όσο το δυνατόν πιο ομαλή η περίοδος αυτή στη ζωή της κάθε γυναίκας.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την πτυχιακή για την εύρεση των κατάλληλων άρθρων είναι οι εξής : εμμηνόπαυση , εξάψεις, ρόλος του νοσηλευτή, ορμονοθεραπεία , κατάθλιψη, οστεοπόρωση.

## **ABSTRACT**

This dissertation is about menopause and the processes that nurses should be able to perform in conjunction with medical instructions in order to treat menopause in the best way for each woman individually. Menopause is defined as the period of time during which a woman stops menstruating (period) which should last for at least a year. In 95% of cases the age at which menopause occurs is 44 and over. During menopause there is a loss of estrogen production resulting in this causing a variety of signs and symptoms making it necessary to visit the doctor in order to treat them. The treatment of menopause depends on the symptoms that each woman experiences individually but the most prevalent of all is hormone therapy (HT). The role of the nurse is very important as she will be the first to come in contact with the woman to hear what concerns her and in this way she will distinguish the symptoms and will take care of their immediate treatment resulting in a better life for the woman. Therefore, the gynecologist should inform his patients about the methods of prevention and the symptoms of menopause and the nurse in return should be able to guide them in the appropriate way so that the period is as smooth as possible. she in the life of every woman.

The keywords used in this dissertation to find the right articles are: menopause, hot flashes, nurse role, hormone therapy, depression, osteoporosis.

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT .....	3
Α΄ ΜΕΡΟΣ .....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
2. ΣΚΟΠΟΣ .....	8
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	8
4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ .....	9
5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	10
5.1 Εμμηνοπαυσιακός κύκλος και ορμονικές αλλαγές.....	11
5.2 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης .....	14
5.2.1 Εξάψεις.....	14
5.2.2 Κολπική ξηρότητα .....	15
5.2.3 Γνωστικές διαταραχές.....	16
5.2.4 Διαταραχές ύπνου.....	17
5.2.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	19
5.2.6 Κατάθλιψη .....	20
5.2.8 Σεξουαλική δυσλειτουργία .....	21
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	22
6.1 Φυσιολογικές γυναίκες .....	22
6.2 Ειδικές περιπτώσεις γυναικών .....	24
6.2.1 Ληψη αντισυλληπτικών .....	24
6.2.2 Διαταραχές καταμήνιου κύκλου.....	24

6.2.3 Υστερεκτομή ή αποβολή ενδομητρίου .....	25
7. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	26
7.1 Προληπτικές εξετάσεις .....	26
7.2 Περιορισμός καπνίσματος .....	26
7.3 Άσκηση.....	26
7.4 Διατροφή.....	27
7.5 Ύπνος.....	28
8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
8.1 Γενικευμένες θεραπείες .....	29
8.2 Ειδικευμένες θεραπείες.....	31
8.2.1 Κολπική ξηρότητα .....	31
8.2.2 Γνωστικές διαταραχές.....	32
8.2.3 Διαταραχές ύπνου.....	33
8.2.4 Κατάθλιψη .....	34
B΄ ΜΕΡΟΣ.....	36
1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	36
2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	44
Γ΄ ΜΕΡΟΣ.....	45
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	54

## **A ´ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η εμμηνόπαυση ορίζεται αναδρομικά ως η διακοπή της αυθόρμητης εμμήνου ρήσεως για 12 μήνες. Σε όλο τον κόσμο, οι περισσότερες γυναίκες μπαίνουν στην εμμηνόπαυση μεταξύ των ηλικιών 49 και 52 ετών ( *Takahashi and Johnson, 2015* ). Η παρουσία της εμμηνόπαυσης πριν από τα 40 και μετά τα 53 χρόνια θεωρείται ως μια παθολογική κατάσταση ( *Καρπάθειος, 2001* ). Τα χρονικά διαστήματα που προηγούνται και έπονται της εμμηνόπαυσης χαρακτηρίζονται ως προεμμηνοπαυσιακή και μετεμμηνοπαυσιακή φάση, ως περιεμμηνοπαυση χαρακτηρίζονται τα αμέσως πριν και αμέσως μετά την εμμηνόπαυση γεγονότα ( *Καλογερόπουλος, 2004* ).

Η προεμμηνοπαυσιακή φάση είναι τα 4-6 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση. Στην αρχή αυτή της φάσης και μέσα σε λίγους μήνες παρουσιάζονται μαζί με τις εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες και τα ήπια κλιμακτηριακά ενοχλήματα που οφείλονται σε αγγειοκινητικές και νευροψυχικές διαταραχές ( *Καλογερόπουλος, 2004* ).

Στην περιεμμηνοπαυσιακή φάση, η εφεδρεία των ωοθυλακίων αρχίζει λίγο πριν την εμμηνόπαυση να εξαντλείται. Τα ωοθυλάκια που παραμένουν δεν ωριμάζουν πλήρως και υφίστανται τις διεργασίες της ατρησίας. Λόγω της ατελούς ωρίμανσης των ωοθυλακίων παρατηρείται ολιγομηνόρροια και υπομηνόρροια ( *Καλογερόπουλος, 2004* ).

Στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση αρχίζουν να αναπτύσσονται οι χρόνιες μεταβολικές και οργανικές διαταραχές , που συνεχίζονται και στη μετακλιμακτηριακή ηλικία και εκδηλώνονται κλινικώς ως επιπλοκές και παθολογικές καταστάσεις από το καρδιαγγειακό, μυοσκελετικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα ( *Καλογερόπουλος, 2004* ).

Οι προεμμηνοπαυσιακές αλλά και οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες συχνά αναζητούν την βοήθεια των γιατρών όταν εμφανίζονται τα κλιμακτηριακά συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στις αλλαγές στην λειτουργία των ωοθηκών κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Η εναλλαγή από την πλήρη

λειτουργία των ωοθηκών στην προεμμηνόπαυσιακή φάση σε μια πλήρη έλλειψη σύνθεσης οιστρογόνων των ωοθυκών στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση είναι μια φυσιολογική πορεία της φυσιολογίας του ανθρώπου αλλά μπορεί να αναπτυχθούν ειδικές διαταραχές ή ασθένειες ως αποτέλεσμα της μειωμένης σύνθεσης των οιστρογόνων ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Στην περίοδο της εμμηνόπαυσης που ονομάζονται περιτοναϊκή και αντίστοιχα μετεμμηνοπαυσιακή παρουσιάζονται ψυχοκοινωνικές και άλλες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία και μπορούν να προκαλέσουν ορισμένα φυσικά συμπτώματα. Μια ορθολογική προσέγγιση των κλιμακητικών συμπτωμάτων χρειάζεται μια καλά τεκμηριωμένη γνώση των φυσιολογικών αλλά και των παθοφυσιολογικών αλλαγών που εμφανίζονται και ταυτόχρονα επηρεάζουν τις γυναίκες σε αυτήν την περίοδο της ζωής τους. Υπάρχουν πολλές θεραπείες, με μία από αυτές να είναι η περιτοναϊκή και μετεμμηνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία ( ΜΗΤ) με τα σεξουαλικά στεροειδή ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Έχουν διεξαχθεί επιδημιολογικές μελέτες σε γυναίκες σε εμμηνόπαυση και προσφέρουν αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την συχνότητα εμφάνισης, την επικράτηση και τη σοβαρότητα μερικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Παρ'όλα αυτά, το θέμα αυτό είναι σχετικά καινούργιο και υπάρχει πιθανότητα να υπάρχουν υποομάδες γυναικών οι οποίες είναι περισσότερο ή και λιγότερο ευαίσθητες σε συγκεκριμένα συμπτώματα ή ομάδες συμπτωμάτων ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Το 2005 συγκλήθηκε μια κορυφαία επιστημονική διάσκεψη για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, με μια ομάδα εμπειρογνομόνων αξιολογητών, οι οποίοι ανέλαβαν να αξιολογήσουν ποια από τα μεγάλα σύνολα συμπτωμάτων της μέσης ηλικίας είναι πιθανότερο να οφείλονται στην εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα αυτά αξιολογήθηκαν για την εγγύτητα τους στην εμμηνόπαυση, εκτός από την διαδικασία της γήρανσης και την πιθανότητα χορήγησης οιστρογόνων να είναι αποτελεσματική στην καταπράυνση των συμπτωμάτων. Από την ανασκόπηση των στοιχείων, τα συμπτώματα που προέκυψαν και μπορούσαν να συνδεθούν με την εμμηνόπαυση ήταν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, η κολπική ξηρότητα και η δυσκολία στον ύπνο. Μετά από αυτήν την διάσκεψη και βάσει τριών τεκμηριωμένων μελετών, η εκδήλωση της κατάθλιψης μπήκε και αυτή στη λίστα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Οι

διαχρονικές μελέτες που αφορούν την γνωστική λειτουργία κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης δεν ήταν ακόμη διαθέσιμες αλλά έχουν επίσης μετεγενέστερα αναφερθεί. Υπάρχουν πολλά άλλα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από τις γυναίκες της εμμηνόπαυσης. Αυτά περιλαμβάνουν τους αρθρικούς και μυικούς πόνους, την ακράτεια ούρων, την αυξημένη συρρίκνωση του δέρματος, τις αλλαγές στο περίγραμμα του σώματος και την σεξουαλική δυσλειτουργία. Διεξήχθησαν αρκετές μελέτες για να εντοπίσουν την σχέση αυτών των συμπτωμάτων με την εμμηνόπαυση αλλά είναι δύσκολη η εύρεση στοιχείων που να την τεκμηριώνουν ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

## **2. ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η ανάδειξη των συμπτωμάτων και των αλλαγών που συμβαίνουν στη γυναίκα κατά την εμμηνόπαυση, την θεραπεία της καθώς και το ρόλου του νοσηλευτή για την πιο ομαλή βίωση της εμμηνόπαυσης.

## **3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Η παρούσα ανασκοπική μελέτη βασίστηκε στη βιβλιογραφία που βρέθηκε σε σχέση με το θέμα της εμμηνόπαυσης καθώς και το ρόλο του νοσηλευτή. Χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed για την αναζήτηση συστηματικών ανασκοπήσεων και ερευνητικών μελετών, ενώ ταυτόχρονα έγινε αναζήτηση και στη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ, για την εύρεση ολόκληρων κειμένων βιβλιογραφικών πηγών, οι οποίες δεν ήταν διαθέσιμες μέσω κάποιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων. Το χρονικό διάστημα για τον οποίο έγινε η αναζήτηση ήταν από το έτος 2009 μέχρι το έτος 2019. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για να βρεθεί η σχετική βιβλιογραφία ήταν “menopause”, “menopause and symptoms”, “climacteric and depression”, “menopause and treatment”, “menopause and cardiovascular symptoms” και “osteoporosis and menopause”. Τα αποτελέσματα έγιναν πιο σαφή αφού χρησιμοποιήθηκαν και οι παρακάτω περιορισμοί : Free Full Text, 10 years.



#### 4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι γυναίκες γεννιούνται με το πλήρες τους πλήθος ωοκυττάρων και κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών τους χρόνων, αυτά τα ωοκύτταρα εξαντλούνται σταδιακά μέσω της ωορρηξίας και της αθησίας. Ο μειωμένος αριθμός ωοκυττάρων εκκρίνει λιγότερη αναστολίνη Β, μειώνοντας την αρνητική ανταπόκριση των ωοθηκών στην ορμόνη διέγερσης των ωοθυλακίων (FSH). Η προκύπτουσα αύξηση του επιπέδου FSH οδηγεί σε περισσότερη πρόσληψη ωοθυλακίων και επιταχυνόμενη απώλεια των θυλακίων, με διατήρηση των επιπέδων οιστραδιόλης στην πρόωμη μεταβατική περίοδο στην εμμηνόπαυση. Τελικά, η εξάντληση των ωοθυλακίων έχει ως αποτέλεσμα τη μεταβλητότητα της ανταπόκρισης των ωοθηκών στη FSH, τα ευρέως διακυμμένα επίπεδα οιστρογόνων και την απώλεια του φυσιολογικού κύκλου αναπαραγωγής. Όταν όλα τα ωοθυλάκια έχουν εξαντληθεί, οι ωοθήκες δεν μπορούν να ανταποκριθούν ακόμη και σε υψηλά επίπεδα FSH και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται. Η μετεμμηνοπαυσιακή περίοδος χαρακτηρίζεται ορμονικά από αυξημένα επίπεδα FSH ( $> 30$  mIU / mL) και χαμηλής οιστραδιόλης ( *Takahashi and Johnson, 2015* ).

Η ανθρώπινη ωοθήκη αποτελείται από έναν εξωτερικό φλοιό που περιέχει ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ανάπτυξης και μια κεντρική μυελώδη ουσία με έντονη αγγειοβριθεία. Ο φλοιός και μυελώδης ουσία περιέχουν ένα στρώμα μεσεγγυματικής προέλευσης, το οποίο εκτός από την στηριχτική του λειτουργία συμμετέχει και στη σύνθεση στεροειδών, κυρίως ανδρογόνων. Τα κύτταρα του στρώματος σχηματίζουν επίσης τα κύτταρα του ελύτρου που περιβάλλει τα ωοθυλάκια ( *Campbell and Monga, 2015* ).

Τα αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια παράγουν την οιστραδιόλη που κυκλοφορεί στο πλάσμα μιας προεμμηνοπαυσιακής γυναίκας. Η σύνθεση της οιστραδιόλης γίνεται από την ανδροστενδιόνη και την τεστοστερόνη στα κύτταρα της βασικοκυτταρικής μεμβράνης των ωοθυλακίων. Η μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα καταλύεται από το ένζυμοκαταρράκτης αρωμάτασης και προάγεται από την FSH. Τα κύτταρα της θήκης παράγουν επίσης οιστραδιόλη από ανδρογόνα, των οποίων ο μεταβολισμός τους από τη χοληστερόλη διεγείρεται από τη LH ( *Campbell and Monga, 2015* ).

Τα πρώτα σημεία της εμμηνόπαυσης είναι μια μείωση της γονιμότητας. Η πρώτη ενδοκρινική αλλαγή είναι η μείωση της παραγωγής ανασταλτίνης από τις ωοθήκες. Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή αναστέλλει την παραγωγή FSH από την πρόσθια υπόφυση και, κατά συνέπεια, αρχίζει να αυξάνεται η συγκέντρωση FSH στο πλάσμα. Αύξηση τις LH σε τιμές παρατηρείται αργότερα. Μια σημαντική ποσότητα ανδρογόνων παράγεται μετά την εμμηνόπαυση με διέγερση από την FSH και LH και η κύρια θέση παραγωγής είναι ο λιπώδης ιστός, με μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη (Campbell and Monga, 2015).

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση, μέσω ενδοκρινών λειτουργιών, προκαλείται από την μείωση της προσφοράς ωοθυλακίων από τις ωοθήκες ενός γυναικείου οργανισμού. Αυτό το γεγονός ανταπροσωπεί το στάδιο εκείνο της αναπαραγωγής που ολοκληρώνεται η μετάβαση από καταμήνιους κύκλους ικανούς ωορρηξίας και ωοθηκικής λειτουργίας με αποτέλεσμα την διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Το τελευταίο σηματοδοτεί την έναρξη της εμμηνόπαυσης (Campbell and Monga, 2015).

Σε γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση, τα ωοθυλάκια των ωοθηκών παράγουν ινχιμπίνη Β, ένα σύμπλεγμα πρωτεϊνών που αναστέλλει την απελευθέρωση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), η οποία διεγείρει την πρόσληψη και την ανάπτυξη των ωοθυλακίων. Καθώς οι γυναίκες πλησιάζουν στο τέλος των αναπαραγωγικών τους χρόνων και είναι διαθέσιμα λιγότερα ωοθυλάκια για την παραγωγή ινχιμπίνης β, αυξάνονται σταδιακά και οι συγκεντρώσεις της ορμόνης FSH ( Campbell and Monga, 2015).

## **5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση ή περιεμμηνόπαυση είναι η περίοδος που περιβάλλει τα τελευταία χρόνια της αναπαραγωγικής ζωής μιας γυναίκας. Ξεκινάει με την έναρξη της πρώτης εμμηνοπαυσιακής ανωμαλίας και τελειώνει μετά από ένα χρόνο αμμηνορροΐας ορίζοντας την τελική εμμηνορροϊκή περίοδο ( FMP). Τα συμπτώματα της είναι τόσο κουραστικά που σχεδόν το 90% των γυναικών ζητούν ιατρικές συμβουλές σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Το βασικό σύμπτωμα της είναι οι εξάψεις, που αντιμετωπίζουν οι περισσότερες γυναίκες και είναι μέτρια ή σοβαρά προβληματικό για το 1/3 των γυναικών ( Santoro, 2016).

