



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ)

Διπλωματική εργασία

«Πολυκεντρική συγχρονική μελέτη αξιολόγησης της ποιότητας
ζωής και των προσδιοριστικών παραγόντων της σε
περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες»

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

Αικατερίνη Παπακωνσταντίνου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ Σαράφης Πάυλος

ΠΑΤΡΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Αικατερίνης Παπακωνσταντίνου που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.



Πολυκεντρική συγχρονική μελέτη αξιολόγησης της ποιότητας
ζωής και των προσδιοριστικών παραγόντων της σε
περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Αικατερίνη Παπακωνσταντίνου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:	Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Δρ. Σαράφης Παύλος	Δρ. Μαλλιαρού Μαρία
Συντονιστής ΔΜΥ51	ΣΕΠ ΔΜΥ51
Αναπληρωτής Καθηγητής ΠΘ	Καθηγήτρια ΠΘ

ΠΑΤΡΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2024

Αφιερώσεις – Ευχαριστίες

«Αφιερώνω την
παρούσα εργασία
στον σύζυγο μου
Νίκο και στα παιδιά
μου Ακριβή, Ελένη
και Βασιλική»

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θέλω να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Επιβλέποντα Καθηγητή μου Δρ Σαράφη Παύλο και στην Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου κα Μαλλιαρού Μαρία για τις πολύτιμες συμβουλές τους σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας και την άψογη συνεργασία τους, καθώς και την βιοστατιστικό κα Τζαβάρα Χαρά για την καθοριστική συμβολή της στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού μου κατά την τριετή φοίτηση μου στο ΕΑΠ στη ΔΜΥ 50 (Μαρία Καλογεροπούλου), ΔΜΥ51 (Ευάγγελος Αλεξόπουλος), ΔΜΥ 60 (Μαρία Ράικου) και ΔΜΥ 61 (Ιωάννα Παπαθανασίου) για τις πολύτιμες γνώσεις και την ανατροφοδότηση που μου πρόσφεραν. Ακόμη, ευχαριστώ τις συναδέλφους Γυναικολόγους (Βιβή Τσέτσα, Νεκταρία Χαλκιά, Χριστίνα Βερυκούκη), καθώς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Γυναικολογικής Κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών που με βοήθησαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων της μελέτης. Τέλος, ευχαριστώ όλες τις γυναίκες συμμετέχουσες που με προθυμία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης.

Αφιερώνω την διπλωματική εργασία στους γονείς μου που μου έμαθαν να προσπαθώ και να προοδεύω, καθώς και στον σύζυγο και τα παιδιά μου που στάθηκαν δίπλα μου σε όλη αυτή τη διαδρομή με υπομονή, αγάπη και ενθάρρυνση. Το ταξίδι της γνώσης δεν σταματά και ευχαριστώ όλους τους συνοδοιπόρους μου.

Περίληψη

Σκοπός: Η εμμηνόπαυση αν και αποτελεί ένα φυσιολογικό βιολογικό γεγονός, δεν παύει να σηματοδοτεί μια σημαντική μετάβαση στη ζωή των γυναικών, με πολλές οργανικές και ψυχολογικές αλλαγές που μπορεί να επιδράσουν καταλυτικά στην ποιότητα ζωής τους. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης παρατήρησης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η συσχέτιση της με τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και την αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, σκοπός ήταν να εντοπιστούν εκείνοι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που μπορεί να συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους (κοινωνικοδημογραφικοί, κλινικοί). Τέλος, να διερευνηθεί το επίπεδο ενημέρωσης που λαμβάνουν οι γυναίκες για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης, αλλά και οι τρόποι διαχείρισης (φαρμακευτική αγωγή, αλλαγή τρόπου ζωής)

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη παρατήρησης. Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 300 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ηλικίας 45-65 ετών και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο 2023 ως Ιανουάριο 2024. Το τελικό δείγμα μελέτης, αφού αφαιρέθηκαν τα περιστατικά που δεν πληρούσαν τα κριτήρια, διαμορφώθηκε στα 278 περιστατικά (33,1% περιεμμηνοπαυσιακές και 66,9% μετεμμηνοπαυσιακές). Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο εξωτερικό γυναικολογικό ιατρείο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και στα ιδιωτικά ιατρεία γυναικολόγων της Αθήνας και της επαρχίας. Ως μέσα συλλογής χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και οι κλίμακες ποιότητας ζωής UTIAN, κλιμακτηριακών συμπτωμάτων GREEN και αυτοεκτίμησης Rosenberg. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 26.0. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής (UTIAN) και συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (Green) έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) και για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την λήψη ορμονικής θεραπείας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis).

Αποτελέσματα: Τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και η αυτοεκτίμηση, τόσο όταν αξιολογούνταν ως μονομεταβλητές, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε ότι επηρέαζαν στατιστικά σημαντικά όλες τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής ($p < 0,001$). Όσον αφορά την επίδραση των διάφορων

προσδιοριστικών παραγόντων στην τελική πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι μόνο η καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας, καθώς και η στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής στη συνολική κλίμακα, ενώ αντίθετα οι υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν χειρότερη συνολική ΠΖ. Ωστόσο, σημαντικό προγνωστικό ρόλο έπαιξαν κι άλλοι παράγοντες, όπως το κάπνισμα, ο έγγαμος βίος, η διαφοροποίηση της άσκησης και διατροφής, η τακτική επίσκεψη στον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, η ικανοποίηση από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο, η πληροφόρηση από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση. Όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης της εμμηνόπαυσης ήταν μικρά τα ποσοστά που τροποποίησαν τον τρόπο ζωής τους (άσκηση, διατροφή) ή αναζήτησαν βοήθεια από ειδικούς ή έλαβαν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, γεγονός που αναδεικνύει το κενό που υπάρχει στον τομέα της διαχείρισης, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τις ίδιες τις γυναίκες.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά λοιπόν, υπάρχει αναγκαιότητα προγραμμάτων προαγωγής υγείας για την ενδυνάμωση, ευαισθητοποίηση και διεξοδική ενημέρωση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών για τις επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης, για το εύρος των θεραπευτικών επιλογών, αλλά και για την αναγκαιότητα υιοθέτησης ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και πρακτικών αυτοφροντίδας που θα βοηθήσουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων τους. Επιπρόσθετα, είναι πολύ σημαντικό η γυναίκα να λάβει την κατάλληλη στήριξη από την κοινωνία, την πολιτεία και την εργασία. Τέλος, πολύ καθοριστική είναι η εκπαίδευση και ενημέρωση όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην διαχείριση της εμμηνόπαυσης, προκειμένου να υπάρξει μια πολύπλευρη και διεπιστημονική προσέγγιση.

Λέξεις- κλειδιά: εμμηνόπαυση, κλιμακτηριακά συμπτώματα, αυτοεκτίμηση, ποιότητα ζωής, θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Subject: Multicenter cross-sectional study of the quality of life and its determinants in perimenopausal and postmenopausal women

Author: Aikaterini Papakonstantinou

Abstract

Aim: Although menopause is a normal biological event, it does not cease to mark an important transition in women's lives, with many organic and psychological changes that can have a catalytic effect on their quality of life. The purpose of this observational study was to evaluate the quality of life in perimenopausal and postmenopausal women and its correlation with climacteric symptoms and self-esteem. Additionally, the aim was to identify those determinants that may be associated with their quality of life (sociodemographic, clinical). Finally, to investigate the level of information that women receive about the symptoms/consequences of menopause, but also the ways of management (medication, lifestyle change)

Material and Method: This is a cross-sectional observational study. The initial sample consisted of 300 menopausal women, aged 45-65 years and data collection took place from December 2023 to January 2024. The final study sample, after removing the cases that did not meet the criteria, was 278 cases (33,1% perimenopausal and 66,9% postmenopausal). The data collection was carried out at the gynecological clinic of the Athens Naval Hospital and at private gynecological offices in Athens and rural areas. A demographic questionnaire and the UTIAN quality of life, GREEN climacteric symptoms and Rosenberg self-esteem scales were used as collection instruments. The SPSS 26.0 program was used for the statistical analysis. Spearman's correlation coefficient was used to test the relationship between two quantitative variables. A linear regression analysis was performed to find independent factors related to quality of life scales (UTIAN) and menopausal symptoms (Green) and a logarithmic regression analysis was performed to find independent factors related to the usage of hormone replacement therapy.

Results: Menopausal symptoms and self-esteem, both when evaluated as univariates and in multivariate analysis, were found to have a statistically significant effect on all dimensions and the overall quality of life scale ($p < 0,001$). Regarding the effect of the various determinants in the final multivariate statistical analysis, it was found that only better self-assessment of health, as well as support from the family and social environment were related to a better quality of life on the overall scale, while on the

contrary overweight/obese women had worse overall QoL. However, other factors played an important prognostic role, such as smoking, being married, differentiating exercise and diet, regular visits to the gynecologist for check-up, satisfaction with the financial and living standards, information from the scientific community about menopause. Regarding the ways menopause was managed, the percentages of women who modified their lifestyle (exercise, diet) or sought help from specialists or received hormone replacement therapy were small, which highlights the gap that exists in the field of management, both by health professionals as well as by the women themselves.

Conclusions: In conclusion, there is a need for health promotion programs to empower, sensitize and thoroughly inform menopausal women about the consequences of menopause, the range of treatment options, but also about the need to adopt a healthier lifestyle and self-care practices that will help them in managing their symptoms. In addition, it is very important that women receive appropriate support from society, the state and work. Finally, it is also decisive to educate and inform all health professionals involved in the management of menopause, in order to have a multidisciplinary approach.

Keywords: menopause, climacteric symptoms, self-esteem, quality of life, hormone replacement therapy

Περιεχόμενα

Αφιερώσεις – Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	7
Περιεχόμενα.....	9
Κατάλογος Εικόνων/Πινάκων	11
Συντομογραφίες - Ακρωνύμια	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	14
1.1 Ορισμός και Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης	14
Error! Bookmark not defined. 1.2 Ενδοκρινολογία της εμμηνόπαυσης.....	16
1.3 Στάδια της εμμηνόπαυσης.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	21
2. Συμπτώματα και επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης.....	21
2.1 Άμεσες επιπτώσεις.....	21
2.1.1 Έκπτωση της γονιμότητας.....	21
2.1.2 Διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο-Μηνορραγίες.....	21
2.1.3 Αγγειοκινητικά συμπτώματα -Αυπνίες.....	22
2.1.4 Κεφαλαλγία-Ημικρανίες.....	23
2.1.5 Ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές.....	24
2.1.6 Αλλαγές στο δέρμα-μαστό.....	25
2.1.7 Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.....	26
2.1.8 Μυοσκελετικοί πόνοι.....	26
2.2 Απώτερες επιπτώσεις.....	27
2.2.1 Αλλαγές στα γεννητικά όργανα-Ουρογεννητικό σύνδρομο.....	27
2.2.2 Οστεοπόρωση.....	29
2.2.3 Γνωστικές λειτουργίες.....	31
2.2.4 Καρδιαγγειακά νοσήματα	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	35
3.1 Ορμονική θεραπεία (Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης-ΘΟΥ).....	35
3.2 Εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα οιστρογόνου (SERMs).....	40
3.3 Τιμπολόνη.....	40

3.4 Φυτοοιστρογόνα.....	41
3.5 Βιταμίνες-Βότανα.....	42
3.6 Αλλαγές στο lifestyle- healthy aging προσέγγιση.....	42
3.7 Γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	Error! Bookmark not defined. 46
4. Ποιότητα ζωής.....	46
4.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής.....	46
4.2 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).....	47
4.3 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	51
5. ΣΥΠΖ και Εμμηνόπαυση.....	51
5.1 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης και ΣΥΠΖ.....	51
5.2 Κοινωνικοδημογραφικοί-Ψυχολογικοί παράγοντες και ΠΖ στην εμμηνόπαυση...55	
5.3 Αυτοεκτίμηση και εμμηνόπαυση.....	63
5.4 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση.....	64
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	67
6.1 Σκοπός.....	67
6.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	67
6.3 Εργαλεία έρευνας.....	68
6.4 Ζητήματα δεοντολογίας.....	70
6.5 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	72
7. Αποτελέσματα.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	99
8.1 Συζήτηση.....	99
8.2 Περιορισμοί μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	114
8.3 Συμπεράσματα.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ.....	147

Κατάλογος Εικόνων

<i>Εικόνα 1.</i> Τα στάδια STRAW+10 της αναπαραγωγικής γήρανσης στις γυναίκες....	19
<i>Εικόνα 2.</i> Διακυμάνσεις της FSH και E2 (οιστραδιόλης) κατά την εμμηνόπαυση...	20
<i>Εικόνα 3:</i> Διακυμάνσεις στα επίπεδα της οιστραδιόλης, FSH, U-NTX και οστικής πυκνότητας κατά την εμμηνόπαυση.....	30
<i>Εικόνα 4.</i> Νευρολογικές λειτουργίες που επηρεάζονται κατά την περιεμμηνοπαυσιακή μετάβαση.....	32
<i>Εικόνα 5.</i> Γράφημα σχετικά με τον τόπο διαμονής.....	73
<i>Εικόνα 6.</i> Ραβδόγραμμα ικανοποίησης από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο.....	73
<i>Εικόνα 7.</i> Γράφημα με τα επίπεδα του ΔΜΣ των γυναικών του δείγματος.....	74
<i>Εικόνα 8.</i> Γράφημα με το στάδιο της εμμηνόπαυσης.....	75
<i>Εικόνα 9.</i> Ραβδόγραμμα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας που ενημέρωσαν περισσότερο για τα συμπτώματα/διαχείριση της εμμηνόπαυσης.....	77
<i>Εικόνα 10.</i> Ραβδόγραμμα των πηγών πληροφόρησης σε φθίνουσα σειρά.....	77
<i>Εικόνα 11.</i> Γράφημα ποσοστών λήψης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.....	78
<i>Εικόνα 12.</i> Ραβδόγραμμα των πιο ενοχλητικών συμπτωμάτων,σε φθίνουσα σειρά.....	79
<i>Εικόνα 13.</i> Ιστόγραμμα βαθμολογίας στην κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης...	82
<i>Εικόνα 14.</i> Ιστόγραμμα βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοεκτίμησης.....	83
<i>Εικόνα 15.</i> Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αυτοεκτίμησης με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.....	84
<i>Εικόνα 16.</i> Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης με την συνολική κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής.....	84
<i>Εικόνα 17.</i> Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αυτοεκτίμησης με την συνολική κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής.....	85

Κατάλογος Πινάκων

<i>Πίνακας 1.</i> Ταξινόμηση των οιστρογόνων, προγεσταγόνων και τιμπολόνης (με βάση το είδος, δόση, οδός χορήγησης) στις περι- και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.....	36
<i>Πίνακας 2.</i> Κατευθυντήριες οδηγίες για την χρήση της HRT στην εμμηνόπαυση.....	37
<i>Πίνακας 3.</i> Εργαλεία γενικής χρήσης για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.....	50
<i>Πίνακας 4.</i> Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετέχουσων.....	72
<i>Πίνακας 5.</i> Καπνιστικές συνήθειες, ιατρικό ιστορικό και επίπεδα ΔΜΣ.....	74
<i>Πίνακας 6.</i> Δεδομένα για την εμμηνόπαυση και τον τακτικό έλεγχο.....	75
<i>Πίνακας 7.</i> Απαντήσεις σχετικά με την στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση, την	

στήριξη και την λήψη βοήθειας από επαγγελματίες υγείας.....	76
Πίνακας 8. Πηγές πληροφόρησης των γυναικών για την εμμηνόπαυση.....	77
Πίνακας 9. Ποσοστά λήψης ΘΟΥ και λόγοι απόρριψης.....	78
Πίνακας 10. Τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.....	79
Πίνακας 11. Δεδομένα για την διαφοροποίηση τρόπου ζωής, ικανοποίησης από το επίπεδο πληροφόρησης και αξιολόγησης του γενικότερου επιπέδου υγείας τους.....	80
Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής UTIAN.....	81
Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης...	81
Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων αυτοεκτίμησης...	82
Πίνακας 15. Πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις κλίμακες ποιότητας ζωής, συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και αυτοεκτίμησης.....	83
Πίνακας 16. Συσχέτιση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους	85
Πίνακας 17. Συσχέτιση της ποιότητας ζωής για την υγεία με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους.....	86
Πίνακας 18. Συσχέτιση της ποιότητας συναισθηματικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους.....	87
Πίνακας 19. Συσχέτιση της ποιότητας σεξουαλικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους.....	88
Πίνακας 20. Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους.....	90
Πίνακας 21. Πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητα ζωής με δημογραφικά δεδομένα και αυτοαξιολόγηση υγείας.....	91
Πίνακας 22. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας επαγγελματικής ζωής	92
Πίνακας 23. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία.....	93
Πίνακας 24. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας συναισθηματικής ζωής.....	94
Πίνακας 25. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας σεξουαλική ζωής.....	95
Πίνακας 26. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής.....	96
Πίνακας 27. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την συνολική κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.....	97
Πίνακας 28. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.....	97
Πίνακας 29. Επίδραση της λήψης θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης στην κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και αυτοεκτίμησης.....	98

Συντομογραφίες – Ακρωνύμια

ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΕΑΠ	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΘΟΥ	Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΩΑ	Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
ΤΕΡ	Τελευταία Έμμηνος Ρύση
AFC	Antral follicle count
AMH	Anti-Müllerian Hormone
BMD	Bone mineral density-Οστική πυκνότητα
CVD	Cardiovascular disease
DALYs	Disability Adjusted Life Years
FMP	Final Menstrual Period
FSH	Follicle-Stimulating Hormone-ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη
GSM	Genitourinary syndrome of menopause-Ουρογεννητικό σύνδρομο
HRT	Hormonal Replacement Therapy
LH	Luteinizing Hormone-ωχρινοτρόπος ορμόνη
MENQOL	Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire
MT	Menopausal transition (μετάβαση στην εμμηνόπαυση)
NICE	National Institute of Health and Care Excellence
POI	Primary ovarian insufficiency
QALYs	Quality Adjusted Life Years
QOL	Quality of life
RSES	Rosenberg Self Esteem Scale
SERMs	Selective estrogen receptor modulators
SD	Standard Deviation-Τυπική Απόκλιση
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
UQOL	Utian Quality of Life Scale
VMS	Vasomotor symptoms
VVA	Vulvo-Vaginal atrophy