Υπάρχουν 2 στάδια της περιεμμηνόπαυσης : η πρόωμη μετάβαση, όπου οι κύκλοι είναι συνήθως τακτικοί, με σχετικά λίγες διακοπές και η καθυστερημένη μετάβαση, όπου η αμηνόρροια γίνεται πιο παρατεταμένη και διαρκεί τουλάχιστον 60 μέρες έως την τελική εμμηνορροϊκή περίοδο. Αρκετές παγκόσμιες μελέτες κοορτής έχουν καθορίσει την φυσική ιστορία της μετάβασης στην εμμηνόπαυση με επαρκή λεπτομέρεια, έτσι ώστε τα στάδια της εμμηνόπαυσης να μπορούν να αναλύονται και να συνδέονται με συγκεκριμένα ορμονικά συμβάντα τα οποία με την σειρά τους συνδέονται με συμπτώματα. Οι μακροχρόνιες και μακροπρόθεσμες μελέτες κοορτής που έγιναν από την SWAN ( Melbourne Healthy Woman's Study) , την SWHAN ( Study of Woman's Health Across the Nation ) και η μελέτη γήρανσης των ωοθηκών Penn, μας επιτρέπουν να ορίσουμε την διαδικασία μετάβασης στην εμμηνόπαυση πληρέστερα και πως συνδέονται συγκεκριμένα συμπτώματα με τα στάδια της μετάβασης ( Santoro, 2016).

### **5.1 Εμμηνοπαυσιακός κύκλος και ορμονικές αλλαγές**

Ο χαρακτηριστικός εμμηνοπαυσιακός κύκλος και οι ορμονικές αλλαγές που παρουσιάζουν οι γυναίκες κατά την μετάβαση τους από την προεμμηνοπαυσιακή φάση στην εμμηνοπαυσιακή και μετεμμηνοπαυσιακή φάση περιλαμβάνουν τα εξής :

- Προχωρημένα αναπαραγωγικά έτη

Η απώλεια ωαρίων από τις ωοθήκες είναι μια συνεχής διαδικασία που ξεκινάει στην μήτρα. Οι ωοθήκες στο θηλυκό έμβρυο περιέχουν 6 έως 7 εκατομμύρια ωοκύτταρα σε κύηση περίπου 20 εβδομάδων. Κατά την γέννηση παραμένουν 1 έως 2 εκατομμύρια ωοκύτταρα και μόνο 300.000 έως 500.000 είναι παρόντα κατά την έναρξη της εφηβείας. Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι την εμμηνόπαυση, όταν παραμένουν μόνο μερικές εκατοντάδες ωοκύτταρα. Κατά την διάρκεια των αναπαραγωγικών ετών, 400 έως 500 ωοκύτταρα θα ωορρηχθούν, η πλειονότητα των ωοκυττάρων χάνεται μέσω απόπτωσης ή προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου. Μια προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι ναι πιο επιταχυνόμενη διαδικασία μείωσης συμβαίνει τα τελευταία 10 έως 15 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση, ξεκινώντας από την ηλικία των 38 ετών. Ωστόσο, πιο πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η απώλεια ωαρίων συμβαίνει με τον ίδιο ρυθμό κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής, με την κλίση της μείωσης να παραμένει αρκετά συνεπής έως την εμμηνόπαυση ( Liu et al., 2019 ).

Καθώς τα ωοθυλάκια μειώνονται, οι γυναίκες θα βιώσουν στειρότητα, μείωση του κύκλου, ανωμαλία της έμμηνου ρύσεως και τελικά εμμηνόπαυση. Στις δυτικές χώρες, η μέση ηλικία της εμμηνόπαυσης είναι 52 και το 1% θα εμφανίσει πρόωρη αποτυχία των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 40. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν πρόωρη εμμηνόπαυση θα έχουν από πιο νωρίς απώλεια γονιμότητας, επομένως, περίπου το 10% των γυναικών παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργία των ωοθηκών στις αρχές έως τα μέσα των 30 τους ( *Liu et al., 2019* ).

Καθώς το σύνολο των θυλακίων που παραμένουν μειώνεται, υπάρχει μια αντίστοιχη μείωση στη διαθέσιμη θυλακοειδή ομάδα. Αυτό οδηγεί σε μείωση της ινχιμπίνης –B. Υπάρχει μία αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της FSH και της ινχιμπίνης – B. Η αύξηση της FSH κατά την διάρκεια της πρώιμης θυλακικής φάσης είναι ένα από τα πρώτα σημάδια της γήρανσης των ωοθηκών ( *Liu et al., 2019* ).

- Περιεμμηνόπαυση

Για την μέση γυναίκα η χαρακτηριστική ηλικία για την πρώιμη μετάβαση στην εμμηνόπαυση είναι τα 47 έτη, η καθυστερημένη μετάβαση εμφανίζεται στην ηλικία των 49 ετών και η τελική εμμηνορροϊκή περίοδος εμφανίζεται στην ηλικία των 51. Παρόλα αυτά υπάρχει μια σημαντική μεταβλητότητα στην έναρξη αυτών. Η πρόωρη εμμηνοπαυσιακή μετάβαση δεν σχετίζεται με το να συμβεί η τελική εμμηνορροϊκή περίοδος νωρίτερα.. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόωρη έναρξη της μετάβασης μπορεί να προκαλέσουν μια πιο μεγαλύτερη και ταυτόχρονα ενοχλητική τελική εμμηνορροϊκή περίοδος ( *Santoro, 2016*).

Κατά την πρώιμη μετάβαση στην περιεμμηνόπαυση, η κοορτή των ωοθηκών συρρικνώνεται σε κρίσιμο επίπεδο και, συνήθως, μια γυναίκα θα παρατηρηθεί η πρώτη χαμημένη εμμηνορροϊκή περίοδος. Κάποιες γυναίκες μπορεί να παρατηρήσουν ότι η διακύμανση του εμμηνορροϊκού κύκλου τους υπερβαίνει τις 7 μέρες. Η FSH αυξάνεται με μεγαλύτερη συνέπεια και τα μέτρα επιφυλακής των ωοθηκών, όπως η ινχιμπίνη-β, η AMH, ή ο μετρητής υπερήχων που μετρείται από το ωοθυλάκιο, είναι τώρα αρκετά χαμηλά. Επειδή η κοορτή των θυλάκων εξακολουθεί να διατηρείται σε αυτά τα πρώτα στάδια της μετάβασης, η αύξηση της FSH προκαλεί μια ταχύτερη ωοθυλακογένεση, και η ωοθηκική φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου γίνεται συντομότερη. Τα ωοθυλάκια αναπτύσσονται πιο γρήγορα, αλλά φαίνεται να γίνεται η ωορρηξία τους σε μικρότερο μέγεθος. Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση στην ανάπτυξη των ωοθυλα-

κίων κατά την ωχρινική φάση, που σημαίνει ότι το κύριο θυλάκιο του επόμενου κύκλου έχει ήδη αρχίσει να αναπτύσσεται πολύ πριν από την έναρξη της εμμηνου ρύσεως. Αυτοί οι τύποι κύκλων, στους οποίους οι ωορρηξίες ακολουθούν ταχέως ο ένας τον άλλο, με ελάχιστο μήκος ωοθυλακικής φάσης έχουν ονομαστεί ωχρινικά εκτός φάσης επεισόδια. Αυτοί οι τύποι κύκλων συμβάλλουν περαιτέρω στην ανωμαλία της εμμηνόπαυσης κατά την διάρκεια της εμμηνου ρύσεως και σχετίζονται με εκκριτικά μοτίβα ορμονών που αποκλίνουν από τα πρότυπα ορμονών των γυναικών μέσης παραγωγικής ηλικίας. Παρατηρούνται χαμηλότερη ωχρή προγεστερόνη και υψηλότερη FSH. Έχουν επίσης αναφερθεί ακανόνιστα εκκριτικά μοτίβα οιστρογόνων σε συνδυασμό με την μετάβαση. Επομένως, μπορεί να υπάρχουν κάποιες ορμονικές αλλαγές που σχετίζονται με την αλλαγή των εμμηνορροϊκών προτύπων και την αύξηση της ανωμαλίας του κύκλου που μπορεί να είναι αρκετά βαθυστόχαστα και μπορεί να συμβάλλουν στη συμπτωματολογία ( *Santoro, 2016*).

Στην καθυστερημένη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, η κυκλικότητα μεταξύ των περιόδων γίνεται πολύ ανώμαλη και οι περίοδοι της εμμηνου ρύσεως σπάνιες. Τα οιστρογόνα που κυκλοφορούν είναι πιο πιθανό να είναι χαμηλά κατά την διάρκεια των κύκλων των ωοθηκών και οι μεγάλες περίοδοι αμηνόρροιας συνοδεύονται από απότομη επικράτηση των κοινών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Ωστόσο όταν μια γυναίκα έχει εμμηνορροϊκό κύκλο, μπορεί να έχει ωορρηξία με χαμηλά αλλά και με υψηλά επίπεδα οιστρογόνων. Αυτό είναι το σημείο αναφοράς για την μετάβαση στην εμμηνόπαυση ( *Santoro, 2016*).

- Κλινική εμμηνόπαυση

Δώδεκα μήνες αμηνόρροιας πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύουν την κλινική εμμηνόπαυση που σύμφωνα με το σύστημα STRAW ονομάζεται μετεμμηνόπαυση. Η πρόωρη μετεμμηνόπαυση έχει 3 στάδια τα οποία συνολικά διαρκούν 5 με 8 χρόνια. Το πρώτο στάδιο διαρκεί 1 χρόνο και κατά την διάρκεια του σηματοδοτεί το τέλος της 12μηνιαίας περιόδου αμηνόρροιας που απαιτείται για να προσδιοριστεί ότι η τελική εμμηνορροϊκή περίοδος έχει συμβεί. Το δεύτερο στάδιο διαρκεί επίσης 1 χρόνο και περιλαμβάνει το υπόλοιπο της περιόδου όπου γίνεται ταχεία μεταβολή στα μέσα επίπεδα της FSH και της οιστραδιόλης. Είναι πιθανόν να εμφανιστούν επίσης κατά την διάρκεια του 2 σταδίου αγγειοκινητικά συμπτώματα. Το 3 στάδιο αντιπροσωπεύει

την περίοδο σταθεροποίησης των υψηλών επιπέδων FSH και χαμηλών τιμών οισταδιόλης και εκτιμάται ότι διαρκεί 3-6 χρόνια ( *Harlow, S. D. Gass, 2012*).

Η καθυστερημένη μετεμμηνόπαυση αντιπροσωπεύει την περίοδο όπου γίνονται πρωταρχικής σημασίας οι επιπλέον αλλαγές που γίνονται στην αναπαραγωγική λειτουργία, οι οποίες είναι περιορισμένες, και οι διαδικασίες σωματικής γήρανσης. Εμφανίζονται τα συμπτώματα της κολπικής ξηρότητας αλλά και της ουρογεννητικής ατροφίας (*Harlow, S. D. Gass, 2012*) .

## **5.2 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης**

Σε όλα τα στάδια που της εμμηνόπαυσης, που συμπεριλαμβάνουν την περιεμμηνόπαυσιακή, την προεμμηνόπαυσιακή και την μετεμμηνόπαυσιακή φάση ένα από το πιο σημαντικό αλλά και πιο συνηθές σύμπτωμα είναι οι εξάψεις. Οι γυναίκες, που βρίσκονται στο μεταβατικό στάδιο της εμμηνόπαυσης μπορεί να αντιμετωπίσουν σε αυτή την μακρά διάρκεια άλλα συμπτώματα που είναι εκτενώς αποδειγμένα και μελετημένα όπως κολπική ξηρότητα , διαταραχές στον ύπνο, κατάθλιψη και μείωση της σεξουαλική επαφής. Υπάρχουν και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση τα οποία είναι εξίσου σημαντικά αλλά όχι τόσο εδραιωμένα και προφανή, όπως η απώλεια μνήμης, ο αρθρικός πόνος.

### *5.2.1 Εξάψεις*

Οι εξάψεις ή τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, αποτελούν ένα βασικό χαρακτηριστικό της εμμηνόπαυσης που βιώνουν σχεδόν όλες οι γυναίκες. Πρόσφατες επιδημιολογικές ενδείξεις δείχνουν ότι εξάψεις βιώνονται από το 30% - 70% των προεμμηνόπαυσιακών γυναικών, αλλά είναι πιθανόν να είναι ήπιας φύσης στα πρώτα στάδια της αναπαραγωγικής ζωής μιας γυναίκας. Αυτές αρχίζουν να επικρατούν όταν οι γυναίκες επιτυγχάνουν την πρώιμη μετάβαση, περίπου στο 39% και σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό 67% των αρθρυστικών αναφορών μεταξύ των γυναικών στο SWAN. Άλλοι αναφέρουν αρθρυστική επικράτηση που φτάνει στο 85% για τα αγγειοκινητικά συμπτώματα. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα προκαλούν σημαντική αναστάτωση και μείωση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Παρόλη την επικράτηση τους λίγα είναι κατανοητά για την παθοφυσιολογία τους ( *Santoro, 2016*).

Η επικράτηση των εξάψεων και ίσως η αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους, ποικίλει ανάλογα με την φυλή/ εθνικότητα. Οι Αφροαμερικανίδες και ιθαγενείς της

Αμερικής φαίνεται να έχουν υψηλότερες αναφορές εξάψεων. Στην μελέτη SWAN, οι Κινέζες και Ιαπωνέζες είχαν χαμηλότερα ποσοστά και μικρότερη συνολική διάρκεια εξάψεων. Το μέγεθος του σώματος επηρεάζει επίσης την σοβαρότητα και τη συχνότητα των εξάψεων με πολύπλοκο τρόπο. Οι γυναίκες με υψηλό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) αναφέρουν χειρότερες εξάψεις όταν είναι εμμηνόπαυσιακές, αλλά λιγότερες και ήπιες εξάψεις όταν είναι μετεμμηνόπαυσιακές. Αν και οι εξάψεις πιστεύεται ότι σχετίζονται με την αποχώρηση της οιστραδιόλης, οι επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες εξετάζουν την οιστραδιόλη ετησίως δεν παρουσιάζουν κάποια σχέση με την οιστραδιόλη αλλά η αυξημένη FSH είναι προγνωστική για εξάψεις. Το κάπνισμα, άγχος και η καταθλιπτική διάθεση έχουν συσχετιστεί με αυξημένες αναφορές εξάψεων σε πολλές μελέτες. ( *Santoro, 2016*).

Πιο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η διάρκεια των εξάψεων μπορεί να διαρκέσουν έως και 10 χρόνια . Οι γυναίκες με ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για μεγάλη διάρκεια εξάψεων είναι οι αφρικοαμερικανίδες και οι γυναίκες με υψηλό ΔΜΣ. Περίπου το 20% των γυναικών στα 50 τους , το 10% στα 60 τους και το 5% στα 70 τους αντιμετωπίζουν επίμονες εξάψεις. Παρόλο που μειώνονται με την πάροδο του χρόνου για τις περισσότερες γυναίκες , μια μειονότητα παραμένει εξαιρετικά συμπτωματική και απαιτεί δια βίου θεραπεία για την διατήρηση της ποιότητας της ζωής ( *Santoro, 2016*).

Εκτός από τη ενόχληση που προκαλούν, οι εξάψεις μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία μιας γυναίκας. Οι εξάψεις έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται με μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού ( HRV), δείκτη ελέγχου του κόλπου, η απώλεια του οπίου σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν περισσότερες εξάψεις κατά την διάρκεια του ύπνου έχουν μεγαλύτερη υπέρταση λευκής ύλης σε απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού ( *Santoro, 2016* ).

### 5.2.2 Κολπική ξηρότητα

Οι ουρογεννητικοί ιστοί οι οποίοι είναι αρκετά ευαίσθητοι στα οιστρογόνα και οι διακυμάνσεις που προκαλούνται σε αυτά κατά την διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, σε συνδυασμό με παρατεταμένα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων μετα την εμμηνόπαυση, μπορεί να καταστήσουν αυτούς τους ιστούς εύθραυστους και να προκαλέσουν ενοχλητικά συμπτώματα ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Πολλαπλές μελέτες με βάση τον πληθυσμό και την κοινότητα επιβεβαιώνουν ότι περίπου το 27% έως το 60% των γυναικών αναφέρουν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα δυσπαρευνίας σε σχέση με την εμμηνόπαυση. Εκτός από την κοιλική ατροφία, μπορεί να εμφανιστεί στένωση και μείωση του κόλπου και της πρόπτωσης της μήτρας, οδηγώντας σε υψηλά ποσοστά δυσπαρευνίας ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Η ουροποιητική οδός συμπεριλαμβάνει υποδοχείς οιστρογόνων στην ουρήθρα και στην ουροδόχο κύστη και με την απώλεια οιστρογόνων γίνεται εμφανής, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ακράτεια ούρων. Σε αντίθεση με τις εξάψεις, η κοιλική ατροφία δεν βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου χωρίς θεραπεία ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Οι γυναίκες που έχουν σύμπτωμα ατροφίας του ουρογεννητικού συστήματος χρειάζονται μακροχρόνιες θεραπείες. Τα λιπαντικά και οι ενυδατικές ουσίες χωρίς συνταγή μπορεί να έχουν κάποια αποτελεσματικότητα για ήπια συμπτώματα. Ωστόσο, για εκείνες με σοβαρά συμπτώματα, η ορμονική θεραπεία είναι ο βασικός παράγοντας ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

### 5.2.3 Γνωστικές διαταραχές

Πολλές γυναίκες παραπονιούνται για αλλαγές στην γνωστική τους λειτουργία κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, με την πλειοψηφία να αναφέρει επιδείνωση της μνήμης. Η λεκτική μνήμη ( μάθηση και ανάκληση λίστας λέξεων ), στην οποία οι γυναίκες γενικά υπερέχουν σε σύγκριση με τους άνδρες, είναι συχνά το είδος του προβλήματος που εμφανίζεται. Οι γυναίκες μπορεί να παρατηρήσουν δυσκολία στο να θυμούνται ονόματα και άλλες προφορικές πληροφορίες. Επιπλέον μπορεί να αναφέρουν άλλες γνωστικές προκλήσεις, με περισσότερα προβλήματα οργάνωσης και προγραμματισμού ή πιθανώς με συγκέντρωση ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

Σε μία μελέτη που συμμετείχαν 205 γυναίκες με εμμηνόπαυση, το 72% ανέφερε κάποια υποκειμενική εξασθένηση της μνήμης. Τα συμπτώματα ήταν πιθανότερο να σχετίζονται με το αντιληπτό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα από το στάδιο της εμμηνόπαυσης, αλλά συνολικά, τα γνωστικά συμπτώματα ήταν πιο διαδεδομένα στις αρχές της μετάβασης στην εμμηνόπαυση ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).



Ένα σημαντικό ερώτημα είναι εάν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν γνωστικές δυσκολίες κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για γνωστική εξασθένηση αργότερα στη ζωή. Ωστόσο, για τις περισσότερες γυναίκες γνωστική λειτουργία δεν είναι πιθανό να επιδεινωθεί στην μετεμμηνόπαυση σε οποιοδήποτε άλλο μοτίβο από αυτό που αναμένεται με την κανονική γήρανση. Αν και δεν είναι πιθανό ότι η γνωστική λειτουργία επιστρέφει στην προεμμηνόπαυσιακή γραμμή μιας γυναίκας μετά την εμμηνόπαυση, μπορεί να προσαρμοστεί και να αντισταθμίσει τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου ( *Santoro, Epperson, and Mathews, 2015*).

#### 5.2.4 Διαταραχές ύπνου

Οι γυναίκες αρχίζουν να βιώνουν αλλαγές στα πρότυπα ύπνου τους στα 40 και αυτά τείνουν να επιδεινώνονται με την είσοδο της γυναίκας στην εμμηνόπαυση. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μέρος του ύπνου που επηρεάζεται δυσμενώς από την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, αν και αυτό έχει γίνει πρόσφατα αμφιλεγόμενο. Μια πρόσφατη έκθεση, η μελέτη γήρανσης των ωοθηκών Penn, που περιλαμβάνει 16 χρόνια παρακολούθησης, δεν διαπίστωσε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κακού ύπνου με την μετάβαση της γυναίκας στην εμμηνόπαυση. Αυτή η μελέτη περιελάμβανε 255 γυναίκες και δεν εξέτασε λεπτομερώς την αρχιτεκτονική του ύπνου, ωστόσο, στο προτζεκτ της Melbourne Midlife Women's Health, παρατηρήθηκε αύξηση παραπόνου για κακό ύπνο καθώς έγινε η μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση. Είναι σημαντικό ότι στην πλειοψηφία οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας παραπονούνται για αϋπνία σε σχέση με άλλες δημογραφικές ομάδες. Ωστόσο, δεν είναι πάντα σαφές εάν τέτοιες παρατηρήσεις σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, την αποχώρηση οιστρογόνων ή άλλες αλλαγές ορμονών ή εάν σχετίζονται απλώς με την γήρανση ( *Santoro, 2016*).

Οι διαταραχές του ύπνου έχουν συσχετιστεί με τις εξάψεις. Ο Ohayon ερεύνησε ένα δείγμα 3243 ενηλίκων στην Καλιφόρνια και παρατήρησε μεταβλητό επικράτηση των εξάψεων στο 12,5% στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, 79% στις περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και 39,3% στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες σε σχέση με τα επίπεδα απνίας στο 36,5%, 56,6% και 50,7% αντίστοιχα. Όσο πιο σοβαρές είναι οι εξάψεις, τόσο πιο ήταν η γυναίκα να αναφέρει αϋπνία. Μια σχέση μεταξύ εξάψεων και κακού ύπνου είναι σίγουρα διαισθητική και ορισμένα

επεξηγηματικά μοντέλα θεωρούν ότι η πρόβλεψη των εξάψεων μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα μιας γυναίκας να κοιμηθεί καθώς και να παραμείνει κοιμισμένη. Αυτό συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι τα προβλήματα του ύπνου που αναφέρθηκαν φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες καθώς φτάνουν σε μεγαλύτερη ηλικία από τα 45 – ακριβώς το χρονικό διάστημα της έναρξης της μετάβασης της γυναίκας στην εμμηνόπαυση ( *Santoro, 2016*).

Η μελέτη SWAN παρείχε αρκετές παρατηρήσεις που βοηθούν στην αποσαφήνιση των σχέσεων μεταξύ της εμμηνόπαυσης και του ύπνου. Κατά, την έναρξη, το 9,8% των γυναικών στην μελέτη SWAN ανέφεραν αϋπνία και το 37,7% ανέφεραν δυσκολία στον ύπνο. Η δυσκολία στον ύπνο ποικίλλει ανάλογα με την φυλή /εθνικότητα και ήταν η χαμηλότερη ( 28% ) στα Ιαπωνικά και η υψηλότερη ( 40% ) στις Λευκές γυναίκες. Η δυσκολία στον ύπνο φάνηκε σαφώς να αυξάνεται καθώς η γυναίκες διέσχισαν την εμμηνόπαυση, με καθυστερημένη μετάβαση στην εμμηνόπαυση και οι χειρουργικά εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανέφεραν την μεγαλύτερη δυσκολία ( *Santoro, 2016*).

Εκτός από το στάδιο της εμμηνόπαυσης, ο χρόνος δυσκολίας ύπνου στον εμμηνορροϊκό κύκλο διερευνήθηκε επίσης στο SWAN εκτελώντας ημερησίως εκτιμήσεις για τον ύπνο μαζί με καθημερινή συλλογή ορμονών από τα ούρα. Σε αυτήν την μελέτη, η δυσκολία στον ύπνο συσχετίστηκε σαφώς με τις εμμήνες φάσεις του κύκλου, και με τις πρώιμες περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες να βιώνουν συνολικά περισσότερο κακό ύπνο σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν βιώσει ακόμα διάλειμμα στους κύκλους τους ( *Santoro, 2016*).

Οι εξάψεις, η δυσμενής διάθεση, η κακή υγεία και ποιότητα ζωής καθώς και η αρθρίτιδα συνέβαλαν στο παράπονο του κακού ύπνου. Οι φυσιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την ποιότητα του ύπνου. Οι γυναίκες με μεταβολικό σύνδρομο εμφάνισαν σημαντικά λιγότερη αποτελεσματικότητα ύπνου με πολυσωμογραφία. Η ορμονική θεραπεία εξασθένησε τις αρνητικές επιπτώσεις στον ύπνο, ιδιαίτερα σε χειρουργικά εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. ( *Santoro, 2016* )

Συνολικά, τα δεδομένα φαίνεται να δείχνουν ότι τουλάχιστον κάποια δυσκολία στον ύπνο που συμβαίνει ταυτόχρονα με την μετάβαση στην εμμηνόπαυση μπορεί να αποδοθεί στις υποκείμενες ορμονικές αλλαγές ή/ και εξάψεις ( *Santoro, 2016*).

### 5.2.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις ( CVD) παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες, παίρνοντας τη ζωή 300.028 γυναικών στις ΗΠΑ το 2014. Αυτός ο αριθμός είναι παρόμοιος με τον αριθμό των θανάτων των γυναικών από καρκίνο, χρόνια κατώτερη αναπνευστική νόσο και διαβήτη. Η συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ( CHD) στις γυναίκες υστερεί έναντι των ανδρών κατά σχεδόν 10 χρόνια, με αισθητή αύξηση του κινδύνου μετά την εμμηνόπαυση. Ως εκ τούτου, η μετάβαση της εμμηνόπαυσης υποτίθεται ότι συμβάλλει σε αυτήν την αύξηση CVD. Τις τελευταίες 2 δεκαετίες, μελέτες παρατήρησης των γυναικών που μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση συνέβαλαν σημαντικά στην κατανόηση της και της σχέσης της με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και επέτρεψαν στους ερευνητές να αποσυνδέσουν την χρονολογική γήρανση από την αναπαραγωγική γήρανση σε σχέση με τις ασθένειες (*El Khoudary and Thurston, 2018*).

Σημαντικές αυξήσεις στα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της απολιποπρωτεΐνης Β και της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας αναφέρονται στη μέση ζωή γύρω από την εμμηνόπαυση. Η μελέτη της υγείας των γυναικών σε ολόκληρο το έθνος ( SWAN ), η οποία αξιολόγησε τις μεταβολές των λιπιδίων σε σχέση με τα έτη από την τελική εμμηνορροϊκή περίοδο, παρείχε τις ισχυρότερες ενδείξεις ότι η μετάβαση στην εμμηνόπαυση συνδέεται με χειρότερα προφίλ λιπιδίων ολικής χοληστερόλης, λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας και τα επίπεδα απολιποπρωτεΐνης Β αυξάνονται σημαντικά εντός ενός διαστήματος 1 έτους γύρω από την τελική εμμηνορροϊκή περίοδο, ανεξάρτητα από την ηλικία. Οι επιταχυνόμενες αυξήσεις της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας γύρω από την τελική εμμηνορροϊκή περίοδο σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας καρωτιδικής πλάκας μετά την εμμηνόπαυση (*El Khoudary and Thurston, 2018*).

Η πρόωρη μετάβαση στην εμμηνόπαυση έχει ανεξάρτητα συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ολική και ισχαιμική καρδιαγγειακή νόσο αλλά όχι με κολπική μαρμαρυγή. Δύο πρόσφατες μετά- αναλύσεις επιβεβαίωσαν ότι η πρόωρη μετάβαση στην εμμηνόπαυση σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο παρά με ισχαιμικό εγκεφαλικό (*El Khoudary and Thurston, 2018*).

### 5.2.6 Κατάθλιψη

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο πιθανό να αναφερθούν από γυναίκες που είναι περιεμμηνοπαυσιακές. Η κύρια κατάθλιψη, βρέθηκε ότι είναι πιθανό να εμφανιστεί σε γυναίκες κατά την διάρκεια της μεταγενέστερης μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Ομοίως, τα συμπτώματα άγχους φαίνεται επίσης να είναι πιο πιθανό να αναφερθούν καθώς οι γυναίκες διασχίζουν την εμμηνόπαυση και μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης. Είναι ενδιαφέρον ότι οι γυναίκες με υψηλό άγχος κατά την έναρξη συνέχισαν να έχουν και κατά την διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, αλλά όσοι είχαν χαμηλές βαθμολογίες κατά την μελέτη ήταν πιο πιθανόν να γίνουν πολύ ανήσυχοι καθώς προχώρησαν στην εμμηνόπαυση ( *Santoro, 2016*).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, που εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό, είναι μια πολύ σοβαρή ψυχιατρική διάγνωση. Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες στη μελέτη SWAN ήταν 20,9% κατά την έναρξη, 27,8% στην πρώιμη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, και σταθεροποιήθηκε στο 25,2% με την καθυστερημένη μετάβαση σε αυτήν και μειώθηκε στο 22% μετά την εμμηνόπαυση. Εξάψεις, αγχωτικά γεγονότα, κάπνισμα, κακά κοινωνική υποστήριξη, οικονομική πίεση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ο υψηλότερος ΔΜΣ συσχετίζονται με μεγαλύτερη αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων ( *Santoro, 2016*).

### 5.2.7 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από μία ανισορροπία μεταξύ της δραστηριότητας των οστεοκλαστών και των οστεοβλαστών και ενός ρυθμού απορρόφησης των οστών που υπερβαίνει τον ρυθμό σχηματισμού των οστών, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια απώλεια οστού καθώς και σκελετική ευθραυστότητα. Η οστεοπόρωση μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής σε μία αναγνωρίσιμη αιτία ( δηλ. φάρμακα, ασθένεια, κατάσταση ). Οι περισσότερες περιπτώσεις οστεοπόρωσης είναι πρωτογενείς, ειδικά στους ηλικιωμένους. Κατά προσέγγιση, το 20% των γυναικών και το 40% των ανδρών με οστεοπόρωση έχουν δευτερογενή αίτια ( *Kamel, 2016* ).

Η πρωτογενής οστεοπόρωση περιλαμβάνει την οστεοπόρωση τύπου I ( μετεμμηνοπαυσιακή) και την οστεοπόρωση τύπου II ( γεροντική ). Η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση είναι το αποτέλεσμα της ανεπάρκειας οιστρογόνων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ρυθμίσεων αρκετών

κυτοκινών και υπερβολική απορρόφηση των οστών. Η απώλεια των οστών και τα κατάγματα στην μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση περιλαμβάνουν κυρίως δοκιδωτές οστό ( δηλ. εσωτερικό πορώδες οστό ) στους σπονδύλους και την περιφερική ακτίνα ( δηλ. το αντιβράχιο ) ( *Kamel,2016* ).

Η οστεοπόρωση τύπου II επηρεάζει συνήθως άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Η απώλεια των οστών περιλαμβάνει συνήθως τόσο το δοκιδωτο οστό και το φλοιώδες ( δηλ. εξωτερικό ) οστό στα μακρά οστά, προκαλώντας κατάγματα του μηριαίου λαιμού,( δηλ. ισχίου ) έγγυς βραχίονος, κνήμη και λεκάνη. Η οστεοπόρωση τύπου II προκύπτει από ανεπάρκεια βιταμίνης D που σχετίζεται με την ηλικία, η οποία οδηγεί σε υποκαλιαιμία, αντισταθμιστική αύξηση της απελευθέρωσης παραθυροειδούς ορμόνης και αύξηση της απελευθέρωσης παραθυροειδούς ορμόνης και επαναρρόφηση οστού. Οι παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι : λευκή ή ασιατική καταγωγή, πρόωρη εμμηνόπαυση, οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης, λεπτή κατασκευή, υποσιτισμός, φυσική αδράνεια/ακίνησία, ανυπαρξία, εκτομή γαστρικού/ μικρού εντέρου, θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή, θεραπεία ηπαρίνης, υπερπαραθυροειδισμός, κάπνισμα και υπερβολική χρήση αλκοόλ. Ένας αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με το αν οι γυναίκες είναι πολύ λεπτές. Η αύξηση του σωματικού βάρους φαίνεται να προστατεύει από την οστική απώλεια στην ηλικιωμένες γυναίκες ( *Kamel,2016* ).

#### *5.2.8 Σεξουαλική δυσλειτουργία*

Η σεξουαλική λειτουργία είναι μια αλληλεπίδραση μεταξύ του εγκεφάλου και του σώματος, που διαμορφώνεται από ψυχολογικούς, διαπροσωπικούς, πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς και βιολογικούς ( ορμονικούς, αγγειακούς, μυϊκούς και νευρικούς ) παράγοντες, συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης και έλλειψης ασφάλειας. Η δυσμενής επίδραση της εμμηνόπαυσης στη σεξουαλική λειτουργία μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την μείωση των οιστρογόνων και των εξάψεων. Η εμμηνόπαυση μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σεξουαλική λειτουργία λόγω της γήρανσης ή της αντίληψης της απώλειας φυσικής ελαστικότητας. Ωστόσο, αυτές οι επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών ποικίλλουν σε διαφορετικές κοινωνίες και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την στάση των γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση καθώς και από τις αξίες και τον τρόπο ζωής τους. Στο Ιράν για

παράδειγμα, η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι διαδεδομένη στις γυναίκες, καθώς τα 2/3 των ιρανών μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών πάσχουν από σεξουαλική δυσλειτουργία (*Nazarpour et al., 2018*).