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο

1. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

1.1 Ορισμός και Επιδημιολογία της εμμηνόπαυσης

Η εμμηνόπαυση είναι η περίοδος που χαρακτηρίζεται από την απουσία έμμηνου ρύσεως για τουλάχιστον 12 μήνες και προκαλείται από την μειωμένη έκκριση των στεροειδών ορμονών των ωοθηκών, σηματοδοτώντας το τέλος της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας (Κρεατσάς, 2009; Nelson, 2008). Διακρίνεται σε φυσική εμμηνόπαυση η οποία προκύπτει από την σταδιακή μείωση των επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης μέχρι την οριστική παύση της ωοθηκικής λειτουργίας ως επακόλουθο γήρανσης. Μπορεί να είναι όμως και ιατρογενής που προκαλείται λόγω ιατρικής παρέμβασης. Ορισμένες θεραπείες φαρμάκων (όπως χημειοθεραπείες για καρκίνο μαστού ή καρκίνο γεννητικών οργάνων ή κατασταλτικά ορμονικά φάρμακα για ενδομητρίωση), καθώς και οι ακτινοβολίες για λόγους κακοήθειας μπορούν να βλάψουν ανεπανόρθωτα τις ωοθήκες και να οδηγήσουν στην εμμηνόπαυση (Panay & Fenton, 2016). Η πιο κοινή ωστόσο αιτία ιατρογενούς εμμηνόπαυσης θεωρείται η χειρουργική, η αφαίρεση δηλαδή και των δύο ωοθηκών λόγω ιατρικού προβλήματος. Η ξαφνική απώλεια των ωοθηκικών ορμονών προκαλεί συνήθως πιο δραστικά συμπτώματα από αυτά που παρατηρούνται με τη φυσική εμμηνόπαυση. Η υστερεκτομή ωστόσο, δηλαδή η αφαίρεση της μήτρας αλλά όχι των ωοθηκών, δεν οδηγεί στην εμμηνόπαυση (C Pillay & Manyonda, 2022).

Σε γενικές γραμμές, παγκοσμίως, ο μέσος όρος είναι μεταξύ 49 και 52 ετών, γεγονός που σημαίνει, λαμβάνοντας υπόψιν και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στα 83 έτη, ότι οι γυναίκες διανύουν περίπου το 1/3 της ζωής τους στη φάση αυτή (Takahashi & Johnson, 2015). Ο παγκόσμιος πληθυσμός των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών εκτιμάται ότι θα φτάσει το 1,1 δισεκατομμύριο έως το 2025 (Shifren & Gass, 2014). Όπως έδειξε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σε 24 χώρες, παρατηρείται σημαντική ετερογένεια, ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή, όσον αφορά την μέση ηλικία εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης. Φάνηκε χαμηλότερη μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών της Αφρικής (48,4 έτη), της Λατινικής Αμερικής (47,2),

της Ασίας (48,8) και της Μέσης Ανατολής (47,4) και υψηλότερη στις ΗΠΑ (49,1) στην Ευρώπη (50,5) και την Αυστραλία (51,3) (Schoenaker et al., 2014). Σε μια συστηματική ανασκόπηση στην Ινδία βρέθηκε μέση ηλικία της εμμηνόπαυσης τα 46,6 έτη (Prasad et al, 2021) και 47,4 έτη στην Τουρκία (Pirincci et al, 2016). Η μέση ηλικία της φυσικής εμμηνόπαυσης για τις Ελληνίδες βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ 48,6 και 49,1 ετών (Adamopoulos et al., 2002; Goumalatsos et al, 2009; Koukouliata et al., 2017).

Πολύ σπάνια η εμμηνόπαυση μπορεί να εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 40 ετών, οπότε γίνεται λόγος για πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια (ΠΩΑ-POI), η οποία χαρακτηρίζεται από πρόωμη εξάντληση των ωοθυλακίων. Ο επιπολασμός της ΠΩΑ εκτιμάται σε 1-3% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Έχει συσχετιστεί με γενετικές διαταραχές, όπως ελλείψεις ή μεταλλάξεις στο X χρωμόσωμα καθώς και μεταλλάξεις σε γονίδια αυτοσωμικών χρωμοσωμάτων, αλλά και με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο υποθυρεοειδισμός (Fortuño et al. 2014; Komorowska, 2016; Yang et al, 2021). Επίσης, διακρίνουμε την πρόωμη φυσική εμμηνόπαυση (40-45 ετών) και την όψιμη εμμηνόπαυση, μετά την ηλικία των 56 ετών (Hamoda & Sharma, 2024). Η ηλικία εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό δείκτη του γενικότερου επιπέδου υγείας των γυναικών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόωγη εμμηνόπαυση μπορεί να συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, οστεοπόρωσης, γνωστικής και σεξουαλικής δυσλειτουργίας και άλλων προβλημάτων υγείας (Faubion et al, 2015). Από την άλλη πλευρά, η όψιμη εμμηνόπαυση έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο γυναικολογικών καρκίνων, όπως καρκίνο του μαστού, καρκίνο του ενδομητρίου και καρκίνο των ωοθηκών. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στον μακρύτερο χρόνο έκθεσης στις ενδογενείς ωοθηκικές ορμόνες (Mishra, 2017). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι αυτές οι γυναίκες έχουν υψηλότερη επιβίωση και χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες που μπαίνουν στην εμμηνόπαυση σε νεότερη ηλικία (Ossewaarde et al, 2005).

Διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τον χρόνο μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Η πρόωγη και πρόωμη εμμηνόπαυση φαίνεται να σχετίζονται με ισχυρούς γενετικούς προγνωστικούς παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό πρόωρης ή πρόωμης εμμηνόπαυσης, το να είσαι παιδί πολύδυμης εγκυμοσύνης και ορισμένες γενετικές παραλλαγές. Οι γυναίκες με πρόωμη εμμηναρχή, οι άτοκες ή με ένα παιδί, διατρέχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν πρόωγη ή πρόωμη

εμμηνόπαυση, καθώς και το κάπνισμα τσιγάρων (με ισχυρό αποτέλεσμα δόσης-αποτελέσματος) και το λιποβαρές βάρος της γυναίκας (Mishra et al, 2019). Επιπρόσθετα, κοινωνικοοικονομικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής μπορούν να επηρεάσουν τον χρόνο της εμμηνόπαυσης. Όπως είδαμε η μετάβαση στην εμμηνόπαυση καθυστερεί στις αναπτυγμένες χώρες. Επίσης, ο θηλασμός, η πολυτοκία, η λήψη αντισυλληπτικών, η καθυστερημένη εμμηναρχή, καθώς και η υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών υγείας, όπως η φυσική άσκηση, η ισορροπημένη διατροφή, η διατήρηση φυσιολογικού βάρους, η αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ, καθώς και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος, φαίνεται ότι καθυστερούν τον χρόνο της εμμηνόπαυσης (Canavez et al, 2011, Gold, 2011; Ceylan & Özerdoğan, 2015; Peycheva et al, 2022).

1.2. Ενδοκρινολογία της εμμηνόπαυσης

Το βιολογικό υπόβαθρο της εμμηνόπαυσης περιλαμβάνει νευροενδοκρινικές μεταβολές στον υποθάλαμο και στην υπόφυση, καθώς και δομικές αλλαγές στις ωοθήκες, που οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) στο αίμα και μειώνουν δραστικά τον αριθμό των ωοθυλακίων.

Η διαδικασία της αναπαραγωγικής γήρανσης στις γυναίκες χαρακτηρίζεται από την σταδιακή μείωση τόσο της ποσότητας όσο και της ποιότητας των ωοκυττάρων που υπάρχουν στην αρχέγονη δεξαμενή των ωοθυλακίων που βρίσκεται εντός του φλοιού των ωοθηκών. Ο αριθμός τους κατά την εμβρυική ζωή ανέρχεται στα 6-7 εκατομμύρια, αλλά λόγω απόπτωσης, μόλις 300.000 έως 500.000 αρχέγονα ωοθυλάκια παραμένουν παρόντα κατά τη γέννηση. Η εμμηνόπαυση επιτυγχάνεται όταν η δεξαμενή των αρχέγονων ωοθυλακίων έχει σχεδόν εξαντληθεί (Strauss & Williams, 2014; Daan & Fauser, 2015).