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν μείωση της λίμπιντο κατά την εμμηνόπαυση. Αυτό είναι ένα σύμπτωμα που είναι πραγματικά με πολλούς παράγοντες . Η δυσπαρευνία συμβάλλει στην απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ σε πολλές γυναίκες. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο γιατρός ξεκινάει συζήτηση για σεξουαλικά ζητήματα μαζί τους και έχουν δείξει επίσης ότι αυτές οι συζητήσεις αναφέρονται σπάνια (*Minkin, 2019*).

## **6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η φυσική εμμηνόπαυση διαγιγνώσκεται μετά από 12 μήνες αμηνόρροιας που δεν σχετίζεται με κάποια παθολογική αιτία. Η εμμηνόπαυση μπορεί επίσης να προκληθεί από χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία. Αρχικά, τα μήκη του εμμηνορροϊκού κύκλου γίνονται ακανόνιστα και οι συγκεντρώσεις της ορμόνης διέγερσης των ωοθυλακίων (FSH) αυξάνονται σε απόκριση σε μειωμένες συγκεντρώσεις ορμονών των ωοθηκών. Καθώς η μετάβαση της εμμηνόπαυσης εξελίσσεται, οι εμμηνορροϊκοί κύκλοι χάνονται και τελικά σταματά όπως και η ωορρηξία. Για μερικές γυναίκες, 3 συνεχόμενοι μήνες αμηνόρροιας ή μέσος όρος διάρκειας κύκλου μεγαλύτερος από 42 ημέρες, είναι προγνωστικοί παράγοντες της επικείμενης εμμηνόπαυσης (*Nelson, 2018*).

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση αρχίζει συνήθως ότα οι γυναίκες βρίσκονται στα μέσα έως τα τέλη των 40 και μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια, συνήθως 4-5. Η τελική εμμηνορροϊκή περίοδος γενικά συμβαίνει όταν οι γυναίκες είναι μεταξύ των 40 με 58 έτη. Η τελευταία εμμηνορροϊκή περίοδος όταν συμβαίνει πριν τα 40 θεωρείται πρόωρη (*Nelson, 2018*).

### **6.1 Φυσιολογικές γυναίκες**

Η διάγνωση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση ή αλλιώς περιεμμηνόπαυση, σε υγιείς και φυσιολογικές γυναίκες ηλικίας 40 εως 45 ετών, στηρίζεται στην αλλαγή του ενδοεμμηνορροϊσιακού συστήματος είτε αν συνδυάζονται με συμπτώματα της

εμμηνόπαυσης είτε όχι. Επιπρόσθετα, η αύξηση της ορμόνης FSH στον δεν είναι απαραίτητη για την διάγνωση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Οι αιτίες της εμμηνορρυσιακής δυσλειτουργίας πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω σε αυτές τις γυναίκες. Πρέπει να πραγματοποιηθεί δηλαδή ενδοκρινική αξιολόγηση για την επιβεβαίωση μη εμμηνοπαυσιακών αιτιών για την αμμηνόρροια ή για την ολιγόρροια. Οι ενδοκρινικές εξετάσεις περιλαμβάνουν την μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης, προλακτίνης και της ορμόνης FSH, και πρέπει να είναι φυσιολογικές προκειμένου να θεωρηθούν ότι τα συμπτώματα οφείλονται στην μετάβαση στην εμμηνόπαυση (*Harlow et al, 2012*).

Στην εποχή μας κατά την οποία υπάρχει αυξημένη ιατρική έρευνα σχετικά με την εμμηνόπαυση, δεν έχουν καθοριστεί ακόμα οι παράγοντες που θα μας δίνουν την δυνατότητα να μπορούμε να προβλέψουμε την τελευταία έμμηνο ρήση στις γυναίκες που φθάνουν την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της αργής μετάβασης είναι πιο πιθανό να βρίσκονται κοντά στη τελική έμμηνο ρύση από τις γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της πρωιμής μετάβασης (*Harlow et al, 2012*).

Η διάγνωση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση ή αλλιώς περιεμμηνόπαυση, σε υγιείς και φυσιολογικές γυναίκες ηλικίας 45 ετών και άνω, στηρίζεται στα ίδια κριτήρια με τις γυναίκες ηλικίας 40 έως 45 ετών που προαναφέρθηκαν, με τη διαφορά ότι οι αιτίες της εμμηνορρυσιακής δυσλειτουργίας δεν χρειάζεται να διερευνηθούν περαιτέρω σε αυτές τις γυναίκες (*Harlow et al, 2012*).

Οι γυναίκες κάτω των 40 που παρουσιάζουν διαταραχές στην ενδοεμμηνορρυσιακή διάρκεια αλλά και εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, δεν θα πρέπει να διαγιγνώσκονται με εμμηνόπαυση ή με την μετάβαση τους σε αυτήν. Οι γυναίκες της ηλικίας αυτής της ηλικίας πάσχουν από πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια και ανήκουν σε μια διαφορετική κατηγορία κατά την οποία δεν θα πρέπει να συνδυάζονται με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (*Harlow et al, 2012*).

## 6.2 Ειδικές περιπτώσεις γυναικών

### 6.2.1 Λήψη αντισυλληπτικών

Υπάρχουν επαρκή επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία υποδηλώνουν ότι οι χαμηλές ή κατασταλαμμένες συγκεντρώσεις FSH σχετίζονται με την μετάβαση στην εμμηνόπαυση σε καθυστερημένη ηλικία, και καθώς η χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα καταστέλλουν τις συγκεντρώσεις FSH, η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί επίσης να καθυστερήσει τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση (*Vries et al., 2001*).

Οι υψηλές δόσεις αντισυλληπτικών από το στόμα καταστέλλουν έντονα τις συγκεντρώσεις FSH λόγω των υψηλών δόσεων οιστρογόνων και προγεστίνων. Άλλοι τύποι αντισυλληπτικών περιέχουν χαμηλότερες δόσεις οιστρογόνων και προγεστίνων, καταστέλλοντας την FSH με πιο ήπιο τρόπο. Επομένως, στη περίπτωση χρήσης υψηλών δόσεων αντισυλληπτικών αναμένεται η καθυστερημένη μετάβαση στην εμμηνόπαυση (*Vries et al., 2001*).

Προτείνεται στις γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά να διακόψουν την λήψη τους 2 έως 4 εβδομάδες πριν από την μέτρηση της FSH στον ορό. Όταν τα επίπεδα FSH είναι μεγαλύτερα από 25 IU/L, αυτό σημαίνει ότι η ασθενής πιθανότατα εισήλθε στην μετάβαση της εμμηνόπαυσης. Συνήθως, προτείνεται η διακοπή της λήψης αντισυλληπτικών κατά την ηλικία των 50-51, όταν η πιθανότητα σύλληψης είναι αρκετά μειωμένη. Όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης τότε μπορεί να συζητηθεί η πιθανότητα για βραχείας διάρκειας θεραπεία με μετεμμηνόπαυσικές ορμόνες για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (*Black et al, 2004*).

### 6.2.2 Διαταραχές καταμήνιου κύκλου

Η διάγνωση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση είναι πιο περίπλοκη και το σύστημα σταδιοποίησης STRAW δεν αληθεύει όσον αφορά τις γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν πιθανές εμμηνορροϊκές διαταραχές, όπως είναι για παράδειγμα το σύνδρομο πολυκιστικών ωοθηκών ( PCOS ) ή υποθαλαμική αμηνόρροια (*Elting et al, 2003*).



Οι γυναίκες που έχουν PCOS συχνά παρουσιάζουν oligomenόρροια η οποία δεν οφείλεται στην γήρανση των ωοθηκών. Επομένως, τα τρέχοντα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη σταδιακή αναπαραγωγική γήρανση δεν ισχύουν για αυτές τις γυναίκες. Η κατανόηση των αλλαγών που συμβαίνουν σε αυτές τις γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση είναι περιορισμένη. Κάποια δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες με PCOS μπορεί να βιώσουν την εμμηνόπαυση σε μεταγενέστερη ηλικία, καθώς και πιο φυσιολογικούς κύκλους με την αναπαραγωγική γήρανση, παρόλα αυτά, η εμπειρία της αναπαραγωγικής γήρανσης στο PCOS δεν είναι καλά κατανοητή. Παρόμοια, τα κριτήρια του εμμηνορροϊκού κύκλου δεν ισχύουν σε γυναίκες με υποθαλαμική αμηνόρροια ( *Harlow et al, 2012*).

### 6.2.3 Υστερεκτομή ή αποβολή ενδομητρίου

Η εμμηνόπαυση σε γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή ή αποβολή ενδομητρίου δεν μπορεί να καθοριστεί από κριτήρια της εμμηνορροϊκής αιμορραγίας. Σε αυτές τις γυναίκες το αναπαραγωγικό στάδιο μπορεί να εκτιμηθεί μόνο χρησιμοποιώντας τα υποστηρικτικά κριτήρια, δηλαδή τους ενδοκρινικούς δείκτες γήρανσης των ωοθηκών. Προτίνεται οι γιατροί αλλά και οι ερευνητές να περιμένουν τουλάχιστον 3 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση για να μπορέσουν να αξιολογήσουν την ενδοκρινική κατάσταση, δεδομένου ότι προκύπτουν στοιχεία ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις της πυέλου ενδέχεται να αυξήσουν παροδικά τα επίπεδα FSH. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σε σχέση με την φύση και την διάρκεια των μεταβολών στους βιοδείκτες της γήρανσης των ωοθηκών μετά την χειρουργική επέμβαση της πυέλου. Η σταδιοποίηση στις περισσότερες περιπτώσεις θα περιορίζεται στην ταξινόμηση με βάση αν αυτές οι γυναίκες είναι προεμμηνοπαυσιακές ή μετεμμηνοπαυσιακές. Ένα μόνο δείγμα για την μέτρηση της FSH και της οιστραδιόλης δεν είναι αρκετό καθώς η μέτρηση μπορεί να είναι παραπλανητική και απαιτείται τουλάχιστον μια επαναλαμβανόμενη μέτρηση ( *Harlow et al, 2012*).

## **7. ΠΡΟΛΗΨΗ**

### **7.1 Προληπτικές εξετάσεις**

Είναι πολύ σημαντικό στις γυναίκες που μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση να διεξάγονται μία σειρά από προληπτικές εξετάσεις. Αυτές οι εξετάσεις περιλαμβάνουν την μέτρηση της οστικής πυκνότητας, εξετάσεις αίματος με σκοπό να διερευνηθούν τα επίπεδα του σακχάρου, έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ των γυναικών καθώς και η λειτουργία των νεφρών, του ήπατος και του θυροειδούς. Συμπεριλαμβάνονται επίσης, το τεστ παπανικολάου, μαστογραφία, υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων καθώς και γυναικολογική εξέταση ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

### **7.2 Περιορισμός καπνίσματος**

Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία όλου του πληθυσμού πόσο μάλλον και των γυναικών που βρίσκονται ή περνούν στην εμμηνόπαυση. Κατά μέσο όρο οι γυναίκες που καπνίζουν περνούν στην εμμηνόπαυση 1-2 χρόνια νωρίτερα σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Επίσης, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι καπνίστριες έχουν χαμηλή οστική πυκνότητα με αποτέλεσμα να υπάρχει υψηλός κίνδυνος εμφάνισης οστεοπόρωσης στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες ( *Spangler, 1999* ).

### **7.3 Άσκηση**

Η γυμναστική κατά την εμμηνόπαυση είναι ωφέλιμη για τις γυναίκες καθώς μπορεί να αποτελέσει ένα αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης ή και εξασθένησης ορισμένων από τα κοινά συμπτώματα της όπως η κόπωση, η ευερεθιστότητα και η αρθραλγία. Επιπλέον, η τακτική άσκηση σχετίζεται με καλύτερη φυσική κατάσταση, δύναμη και ευελιξία σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το περπάτημα για παράδειγμα μειώνει την αύξηση βάρους στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Τέλος η τακτική άσκηση έχει συσχετιστεί με καλύτερη κινητικότητα και μειωμένη εμφάνιση αναπηρίας που σχετίζεται με αυτήν, μειωμένη πιθανότητα πτώσεων και τραυματισμών και πιθανών οστεοπορωτικών καταγμάτων ( *Grindler and Santoro, 2015* ).

#### 7.4 Διατροφή

Η σωστή διατροφή κατά την φάση της περιεμμηνόπαυσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων όπως το μεταβολικό σύνδρομο, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία αλλά και στη καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων αυτής της φάσης ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

Οι γυναίκες θα πρέπει να κρατήσουν σταθερό το βάρος τους μειώνοντας τις θερμίδες που καταναλώνουν ημερησίως. Κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης η μυϊκή μάζα σε συνδυασμό με τον μεταβολισμό μειώνονται, με αποτέλεσμα να υπάρχει μία σταδιακή αύξηση του βάρους ενώ οι γυναίκες καταναλώνουν ίδιες ποσότητες φαγητού με πριν. Προτείνεται οι γυναίκες να οργανώνουν την διατροφή τους και να καταναλώνουν πιο τακτικά γεύματα 3-4 φορές την ημέρα με σκοπό να ελέγχεται καλύτερα το επίπεδο της πείνας και επίσης να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν ποικίλες τροφές στη διατροφή τους ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

Η απώλεια του ασβεστίου αυξάνεται κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης λόγω των χαμηλών επιπέδων οιστρογόνων, για αυτό το λόγο θα πρέπει οι γυναίκες να διατηρούν καλή σκελετική υγεία καταναλώνοντας τροφές πλούσιες σε ασβέστιο ( γαλακτοκομικά προϊόντα) και βιταμίνη D ( λιπαρά ψάρια, κόκκινο κρέας, αυγά, μαργαρίνη κ.λπ. ) ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

Οι γυναίκες με ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλά και δυσλεπιδαιμίας θα πρέπει να ακολουθήσουν κάρδιο-προστατευτική διατροφή διότι κατά την εμμηνόπαυση αυξάνεται ο κίνδυνος. Θα πρέπει να μειωθεί η κατανάλωση κορεσμένων και trans λιπών όπως το κόκκινο κρέας, να αυξηθεί η κατανάλωση λιπαρών που είναι ωφέλιμα για την καρδιά που εμπεριέχονται στο ελαιόλαδο, τα λιπαρά ψάρια, αβοκάντο και τους ξηρούς καρπούς, να αυξηθεί η κατανάλωση λαχανικών καθώς και πρόσληψη ινών και θα πρέπει επίσης να γίνει μια μείωση στη κατανάλωση αλατιού ειδικά αν υπάρχει αυξημένη αρτηριακή πίεση ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

Θα πρέπει να γίνει μείωση στους υδατάνθρακες και να γίνει κατανάλωση « καλών» υδατανθράκων χαμηλότερου γλυκαιμικού δείκτη αν εμφανίζεται αυξημένο σάκχαρο,

ινσουλίνη νηστείας, μεταβολικό σύνδρομο η αν υπάρχει ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

Συνοπτικά οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση τους συστήνεται να καταναλώνουν 3 μερίδες την ημέρα γάλατος/γαλακτοκομικών προϊόντων, 3 μερίδες την ημέρα φρούτα, τουλάχιστον 4 μερίδες την ημέρα λαχανικά, 5-6 μερίδες την ημέρα δημητριακά, 1 μερίδα την εβδομάδα κόκκινο κρέας, 1-2 μερίδες την εβδομάδα λευκό κρέας, 4 μερίδες την εβδομάδα αυγά, 2 μερίδες την εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά, 3 μερίδες την εβδομάδα όσπρια, 3-5 μερίδες την εβδομάδα λίπη/έλαια/ξηροί καρποί και να πίνουν 8-10 ποτήρια νερό την ημέρα. Προτείνεται επίσης μείωση στην κατανάλωση καφέ αλλά και προϊόντων που εμπεριέχουν καφεΐνη όπως και μείωση στη κατανάλωση αλκοόλ ( *Μεντζελοπούλου, 2020* ).

### **7.5 Ύπνος**

Ο καλός ποιοτικά και ποσοτικά ύπνος είναι σημαντικός όχι μόνο για την χαλάρωση του σώματος και του νου, αλλά και για την έναρξη πολλών ενεργών νευροφυσιολογικών διαδικασιών που είναι ζωτικής σημασίας. Το πόσο διαρκεί ο ύπνος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την διατήρηση της βέλτιστης υγείας, καθώς υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν ότι ο πολύ μικρός ύπνος αλλά και ο υπερβολικός ύπνος σχετίζονται με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία ( *Pines, 2017* ).