Κατά την διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση ο εμμηνορρυσιακός κύκλος, αρχικά μικραίνει σε διάρκεια, αργότερα εμφανίζεται σε αραιότερα μεσοδιαστήματα, ενώ παρατηρείται αύξηση των γοναδοτροπινών (περισσότερο της FSH), των ανδρογόνων και κατακόρυφη μείωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης (Edwards & Li, 2013). Η FSH είναι ένας έμμεσος δείκτης της ωοθυλακικής δραστηριότητας και αρχίζει να αυξάνεται μερικά χρόνια πριν υπάρξουν κλινικές ενδείξεις της εμμηνόπαυσης. Η αύξηση της FSH είναι το αποτέλεσμα της μείωσης των

επιπέδων της ινχιμπίνης Β (INH-B), μιας διμερούς πρωτεΐνης που εκκρίνεται από τα κοκκιώδη κύτταρα και αντανακλά την πτώση του αριθμού των ωοθυλακίων των ωοθηκών. Τα επίπεδα οιστραδιόλης παραμένουν σχετικά αμετάβλητα ή τείνουν να αυξάνονται μέχρι την όψιμη περιεμμηνόπαυση, πιθανώς ως απόκριση στα αυξημένα επίπεδα FSH. Κατά τη διάρκεια της μετάβασης, τα επίπεδα των ορμονών συχνά ποικίλλουν σημαντικά - επομένως, οι μετρήσεις της FSH και της οιστραδιόλης είναι αναξιόπιστοι δείκτες για την κατάσταση της εμμηνόπαυσης. Οι δε συγκεντρώσεις τεστοστερόνης έχει αναφερθεί ότι μειώνονται κατά περίπου 50% κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής, μεταξύ 20 και 40 ετών. Αλλάζουν ελάχιστα κατά τη μετάβαση και, μετά την εμμηνόπαυση, μπορεί ακόμη και να αυξηθούν. Η δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA) και η DHEAS, τα θεικά της ανάλογα, από την άλλη, μειώνονται με την ηλικία, χωρίς καμία συγκεκριμένη επίδραση στην εμμηνόπαυση (Burger et al, 2002). Η μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας έχει συσχετιστεί με την πτώση κυρίως της οιστραδιόλης και όχι της τεστοστερόνης (Burger, 2008). Γενικότερα, τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (αγγειοκινητικά, εξάψεις, δυσκολία στον ύπνο, διαταραχές συναισθήματος) προκύπτουν κυρίως από την σταδιακή πτώση της οιστραδιόλης, που ολοκληρώνεται σε μια περίοδο 3 έως 4 ετών μετά την τελευταία έμμηνο ρύση, οδηγώντας σε ατροφία του ουρογεννητικού, σημαντική απώλεια οστίτη ιστού και επιβάρυνση του μυοσκελετικού (Talaulikar, 2022). Επίσης, τις τελευταίες δεκαετίες έχει χρησιμοποιηθεί μια νέα ορμόνη για την πρόβλεψη της επερχόμενης εμμηνόπαυσης, η Anti-Müllerian Hormone (AMH). Η AMH παράγεται από μικρά κύτταρα του άνδρου των ωοθυλακίων και έχει εξελιχθεί ως ποσοτικός δείκτης του εναπομείναντος αριθμού των ωοθυλακίων, γνωστό και ως αποθεματικό ωοθηκών, με κλινικές εφαρμογές στη διερεύνηση της υπογονιμότητας και πρόωρης ωοθηκικής ανεπάρκειας (de Kat et al, 2021).

1.3 Στάδια της εμμηνόπαυσης

Ουσιαστικά η εμμηνόπαυση είναι η χρονική στιγμή που αναφέρεται στην τελευταία έμμηνο ρύση της γυναίκας (TEP) (FMP-Final Menstrual Period) και προσδιορίζεται αναδρομικά μετά την πάροδο 12 μηνών αμηνόρροιας. Ο όρος *κλιμακτήριος* είναι ευρύτερος και περιλαμβάνει όλα τα στάδια που προηγούνται και έπονται της TEP, μεταξύ της αναπαραγωγικής ζωής και του γήρατος, και μπορεί να εκτείνεται από τα 45-65 έτη της γυναίκας. Συχνά χρησιμοποιείται ο όρος *περιεμμηνόπαυση* που αναφέρεται στην

περίοδο όπου εμφανίζονται οι πρώτες διαταραχές κύκλου (αραιομηνόρροια, συχνομηνόρροια), καθώς και αγγειοκινητικά συμπτώματα και τελειώνει 1 έτος μετά την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Η μετεμμηνόπαυση αρχίζει από την εμμηνόπαυση και εκτείνεται ως το 65ο έτος ηλικίας της γυναίκας (Κρεατσάς, 2009). Οι περισσότεροι ερευνητές προτείνουν τη μη χρησιμοποίηση των όρων «περιεμμηνόπαυση» και «κλιμακτήριο», τουλάχιστον σε επιστημονικά κείμενα, διότι δημιουργούν σύγχυση. Ο όρος «μετάβαση στην εμμηνόπαυση» (menopausal transition-MT) είναι πιο σύγχρονος και έχει αντικαταστήσει την «περιεμμηνόπαυση» (Κανταρτζή και συν., 2007).

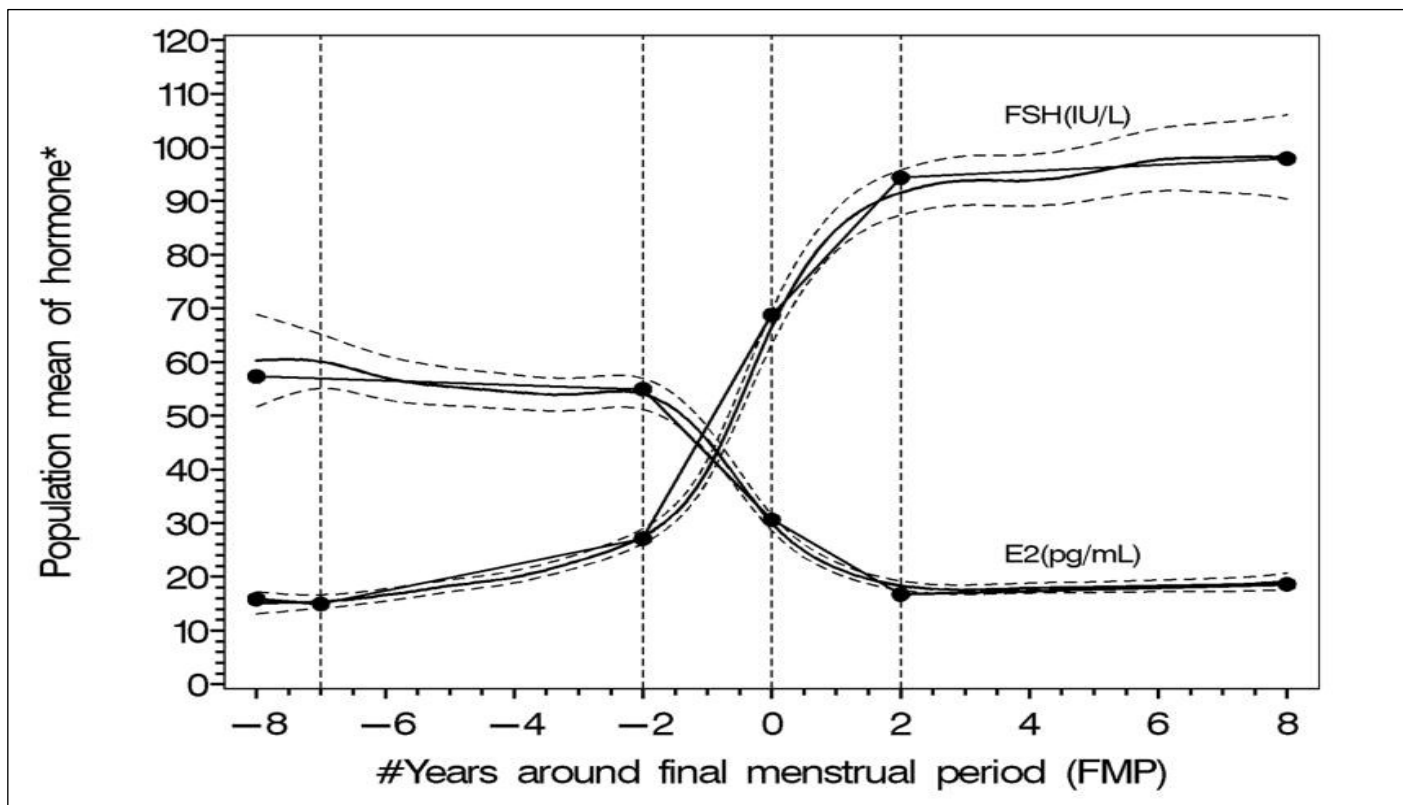
Το πρόσφατα αναθεωρημένο, το 2011, σύστημα σταδιοποίησης STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop) θεωρείται ευρέως το χρυσό πρότυπο (gold standard) για τον χαρακτηρισμό των σταδίων της εμμηνόπαυσης, εμπλουτίζοντας παλαιότερες ταξινομήσεις (Soules et al, 2001; Utian, 2004). Τα κριτήρια που καθορίζουν το κάθε στάδιο συμπεριλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά των εμμηνορυσιακών κύκλων, ενδοκρινολογικές παράμετροι, όπως FSH, οιστραδιόλη, AMH και inhibin-B, συμπτώματα, γονιμότητα και υπερηχογραφική απεικόνιση ωοθηκών συμπεριλαμβανομένου του AFC (antral follicle count), που αξιολογεί τα εναπομείνοντα ωοθυλάκια. Το STRAW χώρισε την ενήλικη γυναικεία ζωή σε τρεις μεγάλες φάσεις: την αναπαραγωγική, την εμμηνοπαυσιακή μετάβαση και την μετεμμηνόπαυση. Αυτές οι τρεις φάσεις περιλαμβάνουν συνολικά επτά στάδια με επίκεντρο το FMP (Final Menstrual Period) (Στάδιο 0). Η αναπαραγωγική φάση χωρίστηκε σε Στάδια -5, -4 και -3 που αντιστοιχούν στην πρώιμη φάση, στην αιχμή και όψιμη αναπαραγωγική φάση, αντίστοιχα. Η μεταβατική φάση της εμμηνόπαυσης (περιεμμηνόπαυση) αποτελείται από το Στάδιο -2 (πρώιμη) και το Στάδιο -1 (όψιμη) και η μετεμμηνόπαυση αποτελείται από τα Στάδια +1 (πρώιμη) και +2 (όψιμη) (Harlow et al., 2012) (Εικόνα 1). Η εμμηναρχή σηματοδοτεί την έναρξη της αναπαραγωγικής περιόδου και την είσοδο στο στάδιο -5, κατά το οποίο οι κύκλοι από ακανόνιστοι που είναι αρχικά ομαλοποιούνται. Στο στάδιο -4 οι κύκλοι είναι φυσιολογικοί και το επίπεδο γονιμότητας άριστο. Ήδη από το επόμενο στάδιο -3 παρατηρείται ήπια αύξηση της FSH, οι κύκλοι αρχίζουν να μικραίνουν σε διάρκεια, ενώ κλινικά η γυναίκα μπορεί να εμφανίζει έντονα συμπτώματα προεμμηνορυσιακού συνδρόμου, όπως τάση των μαστών, μεταβολές της διάθεσης, ημικρανίες ή ακόμη και ήπια αγγειοκινητικά συμπτώματα. Το στάδιο -2 χαρακτηρίζεται από πιο έντονες μεταβολές της διάρκειας του κύκλου, η οποία μπορεί να διαφέρει κατά επτά ή περισσότερες ημέρες από τη

φυσιολογική. Χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις στην FSH και χαμηλά επίπεδα ινχιμίνης-B, AMH και AFC. Στο στάδιο -1 παρατηρείται απώλεια τουλάχιστον δύο κύκλων, σταθερή αύξηση της FSH (από 25-40 IU/L) και εμφάνιση κυρίως αγγειοκινητικών συμπτωμάτων. Διαρκεί από 1-3 έτη. Στην πρώιμη φάση της μετεμμηνοπαυσιακής (Στάδιο +1) οι τιμές της FSH συνεχίζουν να αυξάνονται και οι τιμές της οιστραδιόλης να μειώνονται για άλλα 2 έτη, οπότε και σταθεροποιούνται (Randolph et al, 2011) (Εικόνα 2). Το στάδιο +1a σηματοδοτεί το τέλος της 12μηνιαίας περιόδου αμηνόρροιας που απαιτείται για να καθοριστεί ότι έχει συμβεί το FMP και περιγραφόταν παλαιότερα με τον όρο περιεμμηνόπαυση. Συνολικά η μετεμμηνόπαυση μπορεί να διαρκέσει από 5-8 έτη και χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία έντονων αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και υψηλού ρυθμού απώλειας οστικής ιστού. Οι ενδοκρινικές μεταβολές ομαλοποιούνται κατά την όψιμη φάση (Στάδιο +2) όπου κυριαρχεί η ατροφία του ουρογεννητικού και έναρξη διεργασιών γήρανσης.

Menarche				FMP (0)						
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/ Length	Variable Length Persistent ≥7- day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine										
FSH			Low	Variable* Low	↑ Variable* Low	↑ >25 IU/L** Low	↑ Variable Low	Stabilizes		
AMH			Low	Low	Low	Low	Low	Very Low		
Inhibin B								Very Low		
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms Likely	Vasomotor symptoms Most Likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy
* Blood draw on cycle days 2-5 ↑ = elevated										
**Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard ⁶⁷⁻⁶⁹										

Εικόνα 1. Τα στάδια STRAW+10 της αναπαραγωγικής γήρανσης στις γυναίκες

(Πηγή: Harlow et al, 2012. *The Journal of The North American Menopause Society*, 19, (4), pp. 387-395)



Εικόνα 2. Διακυμάνσεις της FSH και E2 (οιστραδιόλης) κατά την εμμηνόπαυση

(Πηγή: Randolph et al, *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:746–754)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2. Συμπτώματα και επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης

Τέσσερις από τις πέντε γυναίκες βιώνουν μια πληθώρα σωματικών και ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας και επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους (Gracia & Freeman, 2018). Οι αλλαγές αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε άμεσες και αργότερες.

2.1 Άμεσες επιπτώσεις

2.1.1 Έκπτωση της γονιμότητας

Οι κλινικές εκδηλώσεις της μετάβασης στην εμμηνόπαυση μπορεί να αρχίσουν έτη πριν από την επίσημη εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας σηματοδοτεί καταρχήν τη μείωση της γονιμότητας. Το απόθεμα των ωοθηκών μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας, ενώ υπάρχει παράλληλη μείωση της ποιότητας των ωαρίων, όπως υποδηλώνεται από την αυξημένη συχνότητα ανευπλοειδίας των ωαρίων και αύξησης του ποσοστού των αποβολών (Tarlatzis & Zepiridis, 2003).

2.1.2 Διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο-Μηνορραγίες-Ανωορρηκτικοί κύκλοι

Οι ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται επηρεάζουν άμεσα τα χαρακτηριστικά του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Έτσι, κατά τα πρώτα στάδια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, η διάρκεια του κύκλου ελαττώνεται εξαιτίας της ελάττωσης της παραγωγικής φάσης (από 14 ημέρες σε 8), ενώ η διάρκεια της εκκριτικής φάσης παραμένει σταθερή. Βαθμιαία, καθώς ο αριθμός των ωοθυλακίων μειώνεται συνεχώς, η διάρκεια του κύκλου αυξάνει, με αποτέλεσμα την παρουσία εμμήνου ρύσης κάθε δύο έως τρεις μήνες μέχρι την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης (Weinstein et al. 2003). Οι Hall et al περιέγραψαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κύκλου αυτής της περιόδου, Luteal-Out-of-Phase (LOOP), προκειμένου να εξηγήσουν την μη φυσιολογική πρόωμη ανάπτυξη ωοθυλακίων από την προηγούμενη ωχρινική φάση που σχετίζεται με υψηλότερη έκθεση σε ωχρινική οιστραδιόλη, καθώς και με διαδοχικές αιχμές κυμάτων προγεστερόνης (Hall et al., 2009). Αυτό προκαλεί επίταση των φαινομένων του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, κυρίως λόγω εμμένουσας προγεστερονικής δράσης, με συμπτώματα όπως πρήξιμο στο στήθος, κατακράτηση υγρών, αλλαγές στη διάθεση

(Baker & O'Brien, 2012). Αυτό χαρακτηρίζει τα αρχικά στάδια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, όπου υπάρχουν ακόμα ωοθυλακιορηκτικοί κύκλοι και υφίστανται 1 χρόνο πριν την εγκατάσταση στην εμμηνόπαυση, όπου μόλις το 22.8% των κύκλων παρουσιάζουν προγεστερονική δραστηριότητα (Santoro et al, 2017). Επίσης, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην παραγωγή των οιστρογόνων, τα επίπεδα των οποίων είναι κατά μέσο όρο αυξημένα. Τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων μπορεί να οδηγήσουν σε πάχυνση του ενδομήτριου και μηνορραγίες και επιπρόσθετα υπάρχει μια τάση αύξησης του μεγέθους πολυπόδων και ινομυωμάτων. Τα επεισόδια ανώμαλης κολπικής αιμόρροιας ευθύνονται για σχεδόν το 25% των γυναικολογικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται αυτή την χρονική περίοδο (Goldstein, 2004).

2.1.3 Αγγειοκινητικά συμπτώματα (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις)-Αυπνίες

Αποτελούν τα πιο συχνά σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης και παρατηρείται έως και στο 80% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Φαίνεται ότι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις) εμφανίζονται περισσότερο τις περιόδους απότομης πτώσης των οιστρογόνων, παρά τις περιόδους όπου τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι σταθερά χαμηλά (Hall, 2015). Είναι δε αυτά που έχουν συσχετιστεί σταθερά με τις ορμονικές μεταβολές στην εμμηνόπαυση, ενώ για άλλα υπάρχει αμφιλεγόμενη συσχέτιση. Η επικρατούσα υπόθεση είναι ότι οι ασταθείς διακυμάνσεις των ορμονών (ειδικά των οιστρογόνων) έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία σε συμπτώματα (αλλαγές διάθεσης, διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλο) και τελικά εμφάνιση συνδρόμου (κατάθλιψη, αϋπνία, ημικρανία), αλλά η γνώση της ακριβούς ορμονικής αλλαγής και των επακόλουθων βιολογικών μηχανισμών παραμένει περιορισμένη (Allshouse et al, 2018). Οι εξάψεις (hot flashes) περιγράφονται ως μια ταχεία και υπερβολική απαγωγή θερμότητας, που συνοδεύεται από άφθονη εφίδρωση, περιφερική αγγειοδιαστολή και αισθήματα έντονης, εσωτερικής θερμότητας. Πυροδοτούνται από μικρές αυξήσεις στη θερμοκρασία του πυρήνα του σώματος (Temperature core-Tc) που ενεργούν εντός μιας μειωμένου εύρους θερμοουδέτερης ζώνης, δηλαδή στην περιοχή Tc μεταξύ του ανώτερου ορίου (ιδρώτας) και του κατώτερου (ρίγος) κατωφλίου. Αυτό οφείλεται εν μέρει, αλλά όχι εξ ολοκλήρου, στην εξάντληση των οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση. Η αυξημένη