## 8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### 8.1 Γενικευμένες θεραπείες

Για την θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης ( που είναι κυρίως τα αγγειοκινητικά συμπτώματα ) η ορμονοθεραπεία ( ΗΤ ) είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος. Οι τρόποι χορήγησης της είναι: μέσω του στόματος, διαδερμικά ή μέσω του κόλπου ανάλογα με την πρότιμηση της κάθε γυναίκας. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο χρόνος έναρξης της ΗΤ στις γυναίκες που σκέφτονται να ξεκινήσουν ΗΤ για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης προκειμένου να δωθούν σωστές οδηγίες. Η αύξηση της θνησιμότητας ή των καρδιαγγειακών παθήσεων δεν έχει συνδεθεί με την βραχυπρόθεσμη ΗΤ σε γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση λιγότερο από 10 χρόνια, βραχυπρόθεσμη χρήση ΗΤ θεωρούνται τα 5 χρόνια ( *Fantasia and Sutherland, 2014* ).

Η ΗΤ μέσω του στόματος είναι διαθέσιμη με 2 μορφές : ως θεραπεία μόνο με οιστρογόνα ή θεραπεία οιστρογόνων σε συνδυασμό με προγεστερόνη, και χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αντιμετώπιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που πρέπει να προσέχουν οι ιατροί πριν χορηγήσουν ΗΤ μέσω του στόματος. Πρώτον, για να μην υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπερπλασίας του ενδομητρίου στις γυναίκες που έχουν μήτρα, συνιστάται προσθήκη προγεστίνης στη θεραπεία. Επιπρόσθετα, η περαιτέρω προσθήκη προγεστερόνης θα πρέπει να γίνεται είτε με κυκλικό είτε με συνεχή τρόπο. Όταν χορηγείται με συνεχή τρόπο η προγεστερόνη σε συνδυασμό με τα οιστρογόνα επιτυγχάνεται η αποφυγή της μηνιαίας αποβολής αίματος ενώ με τον κυκλικό τρόπο αυτό επιτυγχάνεται στο πρώτο ή το δεύτερο μισό του μήνα ( *Fantasia and Sutherland, 2014* ).

Η ΗΤ μέσω του στόματος μόνο με οιστρογόνα περιλαμβάνει τα εξής είδη οιστρογόνων : τα συζευγμένα οιστρογόνα, τα συνθετικά συζευγμένα οιστρογόνα Α, τα συνθετικά συζευγμένα οιστρογόνα Β, τα εστεροποιημένα οιστρογόνα, η 17β-οισταδιόλη, η οξεική οιστραδιόλη και η οιστροπιπάτη. Η ΗΤ μέσω του στόματος με οιστρογόνα σε συνδυασμό με προγεστερόνη περιλαμβάνει τους εξής συνδυασμούς :

συζευγμένα οιστρογόνα + οξική μεδροξυπρογεστερόνη, αιθινυλοιστραδιόλη + οξική νορεθινοδρόνη, 17β- οισταδιόλη+ οξική νορεθινοδρόνη, 17β- οισταδιόλη + δροσπιρενόνη, 17β- οισταδιόλη + συνθετική προγεστερόνη, 17β- οισταδιόλη + οξική νορεθινοδρόνη και 17β- οισταδιόλη + λεβονογεστρέλη ( *Fantasia and Sutherland, 2014* ).

Η διαδερμική ΗΤ περιλαμβάνει συνήθως επιθέματα, τζελ, λοσιόν αλλά και σπρέι σε διάφορες δοσολογίες. Χαμηλότερες δόσης ΗΤ διαδερμικά θα ανακουφίζουν τα συμπτώματα με επιτυχία καθώς μέσω αυτή η οδος χορήγησης εξουδετερώνει τον ηπατικό μεταβολισμό πρώτης διέλευσης. Επίσης μέσω αυτής της οδού χορήγησης επιτυγχάνεται ένα πιο συνεπές επίπεδο ορμονών σε σχέση με την ΗΤ μέσω του στόματος. Για να μην υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπερπλασίας του ενδομητρίου στις γυναίκες που έχουν μήτρα, συνιστάται προσθήκη προγεστίνης στη διαδερμική θεραπεία ΗΤ. Για την ανακούφιση των εξάψεων και την μείωση του κινδύνου υπερπλασίας του ενδομητρίου, υπάρχουν επιθέματα που εμπεριέχουν οιστραδιόλη ( 0,05 mg/ημέρα) με οξική νορεθινοδρόνη (0,14 ή 0,25 mg/ημέρα). Υπάρχουν επίσης έρευνες που αποδεικνύουν ότι υπάρχει μειωμένος κίνδυνος φλεβικής θρόμβωσης, εγκεφαλικού επεισοδίου και έχει καλύτερη επίδραση στα τριγλυκερίδια στον ορό η διαδερμική ΗΤ από την ΗΤ μέσω του στόματος ( *Fantasia and Sutherland, 2014* ).

Η κολπική ΗΤ κατά την οποία χρησιμοποιείται κολπικό οιστρογόνο σε χαμηλές δόσεις , αποτελεί ενδεδειγμένη θεραπεία για την ατροφική κολπίτιδα, την δυσπαρενεία και οποιονδήποτε συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι γυναίκες που αφορά την ούρηση. Οι μικρές δόσεις που εμπεριέχονται στα προϊόντα αυτά έχουν ελάχιστα συστηματικά αποτελέσματα καθώς προκαλούν οιστρογονικότητα του ιστού του κόλπου. Όταν οι εμμηνόπαυσιες γυναίκες παραπονιούνται για κολπική ξηρότητα, αδυναμία αντιμετώπισης στρες και συχνές ουρολοιμώξεις συστήνεται να τους προτινεται η κολπική ΗΤ. Όταν χορηγείται στις γυναίκες κολπική κρέμα οιστρογόνων ή ταμπλέτα που μειώνει την απορρόφηση των οιστρογόνων από το πέος θα πρέπει οι ιατροί να τους ενημερώνουν ότι δε θα πρέπει να έρθουν σεξουαλική επαφή με τον συντροφο τους. Η κολπική ΗΤ σε μεγάλες δόσεις μπορεί και να βοηθήσει στην θεραπεία των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων ( *Fantasia and Sutherland, 2014* ).

## 8.2 Ειδικευμένες Θεραπείες

### 8.2.1 Κολπική Ξηρότητα

Η χρόνια φύση της ουρογεννητικής ατροφίας δείχνει ότι επιβάλλεται να συνταγογραφούνται αποτελεσματικές θεραπείες κατά την έναρξη των συμπτωμάτων και των σημείων ατροφικών αλλαγών του κόλπου, νωρίτερα πριν προλάβουν να εμφανιστούν σοβαρά προβλήματα και θα πρέπει να συνεχιστούν για αρκετό καιρό προκειμένου να υπάρξουν οφέλη ( *Nappi et al., 2019* ).

Η ορμονική θεραπεία πρώτης γραμμής της ουρογεννητικής ατροφίας είναι η τοπική θεραπεία οιστρογόνων ( LET ) σύμφωνα με τις οδηγίες των εμμηνοπαυσιακών επιστημονικών κοινωνιών. Διάφορες τοπικές θεραπείες οιστρογόνων επηρεάζουν αναλόγως στην απομάκρυνση των συμπτωμάτων της ουρογεννητικής ατροφία, μόνες ή και σε συνδυασμό με συστηματική ορμονική θεραπεία. Με χαμηλή δόση LET, η συστηματική απορροφήση οιστρογόνων είναι μικρή και τα επίπεδα της οιστραδιόλης στον ορό παραμένουν στο μετεμμηνοπαυσιακό εύρος καθιστώντας επιτρεπτή τη χρήση σε γυναίκες με ή κι χωρίς μεγάλο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, μετά βέβαια από συζήτηση με ογκολόγους για τα οφέλη και τους κινδύνους της ( *Nappi et al., 2019* ).

Τα τοπικά ανδρογόνα όπως ,είναι η κρέμα τεστοστερόνης και δευδροεπιανδροστερόνης, αποτελούν καινούργιες θεραπείες που αναμένεται για αυτές περισσότερη επιβεβαίωση. Μία άλλη επιλογή που εγκρίθηκε από της Ιατρικές Αρχές είναι η χρήση οσπεμιφένης, που αποτελεί ένα εκλεκτικό διαμορφωτή υποδοχέα οιστρογόνου τρίτης γενιάς, και είναι φάρμακο που χορηγείται από το στόμα για την θεραπεία των συμπτωμάτων της ουρογεννητικής ατροφίας ( *Nappi et al., 2019* ).

Η συνταγογράφηση κολπικών ενυδατικών και λιπαντικών και η διατήρηση της σεξουαλικής επαφής μπορεί να βοηθήσουν στη βελτίωση των συμπτωμάτων που έχουν να κάνουν με την ξηρότητα του κόλπου. Τα λιπαντικά είναι ουσίες βραχείας δράσης ( με βάση το νερό, τη σιλικόνη ή το λάδι ), που είναι χρήσιμες για τη μείωση της τριβής κατά την σεξουαλική επαφή, ενώ οι ενυδατικές ουσίες δρουν περισσότερο από τα λιπαντικά ( *Nappi et al., 2019* ).

### 8.2.2 Γνωστικές διαταραχές

Τα ερευνητικά στοιχεία που υπάρχουν μέχρι τώρα τονίζουν τον σημαντικό ρόλο που παίζουν τα οιστρογόνα όσον αφορά την γνωστική λειτουργία. Στις γυναίκες που παρατηρήθηκαν, οι προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες έδειξαν υψηλότερα επιτεύγματα στη απόδοση της λεκτικής μνήμης κατά την διάρκεια των φάσεων του εμμηνορροϊκού κύκλου, οι οποίες σχετίζονται με υψηλά επίπεδα οιστρογόνων, και οι χρήστες ορμονών στο δείγμα SWAN είχαν καλύτερη γνωστική απόδοση στη περιεμμηνόπαυση αν και το ίδιο δεν ισχύει για την χρήση ορμονών κατά την μετεμμηνοπαυσιακή φάση ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

Σε μελέτες παρατήρησης υπήρχαν επίσης πρώιμες ενδείξεις ότι υπάρχει μειωμένος κίνδυνος για την εμφάνιση Alzheimer σε γυναίκες που έλαβαν θεραπεία αντικατάστασης ορμονών. Η σχέση μεταξύ των υψηλών συγκεντρώσεων οιστρογόνων και της γνωστικής λειτουργίας έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά δυσνόητη με ποικιλία αποτελεσμάτων με συνταγοποιήσεις αλλά και συνδυασμούς. Η έρευνα διεξάχθηκε στις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση, πριν από την ηλικία των 65 ετών μεταμμηνοπαυσιακά αλλά και μετά την ηλικία των 65 ετών μεταμμηνοπαυσιακά ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

Σε πολλές μελέτες, τα οιστρογόνα έδειξαν κάποια οφέλη στη λεκτική μνήμη μόνο στις νεότερες γυναίκες στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση, ωστόσο είχαν ουδέτερες επιδράσεις ηλικιωμένες γυναίκες στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση. Ο συνδυασμός των συζευγμένων οιστρογόνων των ιπποειδών με την οξική μεδροξυπρογεστερόνη οδήγησαν σε αρνητική αλλαγή στη μνήμη νεότερων αλλά και μεγαλύτερων μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

Άλλες φαρμακοτεχνικές μορφές μπορεί να είναι ευεργετικές, όπως δείχνει μια μελέτη ο συνδυασμός βαλερικής οιστραδιόλης με διενογέστης σε νεότερες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δείχνουν υποσχέσεις. Άλλη μελέτη δείχνει ότι ο συνδυασμός κυκλικής οιστραδιόλης από το στόμα και νορεθιδρομών έχουν θετικές επιδράσεις στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση της γνώσης αν προϋπάρχει κατάθλιψη. Έχει αποδειχθεί ότι οι αναστολείς της ακετυλοχολινστεράσης έχουν όφελος σε ασθενείς που πάσχουν από πρώιμη άνοια αλλά δεν έχει αποδειχθεί



ότι μπορούν να μειώσουν το ρυθμό της εξέλιξης της άνοιας σε ασθενείς με ήπια γνωστική εξασθένηση ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

Ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, η ατομοξετίνη, η οποία χρησιμοποιείται για την θεραπεία της διαταραχής της έλλειψης προσοχής στους ενήλικες, αποδείχθηκε ότι προσφέρει σημαντική βελτίωση στη μνήμη αλλά και την προσοχή στις προεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που εμφανίζουν γνωστικές δυσκολίες στην έναρξη της μέσης ηλικίας ( *Santoro, Epperson and Mathews, 2015*).

### 8.2.3 Διαταραχές ύπνου

Υπάρχουν πολλαπλές και μερικές φορές συνδυαστικές αιτίες διαταραχές στον ύπνο στις γυναίκες καθώς πλησιάζουν την εμμηνόπαυση. Για κάποιες από αυτές οι διαταραχές μπορεί να είναι παροδικές και να μην απαιτείται θεραπεία. Σε άλλες περιπτώσεις αντιμετωπίζουν όμως σοβαρές διαταραχές με σημαντικό αντίκτυπο στη ποιότητα και λειτουργία της ζωής απαιτώντας θεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, για γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη εκτός από σοβαρά αγγειοκινητικά συμπτώματα και διαταραχές στον ύπνο απαιτείται συνδυαστική θεραπεία. Οι επιλογές θεραπείας περιλαμβάνουν την ορμονική θεραπεία, μη ορμονικά φαρμακολογικά φάρμακα και μη φαρμακολογικές και αυτοδιαχειριζόμενες στρατηγικές ( *Baker et al, 2018* ).

Η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία της αϋπνίας ( CBT-I ) αποτελεί μία από τις βασικές παρεμβάσεις για ασθενείς με χρόνια αϋπνία και θεωρείται ανώτερη από τη φαρμακευτική αγωγή μακροπρόθεσμα. Η CBT-I αξιολογήθηκε για αϋπνία κατά την εμμηνόπαυση σε προεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με συμπτώματα αϋπνίας και καθημερινές εξάψεις. Με 8 εβδομάδες CBT-I οδήγησαν σε μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων αϋπνίας και οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν μέχρι και 6 μήνες μετά την θεραπεία, καθώς επίσης και σε μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης ( *Baker et al, 2018* ).

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μετά-ανάλυση, η ορμονική θεραπεία βελτιώνει σε μέτριο βαθμό τις διαταραχές του ύπνου. Στις περισσότερες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, η βελτίωση στη ποιότητα του ύπνου συνδυάστηκε με βελτίωση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων. Υπάρχουν ωστόσο, και δεδομένα που υπήρχε βελτίωση στην ποιότητα

του ύπνου χωρίς να υπάρχει αναφορά αγγειοκινητικών συμπτωμάτων ( *Baker et al, 2018* ).

Έχουν δοκιμαστεί επίσης και άλλες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για την θεραπεία της αϋπνίας κατά την εμμηνόπαυση, όπως ο βελονισμός, η γιόγκα, το μασάζ, η άσκηση και τα συμπληρώματα διατροφής που εμπεριέχουν σόγια τα οποία είχαν μεικτά αποτελέσματα ( *Baker et al, 2018* ).

#### 8.2.4 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει μια επαναλαμβανόμενη κατάσταση. Ο κίνδυνος της υποτροπής αυξάνεται με κάθε διαδοχικό επεισόδιο. Οι στόχοι της θεραπείας είναι βραχυπρόθεσμα η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη της υποτροπής αλλά και η αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Η θεραπεία συντήρησης είναι αποδεδειγμένο ότι βοηθάει στη μείωση του κινδύνου υποτροπής έως και 70% (Stute et al., 2020).

Η ψυχοεκπαίδευση και λήψη αποφάσεων από κοινού αποτελούν τα πρώτα βήματα για την διαχείριση της κατάθλιψης, χωρίς να παίζει ρόλο η σοβαρότητα της. Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια θεραπευτική παρέμβαση όπου βασίζεται σε στοιχεία που αφορούν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και προσφέρει πληροφορίες και υποστήριξη για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Όσον αφορά την κατάθλιψη η ψυχοεκπαίδευση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πρόγνωση του ασθενούς και μειώνει την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση για τα μέλη της οικογένειας (Stute et al., 2020).

Οι επιλογές για θεραπεία μπορεί να είναι είτε υποστηρικτικές μη φαρμακευτικές θεραπείες είτε εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία. Οι υποστηρικτικές θεραπείες περιλαμβάνουν την “προσεκτική αναμονή”, τακτική άσκηση, ψυχοεκπαίδευση, υποστηρικτική κοινοτική θεραπεία και ποικίλες φυσικοπαθητικές θεραπείες. Παρόλο που αυτές οι θεραπείες μπορούν να βελτιώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, πρέπει να θυμόμαστε ότι οι υποστηρικτικές θεραπείες χρησιμεύουν μόνο για ήπια κατάθλιψη ή ως βοηθητικές θεραπείες σε συνδυασμό με εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία (Stute et al., 2020).

Με πιο σοβαρά συμπτώματα, η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων αποτελούν

εξειδικευμένες μέθοδοι που προσφέρουν σημαντικά οφέλη. Οι ασθενείς που δεν έχουν πρόσβαση αλλά και δεν επιθυμούν ψυχοθεραπεία και παρουσιάζουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη θα πρέπει να χορηγούνται αντικαταθλιπτική θεραπεία (Stute et al., 2020).

Η οιστραδιόλη έχει αντικαταθλιπτικά οφέλη παρόμοιο με εκείνο των τυπικών αντικαταθλιπτικών σε περιεμμηνοπαυσιακές και όχι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η τιμπολόνη μπορεί να έχει οφέλη. Τα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά ανεξάρτητα από την σοβαρότητα της κατάθλιψης και η αποτελεσματικότητά τους είναι καλά τεκμηριωμένη. Στα εγκεκριμένα αντικαταθλιπτικά υπάγονται τα SSRIs, SNRIs, άτυπα αντικαταθλιπτικά, ρυθμιστές σεροτονίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs). Η τρέχουσα θεραπεία είναι να ξεκινήσει με SSRIs και να αλλάξει σε SNRIs αν δεν υπάρχει αρκετή απόκριση τον πρώτο μήνα (Stute et al., 2020).

Η ψυχοθεραπεία είναι αρκετά αποτελεσματική κατά της κατάθλιψης. Οικονομικές αποδοτικές αλλά και σύντομες προσεγγίσεις όπως η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT), η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων και η διαπροσωπική θεραπεία (IPT) αποτελούν τεκμηριωμένες προσεγγίσεις. Συνδυαστικά με την φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία δείχνει καλά αποτελέσματα σε σοβαρή κατάθλιψη και αποτελούν βασικό ρόλο στην πρόληψη νέων επεισοδίων. Η CBT μαθαίνει σε ασθενείς με κατάθλιψη πώς να αναγνωρίζουν αρνητικά πρότυπα σκέψης και να μπαίνουν στη διαδικασία να ενστερνιστούν πιο υγιείς και θετικές σκέψεις. Η IPT εστιάζει στις δυσκολίες στις σχέσεις, εντονότερα με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και στα προβλήματα στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που είναι αποτέλεσμα κατάθλιψης ή δημιουργούνται από αυτήν. Η επιρροή τους έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να παραμείνουν μέχρι και ένα χρόνο μετά σε αντίθεση με τα αντικαταθλιπτικά που δρουν μόνο κατά την λήψη τους (Stute et al., 2020).

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελεί τον συστηματικό τρόπο επιστημονικής τεκμηρίωσης, και χρησιμοποιείται για την διάγνωση και την αντιμετώπιση των ανθρώπινων αντιδράσεων σε δυνητικά και πραγματικά προβλήματα υγείας. Ως και το λειτουργικό πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, η νοσηλευτική διεργασία είναι το όχημα μέσω του οποίου ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις γνώσεις του και αξιοποιεί τις δεξιότητες του με ένα συστηματικό, επικεντρωμένο σε σκοπούς τρόπο, για τη επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων σε έναν ασθενή. Με την νοσηλευτική διεργασία ο νοσηλευτής προσεγγίζει και ανταποκρίνεται στις κλινικές καταστάσεις με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, χρησιμοποιώντας στοχευμένη και δημιουργική σκέψη. Αυτού του είδους η προσέγγιση οδηγεί σε αποφυγή νοσηλευτικών παρεμβάσεων που βασίζονται στην μίμηση, στη διαίσθηση και στην παράδοση (*Osborn, 2014*).

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή αποτελεί το μέσο για την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας. Η σχέση αυτή είναι ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον ασθενή για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας (*Osborn, 2014*).

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι :

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου

Η νοσηλευτική διεργασία είναι ευέλικτη, και έτσι είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες καταστάσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε κλινικό περιβάλλον και

σε ασθενείς με διαφορετική ηλικία, κατάσταση υγείας και πολιτιστικό υπόβαθρο ( *Osborn, 2014*).

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι :

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ( εκτίμηση και αποτελέσματα) ( *Κυριακίδου, 2000*).

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις :

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου ( απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα ) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν ( *Κυριακίδου, 2000*).
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας. Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη και σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία ( *Κυριακίδου, 2000*).
3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιατρικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας ( *Κυριακίδου, 2000*).
4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές ότι καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι, οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το

αποδέχονται τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη (Κυριακίδου, 2000).

Με βάση τα παραπάνω, η νοσηλευτική φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμμηνόπαυση καθώς κατά την διάρκεια και μετά στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων που έχουν σχέση με τις ορμονικές αλλαγές, στην μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο και οστεοπόρωση και στην εκπαίδευση της γυναίκας για τις αλλαγές του τρόπου ζωής που είναι σημαντικές για την υγεία της και την ευεξία της (Lemone et al, 2011). Οι βασικές αρχές φροντίδας στην εμμηνόπαυση είναι οι εξής:

- *Έλλειμμα γνώσεων*

Επειδή τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ποικίλλουν ευρέως είναι δύσκολο να προβλέψουμε τις επιπτώσεις τους σε κάθε μία γυναίκα. Οπωσδήποτε καλά ενημερωμένη γυναίκα είναι καλύτερα προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει την εμμηνόπαυση, οποιαδήποτε συμπτώματα και αν βιώσει (Lemone et al, 2011). Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προτείνει κυρίως τις ακόλουθες οδηγίες:

1. Συζήτηση για τις φυσιολογικές εκδηλώσεις, όπως εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις (Lemone et al, 2011).
2. Παροχή διατροφικών συμβουλών από ειδικούς που θα είναι σε θέση να τους χορηγήσουν συμπληρώματα αβεστίου ή αντιόξινες ταμπλέτες για τις ημερήσιες ανάγκες τους ασβεστίου (Lemone et al, 2011).
3. Δώστε έμφαση στη σπουδαιότητα της άσκησης με βάρη. Οι ασκήσεις με βάρη μείνουν τον ρυθμό απώλειας οστικής μάζας, βοηθούν στη διατήρηση του ιδανικού βάρους και μειώνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακό (Lemone et al, 2011).
4. Ενημερώστε για τα οφέλη και τους κινδύνους της HRT (θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης). Δεν την χρειάζονται ούτε την επιθυμούν όλες οι γυναίκες. Επίσης κάθε γυναίκα θα πρέπει να κατανοήσει τα οφέλη αλλά και τους κινδύνους της πριν αποφασίσει να υποβληθεί σε αυτήν (Lemone et al, 2011).
5. Ενθάρρυνση της γυναίκας να υποβάλλεται σε ετήσια μαστογραφία, σε κλινική εξέταση του μαστού και εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά

Παπανικολάου ( Pap-test ) και να εξοικιωθεί με τους ιστούς και την υφή των μαστών της ( *Lemone et al, 2011* ).

- *Κίνδυνος για σεξουαλική δυσλειτουργία*

Η κολπική ξηρότητα και η ατροφία μπορεί να επηρεάσουν την σεξουαλική έκφραση και ικανοποίηση. Προτείνονται μέτρα που θα βοηθήσουν την γυναίκα και τον συντροφό της να αντιμετωπίσουν αυτές τις αλλαγές, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να συνεχίσουν ή να ξαναρχίσουν μια ικανοποιητική και για τους δύο σεξουαλική σχέση ( *Lemone et al, 2011* ).

Ως επαγγελματίες υγείας θα πρέπει τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί όταν έχουν να κάνουν με εμμηνοπαυσιακές γυναίκες να τις ενθαρρύνουν να εκφράζουν τα συναισθημάτα αλλά και τις ανησυχίες για το πώς η εμμηνόπαυση αλλάζει την σεξουαλική τους ζωή ( *Lemone et al, 2011* ).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξηγηθεί ότι καθώς η γυναίκα γηράσκει μπορεί να χρειάζεται περισσότερος χρόνος για να επιτευχθεί κολπική υγραση και οργασμός. Η πληροφορία αυτή είναι σημαντική, προκειμένου η γυναίκα να μην θεωρήσει ότι της συμβαίνει κάτι ανησυχητικό. Τέλος θα μπορούσαμε να προτείνουμε τρόπους για να αυξηθεί η υγραση του κόλπου, όπως η αφιέρωση περισσότερου χρόνου στα προκαταρκτικά και/ή χρήση υδατοδιαλυτών τζελ ή κολπικής κρέμας οιστρογόνων για κολπική υγραση ( *Lemone et al, 2011* ).

- *Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση*

Κάθε γυναίκα είναι φυσιολογικό να αντιδράει με τον δικό της τρόπο στη διεργασία της γήρανσης. Οι παράγοντες που τις επηρεάζουν περισσότερο είναι η απώλεια νεότητας, το αίσθημα του κενού καθώς τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι και η ανάγκη για επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας και του ρόλου. Οι γυναίκες που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση μπορεί να βιώσουν μια επώδυνη ψυχολογική αντίδραση στις φυσικές αλλαγές της εμμηνόπαυσης ( *Lemone et al, 2011* ).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουμε την έκφραση των φόβων και των ανησυχιών σχετικά με τους διαπροσωπικούς και οικογενειακούς ρόλους

καθώς πολλές γυναίκες έχουν την τάση να συνδέουν την γήρανση με < αχρήστευση > και απώλεια ελκυστικότητας ( *Lemone et al, 2011* ).

Επιπρόσθετα, μπορούμε να προτείνουμε σε γυναίκες που έχουν ελεύθερο χρόνο να κάνουν εθελοντικές δραστηριότητες ή εργασία. Αυτό θα προσφέρει στη γυναίκα την αίσθηση ότι είναι ακόμη ενεργό μέλος της κοινωνίας. Επίσης, οι εθελοντικές δραστηριότητες με νέους βοηθούν στην ελάττωση του άγχους για τη απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας ή της λύπης για την μη απόκτηση παιδιών ( *Lemone et al, 2011* ).

Τέλος, θα πρέπει να συζητηθεί η σπουδαιότητα ενός υγιεινού τρόπου ζωής ως προς την διατήρηση της φυσικής γοητείας αλλά και μιας καλής φυσικής κατάστασης. Η ποιότητα και ο τρόπος ζωής καθορίζουν την φυσική κατάσταση, την εμφάνιση και την σωστή λειτουργία του οργανισμού ( *Lemone et al, 2011* ).

- *Διαταραχή της εικόνας του σώματος*

Καθώς εξελίσσεται η περιεμμηνοπαυσιακή φάση, οι αλλαγές στην εμφάνιση και η απώλεια ικανότητας τεκνοποίησης συντελούν στο να κάνουν την γυναίκα να αισθάνεται ασχημα για τον εαυτό της. Οι σωματικές αλλαγές που συνήθως βιώνουν οι γυναίκες είναι η αυξημένη τριχοφυΐα του προσώπου, οι έντονες εφιδρώσεις και η ερυθρότητα προς'που καθώς και η αύξηση βάρους ( *Lemone et al, 2011* ).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να :

1. Ενθαρρύνουν την γυναίκα να περιγράψει πως αντιλαμβάνεται το σώμα της. Η πληροφορία αυτή είναι σημαντική καθώς έτσι συλλέγονται δεδομένα που θα καθορίσουν το ατομικό σχέδιο φροντίδας ( *Lemone et al, 2011* ).
2. Προτείνουν την προφορική έκφραση συναισθημάτων όπως θυμό, αγωνία, απώλειας και φόβου για τις σωματικές αλλαγές. Εκφράζοντας με αυτό το τροπο τα συναισθήματα τους διευκολύνεται η διαδικασία του πένθους και η αποδοχή της αλλαγής ( *Lemone et al, 2011* ).
3. Δώσουν έμφαση ότι ορισμένα σωματικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου δεν μπορούν να αλλάξουν και στη σπουδαιότητα της αναγνώρισης και αποδοχής της εσωτερικής δύναμης κάθε ανθρώπου. Αυτό θα βοηθήσει την γυναίκα να κερδίσει την αποδοχή και μια ρεαλιστική αυτοεκτίμηση ( *Lemone et al, 2011* ).



4. Συστήνουν κατάλληλους ανθρώπους και κέντρα για διαιτολογικές συμβουλές, άσκηση, έλεγχο του άγχους και κοσμητική βοήθεια. Αυτές οι ενέργειες θα ενισχύσουν την ευεξία και θα προσφέρουν θετική διάθεση και αυτοεκτίμηση ( *Lemone et al, 2011* ).

- *Επιστημονική επάρκεια – συνεχιζόμενη εκπαίδευση*

Η πρώτη προϋπόθεση για την νοσηλευτική φροντίδα μιας γυναίκας με εμμηνόπαυση είναι ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τις φυσιολογικές μεταβολές που επέρχονται στην εμμηνόπαυση και τη συμπτωματολογία που την συνοδεύει καθώς θα τους δώσει τη ικανότητα εντοπισμού των σχετικών συμπτωμάτων με αποτέλεσμα τη περαιτέρω παραμψη των πιθανών εμμηνοπαυσιακών γυναικών σε ιατρούς, γυναικολόγους και άλλες ειδικότητες. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις προληπτικές και σε γενικές γραμμές για τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δίνει τη δυνατότητα στους μαιευτές να έχουν επικαιροποιημένες γνώσεις που με την σειρά τους οδηγούν στη παροχή τεκμηριωμένων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

- *Διεπιστημονική συνεργασία*

Για την ολοκληρωμένη φροντίδα της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, απαιτείται διεπιστημονική συνεργασία στην οποία οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο μιας και αποτελού συνήθως τους πρώτους επαγγελματίες υγείας στους οποίους προσέρχονται οι γυναίκες για θέματα που τους αποσχολούν. Η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να αποτελείται από Μαιευτές/Μαιευτές, Γυναικολόγο, Ενδοκρινολόγο, Γενικό Ιατρό και άλλους επαγγελματίες υγείας που μπορεί να χρειαστούν όπως Ορθοπαιδικό, Καρδιολόγο, Ψυχολόγο, Διατροφολόγο κ.λ.π. Όλη η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να έχουν καλή επικοινωνία μεταξύ τους και να παραπέμπουν τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες όταν χρειάζεται ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

- *Προγράμματα παρέμβασης*

Μεγάλο ρόλο παίζει η στάση ζωής της γυναίκας όσον αφορά την εμμηνόπαυση με την αντίληψη τους για την υγεία τους, την ποιότητα ζωής τους και την ένταση με την οποία αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, όσο αρνητικότερη είναι η στάση τους τόσο εντονότερα θα βιώσουν τις επιπτώσεις διαφόρων συμπτωμάτων ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

Προγράμματα παρέμβασης μέσω ενημέρωσης και ενδυνάμωσης των εμμηνόπαυσιων γυναικών παρέχουν πληροφορίες γύρω από τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της εμμηνόπαυσης καθώς και των τρόπων με τους οποίους οι γυναίκες αυτές μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση σε νοητικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, βελτιώνει επίσης σημαντικά την αντίληψη τους για την ένταση των συμπτωμάτων τους, την ποιότητα ζωής τους και την γενικότερη στάση τους προς την εμμηνόπαυση. Επιπρόσθετα, τα προγράμματα παρέμβασης μπορούν να εμπεριέχουν ενημέρωση γύρω από θέματα γενικής υγείας που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση όπως η διακοπή του καπνίσματος, η απώλεια βάρους, η έναρξη γυμναστικής κ.λ.π. Αυτή η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται σε κάθε εμμηνόπαυσιων γυναίκα που έρχεται για τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

- *Ιστορικό υγείας*

Χρήσιμη είναι η λήψη ιστορικού υγείας των γυναικών στο οποίο θα πρέπει να αναφέρονται αναλυτικές πληροφορίες για τα εμμηνόπαυσιων συμπτώματα, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής ( κάπνισμα, κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων , φρούτων, και λαχανικών, άσκηση κ.λ.π) καθώς και την λήψη Θ.Ο.Υ ή εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

Στο ίδιο ιστορικό υγείας θα πρέπει να καταγράφονται τα αποτελέσματα του προληπτικού ελέγχου που υποβάλλεται η εμμηνόπαυσιων γυναίκα, με δυνατότητα καταγραφής για μερικά έτη, ώστε να διαπιστώνεται η πορεία των σχετιζόμενων με την εμμηνόπαυση συμπτωμάτων σε βάθος χρόνου ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

Με την τήρηση ενός λεπτομερούς και ενημερωμένου ιατρικού αρχείου, οι νοσηλεύτριες είναι σε θέση να γνωρίζουν τις ανάγκες υγείας που έχουν οι γυναίκες και βάσει αυτών να σχεδιάσουν τις παρεμβάσεις που πρέπει να λάβουν ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

- *Επικοινωνιακές δεξιότητες*

Παίζει μεγάλο ρόλο για μια εμμηνόπαυσιων γυναίκα να μπορεί να εκφράζεται ελεύθερα σε ότι αφορά την εμμηνόπαυση και στις όποιες αλλαγές την συνοδεύουν ιδίως σε ότι αφορά στη στάση της προς αυτήν καθώς και προς την συμπτωματολογία ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

Η συνεχή επικοινωνία με την γυναίκα προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα με κάποια από αυτά να είναι η αμεσότητα και η δυνατότητα που παρέχει στις γυναίκες να εκφράζονται ελεύθερα σε σχέση με το πώς βιώνουν την εμμηνόπαυση (Βιβιλάκη, 2016).