κεντρική συμπαθητική ενεργοποίηση, που προκαλείται μέσω των α2-αδρενεργικών υποδοχέων και της αυξημένης δράσης της νορεπινεφρίνης (NE), είναι ένας παράγοντας που ευθύνεται για τη μείωση του εύρους της θερμοουδέτερης ζώνης. Τα οιστρογόνα ρυθμίζουν τους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου. Συνολικά, αυτά τα δεδομένα αποτέλεσαν τη βάση της θεωρίας ότι η αυξημένη NE του εγκεφάλου, σε συνδυασμό με την μείωση των οιστρογόνων, αποτελούν μέρος της αιτιολογίας των εξάψεων (Freedman, 2014). Η μελέτη SWAN, όπου συμμετείχαν 3302 γυναίκες έδειξε ότι οι εξάψεις μπορεί να διαρκέσουν πάνω από 7 χρόνια συνολικά στην περίοδο μετάβασης στην εμμηνόπαυση και να επιμείνει ως και 4,5 έτη μετά την ΤΕΡ. Εθνικά χαρακτηριστικά (Αφροαμερικανές), αλλά και ατομικοί παράγοντες συσχετίστηκαν με τη μεγαλύτερη διάρκεια των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, όπως το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο αντιληπτό άγχος και η ευαισθησία στα συμπτώματα (Avis et al., 2015).

Ο επιπολασμός των προβλημάτων ύπνου στις γυναίκες αυξάνεται δραματικά κατά τη μέση ηλικία. Μεταξύ γυναικών ηλικίας 45 και 49 ετών, το 23,6% αναφέρει δυσκολίες ύπνου και φτάνει το 39,7% μετά τα 50 έτη. Οι εξάψεις είναι υπεύθυνες για ορισμένες, αλλά όχι όλες, τις διαταραχές ύπνου που περιγράφονται κατά την εμμηνόπαυση, μιας και έρευνες δείχνουν ότι οι ορμονικές αλλαγές που σχετίζονται γενικά με την εμμηνόπαυση (όπως μειωμένα οιστρογόνα, ταχέως αυξανόμενη FSH) μπορούν ανεξάρτητα να οδηγήσουν σε διαταραχή ύπνου, μέσω της επιμήκυνσης της λανθάνουσας φάσης του ύπνου (δηλαδή το χρόνο που χρειάζεται κάποιος να αποκοιμηθεί) (Kravitz et al, 2017). Διαχρονική μελέτη 10 ετών έδειξε ότι η δυσκολία στην επέλευση του ύπνου είναι συχνότερη σε αυτές που ήδη προϋπήρχε ως ιστορικό και στην φάση της όψιμης περιεμμηνόπαυσης (Ciano et al, 2017). Επιπρόσθετα, μια ποικιλία από άλλους παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στον κακό ύπνο κατά την εμμηνόπαυση, συμπεριλαμβανομένης της κακής υγείας, χρόνια ασθένειας ή πόνου, άγχος, κατάθλιψη (Young et al., 2003).

2.1.4 Κεφαλαλγία-Ημικρανίες

Τα οιστρογόνα και προγεσταγόνα έχουν ισχυρές επιδράσεις στους κεντρικούς σεροτονινεργικούς και οπιοειδείς νευρώνες, ρυθμίζοντας τόσο τη νευρωνική δραστηριότητα όσο και την απαντητικότητα των υποδοχέων. Η κύρια αιτία της ημικρανίας που σχετίζεται με την έμμηνο ρύση (Menstrually-related migraine- MM)

φαίνεται να είναι η απόσυρση των οιστρογόνων και όχι η διατήρηση σταθερών υψηλών ή χαμηλών επιπέδων οιστρογόνων. Ωστόσο, οι αλλαγές στα παρατεταμένα επίπεδα οιστρογόνων με την εγκυμοσύνη (αυξημένα) και την εμμηνόπαυση (μειωμένα) φαίνεται να επηρεάζουν τους πονοκεφάλους (Silberstein, 2000). Είναι μια κατάσταση που εμφανίζεται στο ¼ περίπου των περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών και συχνότερα σ'αυτές που είχαν ήδη ιστορικό κεφαλαλγιών, αναδεικνύοντας την ύπαρξη μιας διαφορετικής νευροενδοκρινικής ευαισθησία στις ορμονικές διακυμάνσεις (Pavloni^c et al, 2016; MacGregor, 2018).

2.1.5 Ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει έως και 1,5–3 φορές αυξημένος κίνδυνος καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση και κύριος λόγος είναι ότι καθώς τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, η ευαισθησία στα συμπτώματα της διάθεσης και στη μείζονα κατάθλιψη αυξάνεται (Soares, 2014). Τα οιστρογόνα ασκούν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες ρυθμίζοντας τη σύνθεση, το μεταβολισμό και τη δραστηριότητα των υποδοχέων σεροτονίνης (5-HT) και νορεπινεφρίνης (NE), των νευροδιαβιβαστών που εμπλέκονται στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι ευρύτερες διακυμάνσεις στα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) και της FSH σχετίζονται με χειρότερα συμπτώματα διάθεσης (Freeman et al., 2006). Ωστόσο, μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι παράγοντες του τρόπου ζωής, μαζί με την ευρύτερη εμπειρία υγείας μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στη διάθεση παρά στις ενδοκρινικές αλλαγές. Πράγματι, υπάρχουν πολλοί παράγοντες υγείας και δημογραφικοί που σχετίζονται με την κατάθλιψη στην περιεμμηνοπαυση, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων υγείας, συζυγικών προβλημάτων, ζητημάτων «άδειας φωλιάς», οικονομικής δυσκολίας, έλλειψης σωματικής άσκησης, πολύ υψηλού ΔΜΣ και περιβαλλοντικού στρες (Freeman et al., 2010; Santoro et al., 2015). Επίσης, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί και με την παρουσία και επιμονή των αγγειοκινητικών διαταραχών, που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής, χωρίς όμως να μπορεί να ξεκαθαριστεί η μεταξύ τους αιτιολογική σχέση (Freeman et al., 2009).

Όσον αφορά το άγχος, τόσο στη μελέτη POAS (Penn Ovarian Aging Study), όσο και στη μελέτη SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά άγχους ήταν παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης ιδιαίτερα στο στάδιο της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, μαζί με ευερεθιστότητα, διακυμάνσεις στη διάθεση,

ένταση, τα οποία ωστόσο μειώθηκαν σε ένταση και συχνότητα στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο (Bromberger et al., 2001; Freeman et al., 2008). Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι η εμμηνόπαυση αυξάνει την ευαλωτότητα των γυναικών στην κατάθλιψη και το άγχος, ίσως μέσω των διακυμάνσεων των οιστρογόνων που επηρεάζουν τη σεροτονίνη και το GABA (γ-αμινοβουτυρικό οξύ). Σημαντικοί ωστόσο παράγοντες κινδύνου αποτελούν ο υποκείμενος νευρωτισμός και άλλα σύγχρονα ανεπιθύμητα συμβάντα της ζωής, λαμβάνοντας υπόψη ότι η εμμηνόπαυση αποτελεί μια περίοδο κοινωνικής αλλαγής για τις γυναίκες, μπερδεύοντας έτσι κάθε στατιστική συσχέτιση (Alblooshi et al., 2023).

2.1.6 Αλλαγές στο δέρμα-μαστό

Ο αντίκτυπος των χαμηλών οιστρογόνων της εμμηνόπαυσης έχει επιπτώσεις στη δομή και τη λειτουργία του δέρματος, με το 64% των γυναικών που παρακολουθούνται σε κλινικές εμμηνόπαυσης να αναφέρουν δερματικά προβλήματα. Υποδοχείς οιστρογόνων (ERs) υπάρχουν σε όλο το δέρμα, με την υψηλότερη πυκνότητα στο πρόσωπο, στα γεννητικά όργανα και στα πόδια. Τα χαμηλά οιστρογόνα εμπλέκονται στη διαεπιδερμική απώλεια νερού και στη μείωση του δερματικού κολλαγόνου. Μετά την εμμηνόπαυση, παρατηρείται μια ταχεία μείωση του κολλαγόνου του δέρματος, με σχεδόν το ένα τρίτο να χάνεται τα πρώτα 5 χρόνια και μια μείωση 2,1% ετησίως κατά τα επόμενα 15 χρόνια. Το πάχος του δέρματος μειώνεται κατά 1,13% κάθε χρόνο στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Επίσης, αυξάνεται ο εκφυλισμός της ελαστίνης που εκδηλώνεται κλινικά ως χαλαρό δέρμα και αυξημένη ρυτίδωση. Οι αδένες ατροφούν με μειωμένη παραγωγή σμήγματος και ιδρώτα που οδηγεί σε ξηρότητα του δέρματος (Nair, 2014; Duarte et al., 2016). Τα κυριότερα δερματολογικά προβλήματα είναι: κνησμός, ξηρότητα, λέπτυνση και απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος, εκζέματα, υπεριδρωσία, ψωρίαση, λειχήνες (ομαλός-σκληρυντικός), διαταραχές στο στόμα (αίσθηση καψίματος, ξηροστομία), αλλαγές στην τριχοφυΐα (τριχόπτωση, λέπτυνση της τρίχας, αύξηση της τριχοφυΐας στο πρόσωπο) (Kamp et al., 2022). Ο μαστός επίσης χάνει την όγκο του, χαλαρώνει και διαφοροποιείται η σύσταση σου, με το ινοαδενικό στοιχείο να αντικαθίσταται από λιπώδες (Engmann et al., 2019). Πρόσφατη μελέτη που περιελάμβανε γυναίκες από 22 χώρες, διαπίστωσε ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είχαν μέση πυκνότητα μαστού κατά 3,5 cm² χαμηλότερη από τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Burton et al., 2017).