Οι πληροφορίες που δίνονται στις γυναίκες, γραπτές αλλά και προφορικές, θα πρέπει να είναι απλές αλλά και κατανοητές δηλαδή να είναι προσαρμοσμένες στο μορφωτικό επίπεδο της κάθε γυναίκα ( Βιβιλάκη, 2016 ).

Οι γυναίκες που βρίσκονται στη περίοδο της εμμηνόπαυσης θα πρέπει να διδάσκονται από τον νοσηλευτή για τον σημαντικό ρόλο που παίζει η σωστή διατροφή , ανάπαυση, γυμναστική αλλά και για τους κινδύνους της κατάχρησης ουσιών όπως το τσιγάρο και το ποτό. Θα πρέπει λοιπόν να προτείνετε στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες ομάδες υποστήριξης και ατομικής συμβουλευτικής προκειμένου να μπορεί να ξέρει τι θα πρέπει να προσέχει σε αυτή την περίοδο της ζωής της ( RCN, 2003).

Οι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες με βάση τις οδηγίες που τους παρέχουν οι νοσηλευτές και σε συνδυασμό με την καθοδήγηση του γιατρού τους θα πρέπει να προβαίνουν σε πράξεις οι οποίες προάγουν την σωματική αλλά και την ψυχική υγεία τους. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς λειτουργούν ως συνήγορος των γυναικών επειδή είναι σε θέση να τους παρέχουν αμερόληπτες αλλά και ακριβείς πληροφορίες ( RCN, 2003).

Οι οδηγίες που προτείνονται για την προαγωγή της υγείας είναι οι εξής :

- Τεστ Παπανικολάου ανά 3 χρόνια ή
- Συνδυασμό τεστ Παπανικολάου και HPV – DNA test ανά 5ετία
- Εξέταση των μαστών σε ετήσια βάση από έναν επαγγελματία υγείας σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40
- Σε γυναίκες ηλικίας 29 έως 39 θα πρέπει να γίνεται κλινικός έλεγχος μαστών κάθε 1 με 3 χρόνια
- Εκπαίδευση των γυναικών από τους νοσηλευτές για να μπορούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους
- Μέτρηση της οστικής πυκνότητας (Μ.Ο.Π) , η οποία αξιολογεί την πυκνότητα του οστίτη ιστού και την πιθανότητα κατάγματος

- Υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων ( ενδοκολπικό ) για την μέτρηση του ενδομητρίου και τον έλεγχο της κατάστασης των έσω γεννητικών οργάνων
- Ετήσια αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση
- Κολonosκόπηση μία φορά την δεκαετία σε γυναίκες άνω των 50 ετών λόγω της αύξησης της εμφάνισης του καρκίνου του παχέως εντέρου στις γυναίκες
- Λιπιδαιμικός έλεγχος ανά 5ετία μετά την ηλικία των 45 λόγω της αύξησης του καρδιαγγειακού κινδύνου μετά την εμμηνόπαυση ( *Βιβιλάκη, 2016* ).

## 2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική αναζήτηση και την εύρηση πληροφοριών μέσω νοσηλευτικών και ιατρικών βιβλίων, διαπιστώνεται ότι η εμμηνόπαυση αποτελεί την φυσιολογική πορεία κάθε γυναίκας η οποία διανύει την ηλικία των 45 ετών και άνω. Με την εμφάνιση της εμμηνόπαυσης αρχίζουν να παρουσιάζονται κάποια κλιμακτηριακά συμπτώματα καθώς η παραγωγή των οιστρογόνων αρχίζει να μειώνεται. Μια εμμηνοπαυσιακή γυναίκα μπορεί να εμφανίσει εξάψεις οι οποίες ως αποτέλεσμα επιφέρουν διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, οστεοπόρωση, πόνους στις αρθρώσεις αλλά και καρδιαγγειακά και ουρογεννητικά προβλήματα.

Με σκοπό τα συμπτώματα που έχουν ήδη αναφερθεί να μην επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, μεγάλο ρόλο παίζει η πρόληψη και η ενημέρωση. Κάποια από τα μέτρα της πρόληψης είναι η άθληση, η διακοπή του καπνίσματος και η σωστή διατροφή.

Στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα τότε η γυναίκα θα πρέπει να συνεργαστεί με τον γυναικολόγο της και με άλλες ιατρικές ειδικότητες προκειμένου να βρεθεί η κατάλληλη θεραπεία. Μια από τις ειδικότητες αυτές είναι και ο νοσηλευτής καθώς αυτός θα έρθει πρώτος σε επαφή με την γυναίκα και θα καταλάβει ποια συμπτώματα την απασχολούν. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι αρκετά σημαντικός καθώς αυτός θα παραπέμψει την γυναίκα για περαιτέρω εξετάσεις που θα πρέπει να

κάνει, θα την ενθαρρύνει ψυχολογικά αλλά και θα την ενημερώσει σχετικά με την εμμηνόπαυση. Αν όλα τα παραπάνω ακολουθηθούν από την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα τότε αυτή θα είναι προετοιμασμένη για οποιοδήποτε σύμπτωμα παρουσιάσει και δεν θα βιώσει την εμμηνόπαυση ως κάτι επώδυνο και ψυχολογικά ψυχοφόρο.

## **Γ΄ ΜΕΡΟΣ**

### **ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

#### **Abstract 1**

A survey was conducted in which 209 of the 500 gynecologists and obstetricians who were fellow American College of Obstetricians and Gynecologists as well as members of the Collaborative Research Network evaluated a survey that was sent to them regarding depression during menopause and how long they can to manage it. 34.1% of them reported that they did not regularly attend perimenopausal patients for depression. 85.7% of them believed that they could recognize depression in menopausal women and 55.8% had confidence in their ability to treat these patients ( *Raglan et al., 2020* ).

#### **Περίληψη**

Έγινε μια έρευνα στην οποία 209 από τους 500 γυναικολόγους και μαιευτήρες, που ήταν υπότροφοι του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων καθώς και μέλη του Συνεργατικού Ερευνητικού Δικτύου, αξιολόγησαν μια έρευνα που τους στάλθηκε η οποία αφορούσε την κατάθλιψη κατά την διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης και κατά πόσο μπορούν να την διαχειριστούν. Το 34,1% από αυτούς ανέφεραν ότι δεν παρακολούθουν τακτικά περιεμμηνοπαυσιακούς ασθενείς για κατάθλιψη. Το 85,7% αυτών πίστευαν ότι μπορούσαν να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη στις γυναίκες που έπασχαν από την εμμηνόπαυση και το 55,8 είχαν εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να θεραπεύσουν αυτούς τους ασθενείς ( *Raglan et al., 2020* ).

## **Abstact 2**

A study was conducted in women to find out if hormone therapy postmenopausally is associated with diabetes which plays a role for serious eye problems related to old age. An analysis was done of women who were involved in the Canadian Time Aging Study. 15,320 women aged 45-85 participated. Women's information on diabetes and other health problems was collected automatically. This research has shown that the use of hormone therapy for 10 years or more is associated with a higher chance of cataract exposure in women with type 2 diabetes but not in women who use hormone therapy but do not have diabetes. Hormone therapy was not associated with glaucoma and macular degeneration ( *Costanian et al., 2020* ).

## **Περίληψη**

Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε γυναίκες για να διαπιστωθεί αν η ορμονοθεραπεία μετεμμηνοπαυσιακά σχετίζεται με τον διαβήτη ο οποίος παίζει ρόλο για σοβαρά προβλήματα με τα μάτια που σχετίζονται με την μεγάλη ηλικία. Έγινε μια άναλυση γυναικών που ήταν αναμεμιγμένοι με την Καναδική Διαχρονική Μελέτη για τη Γήρανση. Συμμετείχαν 15.320 γυναίκες ηλικίας 45-85 ετών . Οι πληροφορίες των γυναικών σε σχέση με το διαβήτη και άλλα προβλήματα υγείας συλλέχθηκαν με αυτόματη αναφορά. Αυτή η έρευνα έδειξε ότι η χρήση ορμονοθεραπείας για 10 χρόνια και πάνω σχετίζονται με υψηλότερες πιθανότητες έκθεσης καταρράκτη σε γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 αλλά όχι σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ορμονοθεραπεία αλλά δεν έχουν διαβήτη. Η ορμονοθεραπεία δεν συσχετίστηκε με γλαύκωμα και εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας ( *Costanian et al., 2020* ).

## **Abstact 3**

A study was conducted in which 70 Arab women aged 40-64 years participated to check their quality of life during menopause. A face-to-face interview was conducted and they were asked to complete a structured questionnaire that included socio-demographic variables and the Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL). There were no significant differences between menopausal status in any of the four areas used in the MENQOL questionnaire. The most common symptom was muscle pain, 61% said they had vasomotor symptoms and one third had sexual symptoms. This study highlighted the importance of educating women about menopause ( *Smail, Jassim, and Shakil,2019* ).

## Περίληψη

Έγινε μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 70 αραβικές γυναίκες ηλικίας 40-64 χρονών για να ελεγχθεί η ποιότητα της ζωής τους κατά την εμμηνόπαυση. Πραγματοποιήθηκε μια συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο και ζητήθηκαν να συμπληρώσουν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και το ερωτηματολόγιο για την ειδική ποιότητα ζωής της εμμηνόπαυσης (MENQOL). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της κατάστασης της εμμηνόπαυσης σε καμία από τις τέσσερις περιοχές που χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MENQOL. Το πιο συχνό σύμπτωμα ήταν ο πόνος στους μυς, το 61% είπε ότι είχε αγγειοκινητικά συμπτώματα και το ένα τρίτο είχε σεξουαλικά συμπτώματα. Σε αυτήν την έρευνα τονίστηκε η σημασία εκπαίδευσης των γυναικών για την εμμηνόπαυση ( *Smail, Jassim, and Shakil, 2019* ).

### Abstract 4

A prospective community study was conducted in an urban community in Beijing to determine the onset of anxiety and depression symptoms in Chinese women during and after menopause and related risk factors. 430 women participated. Symptoms of depression were more common than symptoms of anxiety. Also these symptoms were more common during and after menopause and not so much in premenopausal women. These findings underscore the importance of monitoring and evaluating postmenopausal women for symptoms of anxiety and depression, especially those at risk ( *Tang et al., 2019* ).

## Περίληψη

Έγινε μία προοπτική κοινοτική μελέτη σε μια αστική κοινότητα στο Πεκίνο για τον προσδιορισμό της εμφάνισης των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στις γυναίκες από την Κίνα κατά την διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση και τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου. Συμμετείχαν 430 γυναίκες. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο συχνά από τα συμπτώματα του άγχους. Επίσης τα συμπτώματα αυτά ήταν πιο συχνά κατά την διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση και όχι τόσο στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία του ελέγχου και αξιολόγησης των γυναικών που μεταβαίνουν την εμμηνόπαυση για

συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, ειδικά εκείνων με παράγοντες κινδύνου ( *Tang et al., 2019* ).

#### **Abstract 5**

A qualitative study was conducted to investigate the perceptions of older women about the causes of low libido. There were 36 women aged 60 and over who tested positive for low libido after a test. They gave an interview and it was audio recorded, transcribed and coded using a code book developed by two researchers. The codes were examined and issues related to libido were observed. Common factors found were postmenopausal vaginal symptoms, erectile dysfunction in men, fatigue, physical pain, stressors and body image concerns. One way for women to adjust to this situation was through proper communication with their partners ( *Thomas et al., 2019* ).

#### **Περίληψη**

Έγινε μια ποιοτική μελέτη για την διερεύνηση των αντιλήψεων των ηλικιωμένων γυναικών σχετικά με τα αίτια της χαμηλής λίμπιντο. Συμμετείχαν 36 γυναίκες ηλικίας 60 και άνω που ήταν θετικές για χαμηλή λίμπιντο μετά από έλεγχο. Έδωσαν συνέντευξη και αυτή καταγράφηκε ηχητικά , μεταγράφηκαν και κωδικοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα βιβλίο κωδικών που αναπτύχθηκε από δύο ερευνητές. Οι κωδικοί εξετάστηκαν και θέματα σχετικά με την λίμπιντο παρατηρήθηκαν. Κοινοί παράγοντες που βρέθηκαν ήταν τα μετεμηνοπαυσιακά κολπικά συμπτώματα, η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες, η κόπωση, ο σωματικός πόνος, οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος. Ένας τρόπος των γυναικών για να προσαρμοστούν σε αυτή την κατάσταση ήταν η σωστή επικοινωνία με τους συντρόφους τους ( *Thomas et al., 2019* ).

#### **Abstract 6**

This qualitative study was conducted to find out the experiences of Iranian women in dealing with menopause. In this substantiated theory study, 27 women living in Mashhad and Gonabad, northeastern Iran, from May 2013 to July 2016 were selected and deliberate and theoretical sampling was used. In-depth semi-structured interviews were conducted for data collection until data saturation was achieved. Data were analyzed using the recommended method of Strauss and Corbin (1998) through open,



axial and selective coding. MAXQDA 2007 software was used to organize the data and manage the analysis process. The analysis revealed the basic category of "transition from uncertainty to acceptance". Interconnected categories belonging to the core category included the induction of aging, the observation of menopausal symptoms, the response to menopausal symptoms, the understanding of the need for preparation, and the assessment of the appropriate preparation time. The transition from uncertainty to acceptance has been recognized as a key idea in the experiences of Iranian women experiencing menopause ( *Bahri and Latifnejad Roudsari, 2019* ).

### **Περίληψη**

Αυτή η ποιοτική μελέτη διεξήχθη για να ανακαλυφθούν οι εμπειρίες των ιρανικών γυναικών στην αντιμετώπιση της εμμηνόπαυσης. Σε αυτή τη μελέτη τεκμηριωμένης θεωρίας επιλέχθηκαν 27 γυναίκες που ζούσαν σε Mashhad και Gonabad, Βορειοανατολικά του Ιράν, από το Μάιο του 2013 έως τον Ιούλιο του 2016, και χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη και θεωρητική δειγματοληψία. Καταρτίστηκαν ημιδομημένες σε βάθος συνεντεύξεις για τη συλλογή δεδομένων έως ότου επιτευχθεί ο κορεσμός των δεδομένων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη συνιστώμενη μέθοδο Strauss και Corbin (1998) μέσω ανοικτής, αξονικής και επιλεκτικής κωδικοποίησης. Το λογισμικό MAXQDA 2007 χρησιμοποιήθηκε για την οργάνωση δεδομένων και τη διαχείριση της διαδικασίας ανάλυσης. Η ανάλυση αποκάλυψε την βασική κατηγορία της "μετάβασης από αβεβαιότητα προς αποδοχή". Οι αλληλοσυνδεδεμένες κατηγορίες που ανήκουν στην κατηγορία πυρήνα συμπεριέλαβαν την πρόκληση της γήρανσης, την παρατήρηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, την ανταπόκριση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, την κατανόηση της ανάγκης για προετοιμασία και την εκτίμηση του κατάλληλου χρόνου προετοιμασίας. Η μετάβαση από την αβεβαιότητα προς την αποδοχή αναγνωρίστηκε ως η βασική ιδέα στις εμπειρίες των ιρανικών γυναικών που αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση ( *Bahri and Latifnejad Roudsari, 2019* ).

## **Abstract 7**

This study aims to determine the effectiveness of mixed herbal remedies in menopausal symptoms. A randomized, clinical trial and placebo-controlled study was performed on 120 perimenopausal women aged 45-65 years for 12 weeks. All participants received oral plant extracts daily and were randomly divided into four groups: placebo (C), A (250 mg chamomile, fennel 30 mg, 15 mg saffron), B (1000 mg, 120 mg, 60 mg), D (500 mg, 60 mg, 30 mg). The primary outcome was the mean change in menopause scores that assessed 11 symptoms. Comparing the results of the physical, mental and urogenital field of the questionnaire of the menopause rating scale in the 1st, 6th week and 12th week, no significant difference was observed in groups A and C, but a statistically significant difference was within groups B and D in all weeks ( *Mahdavian et al., 2019* ).

## **Περίληψη**

Η μελέτη αυτή στοχεύει στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των μικτών φυτικών φαρμάκων στα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη, κλινική δοκιμή και μελέτη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο σε 120 περιμεμνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 45-65 ετών για 12 εβδομάδες. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν φυτικά εκχυλίσματα από το στόμα καθημερινά και τυχαία κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες: placebo (C), A (250 mg χαμομήλι, μάραθο 30 mg, 15 mg σαφράν), B (1000 mg, 120 mg, 60 mg), D (500 mg, 60 mg, 30 mg). Η πρωτογενής έκβαση ήταν η μέση αλλαγή στις βαθμολογίες της κλίμακας βαθμολόγησης της εμμηνόπαυσης που αξιολογεί 11 συμπτώματα. Με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων του φυσικού, ψυχικού και ουρογεννητικού πεδίου του ερωτηματολογίου της κλίμακας βαθμολόγησης της εμμηνόπαυσης την 1<sup>η</sup> εβδομάδα, 6<sup>η</sup> εβδομάδα και 12<sup>η</sup> εβδομάδα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην ομάδα A και Γ, αλλά στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν εντός της ομάδας B και Δ σε όλες τις εβδομάδες ( *Mahdavian et al., 2019* ).

## **Abstract 8**

The current study aims to assess the prevalence of menopausal symptoms among postmenopausal Egyptian women and their impact on the quality of life of these women. A cross-sectional study was performed at a tertiary university hospital from January to December 2017. 350 postmenopausal women aged 45-70 years

participated. All women were interviewed using the Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) questionnaire. The Mann-Whitney test and the Kruskal-Wallis test were used to compare MENQOL scores. Physical symptoms were the most common symptoms in this study. In general, older women, housewives, women in manual labor, less physically active women, and women with low socioeconomic status had poor quality of life ( *Ibrahim et al., 2020*).

## **Περίληψη**

Η τρέχουσα μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση της επικράτησης των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων μεταξύ των μετεμμηνόπαυσιακών αιγυπτιακών γυναικών και στην επίδρασή τους στην ποιότητα της ζωής αυτών των γυναικών. Μια εγκάρσια μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο από τον Ιανουάριο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017. Συμμετείχαν 350 μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 45-70 ετών. Όλες οι γυναίκες ερωτήθηκαν χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL). Η δοκιμή Mann-Whitney και η δοκιμή Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκαν για να συγκριθούν οι βαθμολογίες του MENQOL. Τα φυσικά συμπτώματα ήταν τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα στη μελέτη αυτή. Γενικά, οι ηλικιωμένες γυναίκες, οι νοικοκυρές, οι γυναίκες που έχουν δουλειά χειρωνακτικής εργασίας, οι λιγότερο σωματικά δραστήριες γυναίκες και οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση είχαν κακή ποιότητα ζωής ( *Ibrahim et al., 2020*).

## **Abstract 9**

This study analyzed the prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among Cambodian women. A simultaneous study was conducted with 200 women aged 40-60 years in three provinces and one urban area in Cambodia from July 2017 to August 2017. Three categories of symptoms: physical, psychological and urogenital symptoms (a total of 11 symptoms) associated with menopause were assessed using the Khmer version of the Menopause Assessment Scale (MRS). More than one fifth (21.5%) of the participants were premenopausal. 22.5% were perimenopausal, and 56% were postmenopausal. Physical and psychological symptoms were more common than urogenital symptoms in all three conditions. The three most common symptoms for all women were physical and mental exhaustion (88.1%), irritability (85.9%) and sleep problems (82.5%). Increased severity of

menopausal symptoms is associated with lower personal income ( $\leq 100$  US \$), higher exchange rates ( $> 4$  children), miscarriages, calcium supplementation and a history of heart disease and rheumatoid arthritis. This study showed a high prevalence of menopausal symptoms among Cambodian women ( *Thapa and Yang, 2019* ).

## Περίληψη

Αυτή η μελέτη ανέλυσε την επικράτηση και τη σοβαρότητα των εμμηνόπαυσιων συμπτωμάτων και των σχετικών παραγόντων μεταξύ των γυναικών της Καμπότζης. Μια συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε με 200 γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών σε τρεις επαρχίες και μία αστική περιοχή στην Καμπότζη από τον Ιούλιο του 2017 έως τον Αύγουστο του 2017. Τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: σωματικά, ψυχολογικά και ουρογεννητικά συμπτώματα (συνολικά 11 συμπτώματα) που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την έκδοση Khmer της κλιμάκωσης αξιολόγησης εμμηνόπαυσης (MRS). Πάνω από το ένα πέμπτο (21,5%) των συμμετεχόντων ήταν προεμμηνόπαυσιες. Το 22,5% ήταν περιεμμηνόπαυσιες, και το 56% ήταν μετά την εμμηνόπαυση. Τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα εμφανίστηκαν συχνότερα από τα ουρογεννητικά συμπτώματα και στις τρεις καταστάσεις. Τα τρία πιο διαδεδομένα συμπτώματα για όλες τις γυναίκες ήταν σωματική και ψυχική εξάντληση (88,1%), ευερεθιστότητα (85,9%) και προβλήματα ύπνου (82,5%). Η αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης συνδέεται με το μικρότερο προσωπικό εισόδημα ( $\leq 100$  US \$), την υψηλότερη ισοτιμία ( $> 4$  παιδιά), τις αποβολές, τη χρήση συμπληρωμάτων ασβεστίου και το ιστορικό καρδιακών παθήσεων και τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η μελέτη αυτή έδειξε υψηλό γενίκευση των εμμηνόπαυσιων συμπτωμάτων μεταξύ των γυναικών της Καμπότζης ( *Thapa and Yang, 2019* ).

## Abstract 10

The present study was conducted to determine the effect of Ginseng on sexual function (primary outcome), quality of life and menopausal symptoms (secondary outcome) in postmenopausal women with sexual dysfunction. This randomized controlled trial was performed on 62 women who were randomly assigned to the intervention and control groups using block randomization. The intervention group received 500 mg of Panax Ginseng and the control group received placebo twice daily

for four weeks. Standard questionnaires including the Female Sexual Function Index (FSFI), Menopause Specific Quality of Life (MENQOL) and the Greene Menopause Clinical Scale were completed before and four weeks after the intervention. There were no statistically significant differences between the two groups in terms of demographic characteristics and key outcomes of sexual function, quality of life, and menopausal symptoms. After the intervention, the mean overall score of the female sexual function index was significantly higher in the intervention group compared to the control group. The mean overall score of quality of life and menopausal symptoms was significantly lower in the treatment group than in the control group. In conclusion, Ginseng has significant effects on improving sexual function and quality of life and alleviating the symptoms of menopause ( *Ghorbani et al., 2019*).

## **Περίληψη**

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη για τον προσδιορισμό της επίδρασης του Ginseng στη σεξουαλική λειτουργία (πρωτογενή έκβαση), στην ποιότητα ζωής και στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (δευτερογενείς εκβάσεις) σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτή η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή διεξήχθη σε 62 γυναίκες οι οποίες ορίστηκαν τυχαία στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου χρησιμοποιώντας τυχαιοποίηση μπλοκ. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε 500 mg Panax Ginseng και η ομάδα ελέγχου έλαβε εικονικό φάρμακο δύο φορές την ημέρα για τέσσερις εβδομάδες. Τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια συμπεριλαμβανομένου του δείκτη γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI), της ειδικής ποιότητας ζωής της εμμηνόπαυσης (MENQOL) και της κλινικής κλίμακας εμμηνόπαυσης Greene ολοκληρώθηκαν πριν και τέσσερις εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα βασικά αποτελέσματα της σεξουαλικής λειτουργίας, της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Μετά την παρέμβαση, η μέση συνολική βαθμολογία του δείκτη γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η μέση συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα θεραπείας από την ομάδα ελέγχου. Συμπερασματικά, το Ginseng έχει σημαντικά αποτελέσματα στη βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής και στην άμβλυνση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. ( *Ghorbani et al., 2019*).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βιβιλάκη, Β. 2016 “Μαιευτική Φροντίδα”. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- Καλογερόπουλος Αχιλλέας 2004. “ Γυναικολογία” Αθήνα : Εκδόσεις University Studio Press
- Καρπάθειος Σ.Ε 2001. “Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική” Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα
- Κυριακίδου Ελένη Θ. (2000), “ Κοινωνική Νοσηλευτική ”, Αθήνα, Εκδόσεις “ Η Ταφίδα ”
- Μεντζελοπούλου Παρασκευή “Διατροφή Στην Κλιμακτήριο / Εμμηνόπαυση.” Accessed August 18, 2020.
- Baker, Fiona C., Laura Lampio, Tarja Saaresranta, and Päivi Polo-Kantola (2018). “Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition.” *Sleep Medicine Clinics 13*, no. 3.
- Bahri, Narjes, and Robab Latifnejad Roudsari. (2019) “Moving from Uncertainty toward Acceptance’: A Grounded Theory Study on Exploring Iranian Women’s Experiences of Encountering Menopause.” *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1–11.
- Black A, Francoeur D, Rowe T, et al (2004). “Canadian Contraception Consensus.” *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 26, no. 3: 219–54.
- Campbell, S.& Monga, A. 2000. “ Gynecology by Ten Teachers” Τόμος 2. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Μαλιάγκα και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Costanian, Christy, Marie-Josée Aubin, Ralf Buhrmann, and Ellen E. Freeman. ( 2020 ) “Interaction between Postmenopausal Hormone Therapy and Diabetes on Cataract.” *Menopause (New York, N.Y.)*.
- E.de Vries, I. den Tonkelaar, P.A.H. van Noord, Y.T. van der Schouw, E.R. te Velde, P.H.M. Peeters ( 2001 ) Oral contraceptive use in relation to age at menopause in the DOM cohort, *Human Reproduction, Volume 16, Issue 8*, Pages 1657–1662,
- El Khoudary, Samar R., and Rebecca C. Thurston. ( 2018 ) “Cardiovascular Implications of the Menopause Transition.” *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 45*, no. 4: 641–61.
- Elting, M. ( 2003 ) “Aging Women with Polycystic Ovary Syndrome Who Achieve Regular Menstrual Cycles Have a Smaller Follicle Cohort than Those Who Continue to Have Irregular Cycles.” *Fertility and Sterility 79*, no. 5: 1154–60.
- Fantasia, Heidi Collins, and Melissa A. Sutherland (2014) . “Hormone Therapy for the Management of Menopause Symptoms.” *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 43*,
- Ghorbani, Zahra, Mojgan Mirghafourvand, Sakineh Mohammad-Alizadeh Charandabi, and Yousef Javadzadeh.( 2019 ) “The Effect of Ginseng on Sexual Dysfunction in Menopausal Women: A Double-Blind, Randomized, Controlled Trial.” *Complementary Therapies in Medicine 45* : 57–64.
- Grindler, Natalia M., and Nanette F. Santoro ( 2015 ). “Menopause and Exercise:” *Menopause 22*, no. 12: 1351–58.
- Harlow, S. D. , Gass, M. , Hall, J. E. , Lobo, R. , Maki, P. , Rebar, R. W. , ... de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97, 1159–1168. 10.1210/jc.2011-3362
- Ibrahim, Z. M., H. M. Ghoneim, E. H. Madny, E. A. Kishk, M. Lotfy, A. Bahaa, O. T. Taha, et al. ( 2020 ) “The Effect of Menopausal Symptoms on the Quality of Life among Postmenopausal Egyptian Women.” *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society 23*, no. 1 : 9–16..

- Kamel, Hosem K. ( 2006 ) “Postmenopausal Osteoporosis.” *Journal of Managed Care Pharmacy* 12, no. 6 Supp A : S4–9.
- Lemone, P. Buker, K. & Bauldoff, G. 2011. ‘ *Medical- Surgical Nursing*’. Fifth Editon. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Η. Παναουδάκη - Μπροκολάκη. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις
- Mahdavian, Mitra, Khadijeh Mirzaii Najmabadi, Hossein Hosseinzadeh, Sara Mirzaeian, Shapour Badiee Aval, and Habibollah Esmaeeli. ( 2019 ) “Effect of the Mixed Herbal Medicines Extract (Fennel, Chamomile, and Saffron) on Menopause Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial.” *Journal of Caring Sciences* 8, no. 3: 181–89.
- Minkin, Mary Jane. ( 2019 ) “Menopause.” *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 46, no. 3: 501–14..
- Nappi, Rossella E., Ellis Martini, Laura Cucinella, Silvia Martella, Lara Tiranini, Alessandra Inzoli, Emanuela Brambilla, David Bosoni, Chiara Cassani, and Barbara Gardella ( 2019 ). “Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women.” *Frontiers in Endocrinology* 10.
- Nazarpour, Soheila, Masoumeh Simbar, Fahimeh Ramezani Tehrani, and Hamid Alavi Majd. ( 2018 )“The Relationship between Menopausal Symptoms and Sexual Function.” *Women & Health* 58, no. 10: 1112–23.
- Nelson, Heidi D. ( 2008 ) “Menopause.” *The Lancet* 371, no. 9614: 760–70.
- Osborn S. Kathleen, Wraa E. Cheryl, Watson B. Annita, Holleran Renne, 2014“ *Παθολογική –Χειρουργική Νοσηλευτική*” 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Pines, A. “Sleep Duration and Midlife Women’s Health ( 2017 ).” *Climacteric* 20, no. 6: 528–30.
- Raglan, Greta B., Jay Schulkin, Laura M. Juliano, and Elizabeth A. Micks. (2020 ) “Obstetrician-Gynecologists’ Screening and Management of Depression during Perimenopause.” *Menopause (New York, N.Y.)*,.
- Roozbeh, Nasibeh, Masumeh Ghazanfarpour, Talat Khadivzadeh, Leila Kargarfard, Fatemeh Rajab Dizavandi, and Khatereh Shariati. ( 2019 ) “Effect of Lavender on Sleep, Sexual Desire, Vasomotor, Psychological and Physical



Symptom among Menopausal and Elderly Women: A Systematic Review.” *Journal of Menopausal Medicine* 25, no. 2 : 88–93.

- Royal College of Nursing. ( 2003 ) Women’s Health and the Menopause: *RCN Guidance for Nurses, Midwives and Health Visitors*. London: RCN,
- Santoro, Nanette. ( 2016 ) “Perimenopause: From Research to Practice.” *Journal of Women’s Health* 25, no. 4: 332–39,
- Santoro, Nanette, C. Neill Epperson, and Sarah B. Mathews. ( 2015 ) “Menopausal Symptoms and Their Management.” *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 44, no. 3:
- Smail, Linda, Ghufra Jassim, and Anam Shakil. ( 2019 ) “Menopause-Specific Quality of Life among Emirati Women.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 1 .
- Spangler, John G ( 1999 ). “SMOKING AND HORMONE-RELATED DISORDERS.” *Primary Care: Clinics in Office Practice* 26, no. 3: 499–511.
- Stute, P., Spyropoulou, A., Karageorgiou, V., Cano, A., Bitzer, J., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Goulis, D.G., Hirschberg, A.L., Kiesel, L., Lopes, P., Pines, A., Rees, M., Trotsenburg, M. van, Zervas, I., Lambrinoudaki, I., ( 2020). Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: *EMAS position statement. Maturitas* 131, 91–101.
- Takahashi, Traci A., and Kay M. Johnson. ( 2015 ) “Menopause.” *Medical Clinics of North America* 99, no. 3: 521–34.
- Tang, Ruiyi, Min Luo, Jiayi Li, Yajing Peng, Yuchen Wang, Bing Liu, Gaifen Liu, Yaping Wang, Shouqing Lin, and Rong Chen. ( 2019 ) “Symptoms of Anxiety and Depression among Chinese Women Transitioning through Menopause: Findings from a Prospective Community-Based Cohort Study.” *Fertility and Sterility* 112, no. 6: 1160–71.
- Thapa, Roshna, and Youngran Yang. ( 2019 ) “Menopausal Symptoms and Related Factors among Cambodian Women.” *Women & Health*, 1–16.
- Thomas, Holly N., Megan Hamm, Rachel Hess, Sonya Borrero, and Rebecca C. Thurston. ( 2019 ) “‘I Want to Feel like I Used to Feel’: A Qualitative Study of Causes of Low Libido in Postmenopausal Women.” *Menopause (New York, N.Y.)*,.