2.1.7 Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας

Μελέτες έχουν δείξει πολύ αυξημένα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας, έως και 88% στις γυναίκες, κατά τη φάση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (Dennerstein et al., 2002). Σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η μειωμένη λίμπιντο, όσον αφορά το ορμονικό προφίλ, σχετίζεται κυρίως με την έντονη διακύμανση της ολικής τεστοστερόνης με την πάροδο του χρόνου. Άλλοι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου περιλάμβαναν την κολπική ξηρότητα, την κατάθλιψη, την συμβίωση με παιδιά, το διαζύγιο, την απώλεια δουλειάς, χρόνιες καταστάσεις υγείας (Gracia et al., 2018). Μια προοπτική μελέτη γυναικών που παρατηρήθηκε για οκτώ χρόνια καθώς διένυαν τη φυσική εμμηνόπαυση, ανέφερε ότι τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων επηρέασαν δυσμενώς το σεξουαλικό ενδιαφέρον και την ανταπόκριση, αλλά δεν επηρέασαν τη συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας (Dennerstein et al., 2005). Η σεξουαλική δυσλειτουργία σαφώς αποτελεί μια σύνθετη διαταραχή, που σχετίζεται με φυσιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι πολυδιάστατη, γι αυτό και το Διεθνές Consensus πάνω σε θέματα γυναικείας σεξουαλικής υγείας, ταξινόμησε την σεξουαλική δυσλειτουργία σε 4 μεγάλες κατηγορίες: διαταραχές επιθυμίας, διαταραχές διέγερσης, διαταραχές οργασμού και διαταραχές σεξουαλικού πόνου (Basson et al., 2000). Προηγούμενοι παράγοντες καλής σεξουαλικής λειτουργίας και σχέσης, όπως η ύπαρξη ενός ελκυστικού και διαθέσιμου συντρόφου, ένα ασφαλές περιβάλλον και η αυτοεκτίμηση, έχουν αποδειχθεί ότι είναι πιο σημαντικοί από τους ορμονικούς παράγοντες της σεξουαλικής λειτουργίας σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Ωστόσο, η ορμονοθεραπεία με οιστρογόνα μπορεί να βελτιώσει τη σεξουαλική λειτουργία αυξάνοντας την κολπική λίπανση και μειώνοντας τη δυσπαρεύνια σε γυναίκες που επηρεάζονται από αιδοιοκολπική ατροφία.

2.1.8 Μυοσκελετικοί πόνοι

Κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, περισσότερες από τις μισές γυναίκες αναφέρουν μυοσκελετικούς πόνους, με τη μορφή μυαλγίας, αρθραλγίας, ινομυαλγίας. Τα οιστρογόνα συντίθενται από την αρωματάση στο συνδετικό ιστό και οι υποδοχείς οιστρογόνων υπάρχουν σε όλους τους ιστούς των αρθρώσεων, συμπεριλαμβανομένου του αρθρικού χόνδρου, τα οστά, συνδέσμους και αρθρικό υμένα. Η προστατευτική τους δράση περιλαμβάνει τον οστίτη και χόνδρινο ιστό και εμπλέκεται στους μηχανισμούς

φλεγμονής και πόνου (Watt, 2018). Τα οιστρογόνα βοηθούν στην ανάπτυξη του χόνδρου και καθυστερούν την αποικοδόμηση του. Έχει φανεί σε μαγνητική τομογραφία γυναικών που λαμβάνουν HRT (θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης) αύξηση του όγκου του αρθρικού χόνδρου (Wluka et al., 2001). Η προστατευτική τους δράση πάνω στην απώλεια του οστίτη ιστού και την οστεοπόρωση, έχει αποτελέσει πεδίο έρευνας πολλών μελετών (Karlamangla et al., 2018). Επίσης, είναι γνωστό ότι τα οιστρογόνα έχουν αντιφλεγμονώδη και ήπια ανοσοκατασταλτική δράση, γι αυτό και κατά τη διάρκεια της κύησης υπάρχει ύφεση σε πολλά αυτοάνοσα νοσήματα. Οι θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης με HRT και SERMs έχουν βρεθεί ότι βελτιώνουν τα επίπεδα αρθρικής φλεγμονής και τους δείκτες καταστροφής του οστού (Karsdal et al., 2012). Τέλος, είναι γνωστό ότι υποδοχείς οιστρογόνων και αρωματάσης υπάρχουν σε περιοχές του νευρικού συστήματος υπεύθυνες για την αντίληψη του πόνου, όπως τα νωτιαία γάγγλια, ο υποθάλαμος, το μεταιχμιακό σύστημα. Τα οιστρογόνα και η τεστοστερόνη μειώνουν τον πόνο, μέσω ενεργοποίησης ανασταλτικών οδών πόνου στο νωτιαίο μυελό και ενεργοποίησης των ενδογενών οπιοειδών, ενώ τα προγεσταγόνα έχουν αναφερθεί ότι προάγουν τον πόνο. Κάτι αντίστοιχο παρατηρείται και στη δεύτερη φάση του εμμηνορυσιακού κύκλου, όπου επικρατεί μια ορμονική κατάσταση χαμηλών οιστρογόνων/υψηλών προγεσταγόνων (Smith et al., 2004).

2.2 Απώτερες επιπτώσεις

2.2.1 Αλλαγές στα γεννητικά όργανα-Ουρογεννητικό σύνδρομο

Η εμμηνόπαυση προκαλεί αλλαγές στα γεννητικά όργανα, με κυρίαρχο στοιχείο την ατροφία. Συνεπώς, στα εξωτερικά γεννητικά όργανα παρατηρείται αποπλάτυνση των μεγάλων χειλέων λόγω μείωσης του υποδόριου λίπους, σμίκρυνση της κλειτορίδας και του κόλπου, ενώ η ουρήθρα προβάλλει και καθίσταται ευάλωτη. Το κολπικό επιθήλιο γίνεται ξηρό, λείο και ευάλωτο σε τραυματισμούς, καθιστώντας τη γυναικολογική εξέταση επώδυνη, αλλά και την σεξουαλική επαφή. Επιπλέον, υπάρχει αύξηση του pH που ευνοεί την ανάπτυξη βακτηριδίων και αναερόβιων κολπίτιδων. Στην πύελο παρατηρείται εξασθένηση μυών, συνδέσμων και περιτονιών, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται ανατομικά προβλήματα από την χαλάρωση του κολπικού βλεννογόνου, όπως κυστεοορθοκήλη ή πρόπτωση μήτρας, καθώς και ακράτεια ούρων. Επίσης, αυξάνονται οι ουρολοιμώξεις ή άτυπες κυστίτιδες (Σταματόπουλος, 2007). Όλα τα παραπάνω περιλαμβάνονται στον όρο ουροποιηγεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης

(Genitourinary syndrome of menopause, GSM) που εισήχθη το 2014 για να περιγράψει μια ποικιλία δυσάρεστων συμπτωμάτων των γεννητικών οργάνων και του ουροποιητικού, καθώς και σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Portman et al., 2014). Το GSM είναι μια χρόνια και προοδευτική πάθηση που απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση και κατάλληλη διαχείριση για τη διατήρηση της υγείας του ουρογεννητικού συστήματος. Παρά τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, η πάθηση υποδιαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα του GSM επηρεάζουν το 27% έως 84% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, ωστόσο μόλις το 7% αυτών αναφέρουν τη χρήση συνταγογραφούμενων θεραπειών (Marino, 2021). Όσον αφορά την παθοφυσιολογία, είναι γνωστό ότι τα οιστρογόνα έχουν πολλαπλές επιδράσεις στο δέρμα του αιδοίου και τον κολπικό βλεννογόνο, συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης της ροής του αίματος, της υποστήριξης των ιστών και του μικροβιώματος, παρέχοντας προστασία από παθογόνα. Υπάρχουν πολυάριθμοι υποδοχείς οιστρογόνων στο αιδοίο και στον κόλπο, συμπεριλαμβανομένων των αυτόνομων και αισθητηριακών νευρώνων, αλλά και στο κατώτερο ουροποιητικό και στους πυελικούς μύες και συνδέσμους. Πιθανότατα, η παθοφυσιολογία του GSM οφείλεται σε μείωση τόσο των οιστρογόνων όσο και των ανδρογόνων. Τα ανδρογόνα είναι απαραίτητα για τη βιοσύνθεση των οιστρογόνων, αλλά τόσο τα οιστρογόνα όσο και η τεστοστερόνη είναι απαραίτητα για την αγγειακή ανταπόκριση και τις οδούς σηματοδότησης κατά τη σεξουαλική διέγερση (Simon et al., 2018). Πολλές μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τον τρόπο που το GSM επηρεάζει την ζωή των γυναικών στην εμμηνόπαυση, αναδεικνύοντας την ανάγκη εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης, τόσο των γυναικών, όσο και των επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα VIVA εξέτασε τις στάσεις και τις γνώσεις σχετικά με την κολπική ατροφία 500 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών στις ΗΠΑ. Διαπιστώθηκε ότι το 48% των γυναικών ανέφεραν κολπική δυσφορία, με τα πιο κοινά συμπτώματα κολπική ξηρότητα (85%) και δυσπαρέυνια (52%). Αν και το 76% των γυναικών ανέφεραν ότι θα ήταν άνετες να συζητήσουν τα συμπτώματά τους με έναν επαγγελματία υγείας, το 40% περίμενε ένα χρόνο ή περισσότερο από την έναρξη των συμπτωμάτων τους και το 37% των γυναικών δεν ζήτησαν βοήθεια (Simon et al., 2013). Δυστυχώς αντίστοιχα ευρήματα βρέθηκαν και στην πιο πρόσφατη έρευνα του 2017, την EMPOWER. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν την αιδοιοκολπική ατροφία (VulvoVaginal atrophy-VVA) ως φυσιολογικό μέρος της γήρανσης και μόλις το 19% την αναγνωρίζει ως ιατρική κατάσταση. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησαν μια συζήτηση σχετικά με το GSM στο 15% των επισκέψεων και το 44% των

γυναικών ξεκίνησαν μια συζήτηση για τα συμπτώματά τους με τον επαγγελματία υγείας (Krychman et al., 2017).

2.2.2 Οστεοπόρωση

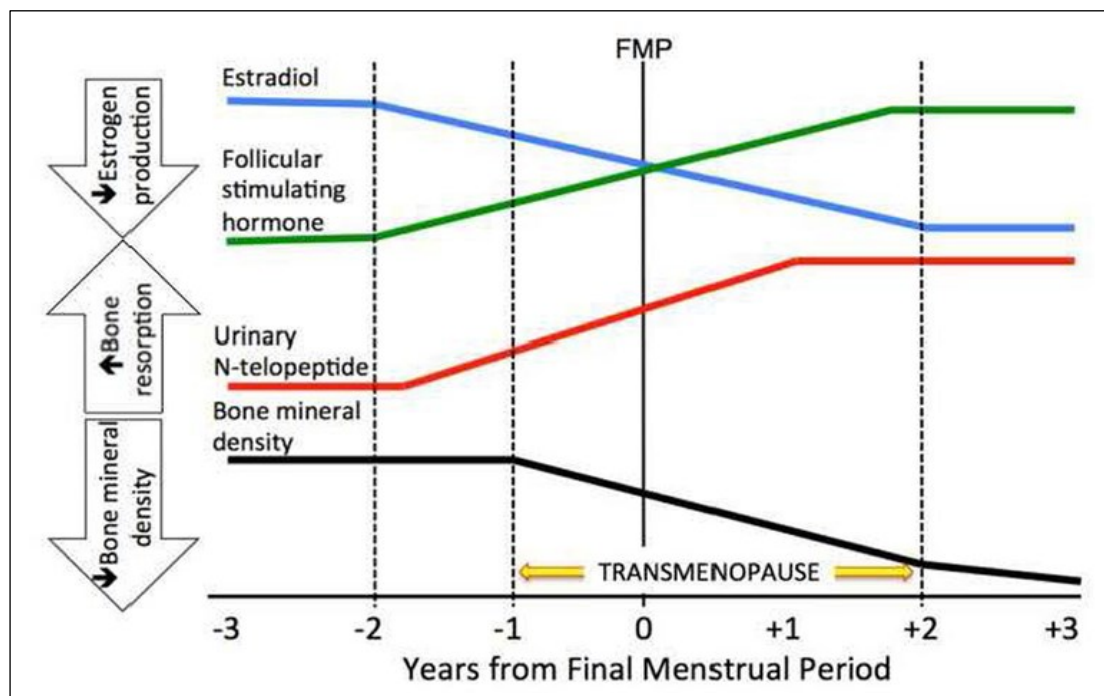
Η οστεοπόρωση αναδεικνύεται σε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Είναι μια σιωπηλή ασθένεια που προκαλεί κατάγματα οστών και επηρεάζει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής. Μελλοντικά θα απασχολήσει όλα τα δημόσια συστήματα υγείας, δεδομένου της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Η οστεοπόρωση ορίζεται ως μια συστηματική σκελετική νόσος που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και φθορά στην μικροαρχιτεκτονική του οστικού ιστού, με επακόλουθη αύξηση της ευθραυστότητας των οστών και της ευαισθησίας σε κατάγματα. Συχνές θέσεις για οστεοπορωτικό κάταγμα είναι η σπονδυλική στήλη, το ισχίο, ο περιφερικός πήχης και το εγγύς βραχιόνιο. Η πιθανότητα ενός κατάγματος σε οποιαδήποτε από αυτές τις θέσεις στην περίοδο της εμμηνόπαυσης (lifetime risk) υπερβαίνει αυτή του καρκίνου μαστού (περίπου 12%) και η γενικότερη πιθανότητα κατάγματος στις γυναίκες υπερβαίνει το 40% στη Δυτική Ευρώπη, αριθμός κοντά στην πιθανότητα στεφανιαίας νόσου. Η οστεοπόρωση είναι μια νόσος που επηρεάζει κυρίως τις γυναίκες, με τα δύο τρίτα όλων των περιστατικών καταγμάτων να εμφανίζονται σε αυτές (Kanis et al., 2019).

Όσον αφορά τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, παρατηρείται ουσιαστικά διαταραχή ή αρνητική ανισορροπία του μεταβολισμού και της αναδιαμόρφωσης των οστών, με την οστική απορρόφηση να ξεπερνά τον σχηματισμό οστού, υποδηλώνοντας ότι η βιταμίνη D και η παραθυρεοειδής ορμόνη (PTH), καθώς και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την οστική απορρόφηση και τον ανασχηματισμό μπορεί να παίζουν βασικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της οστεοπόρωσης (Paschalis et al., 2017). Τα οιστρογόνα είναι μια άλλη σημαντική ορμόνη που παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση, γνωρίζοντας ότι η μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση είναι αιτία για την αρχική φάση ταχείας οστικής απώλειας και οστεοπόρωσης στις γυναίκες. Η προστατευτική δράση των οιστρογόνων μεσολαβεί με μέσω των υποδοχέων οιστρογόνου ERα και του ERβ, στους οστεοκλάστες και οστεοβλάστες που ρυθμίζουν αντίστοιχα την οστεοκλαστική και οστεοβλαστική δραστηριότητα (Shoukry et al., 2015). Πολλές μελέτες έχουν δείξει συσχέτισμό των πολυμορφισμών του γονιδίου ERα (ERα Xba I, ERα Pvu II, ERα G2014A) και του

γονιδίου ERβ (ERβ *Alu* I, ERβ *Rsa* I) με την μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση (Zhu et al., 2018).

Πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής φτωχής σε γαλακτομικά, της σωματικής δραστηριότητας, της χρήσης φαρμάκων (πχ κορτιζόνη) και συνυπάρχουσες ασθένειες (πχ οστεοπέτρωση). Ένας από τους σημαντικότερους κλινικούς παράγοντες κινδύνου είναι το θετικό οικογενειακό ιστορικό, τονίζοντας τη σημασία της γενετικής στην παθογένεση της νόσου. Μελέτες διδύμων και οικογενειών έχουν δείξει υψηλή κληρονομικότητα της οστικής πυκνότητας (BMD) και άλλων καθοριστικών παραγόντων του κινδύνου κατάγματος, όπως η πυκνότητα των οστών και η σκελετική γεωμετρία (Ralston et Uitterlinden, 2010).

Όσον αφορά τη μείωση της οστικής πυκνότητας στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στην πολυκεντρική μελέτη SWAN διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια *ταχεία φάση οστικής απώλειας* σε μια περίοδο 3 ετών γύρω από την τελευταία έμμηνο ρύση (FMP). Η οστική πυκνότητα (Bone mineral density-BMD) αρχίζει να μειώνεται περίπου 1 χρόνο πριν από την TEP και συνεχίζει να μειώνεται στην πρώιμη μετεμμηνόπαυση, με μια ελαφρά μείωση του ρυθμού απώλειας περίπου 2 χρόνια μετά την FMP (Greendale et al., 2012) (Εικόνα 2).



Εικόνα 3: Διακυμάνσεις στα επίπεδα της οιστραδιόλης, FSH, U-NTX και οστικής πυκνότητας κατά την εμμηνόπαυση.

Πηγή: Greendale et al., 2012. *J Bone Miner Res*; 27(1): 111–118

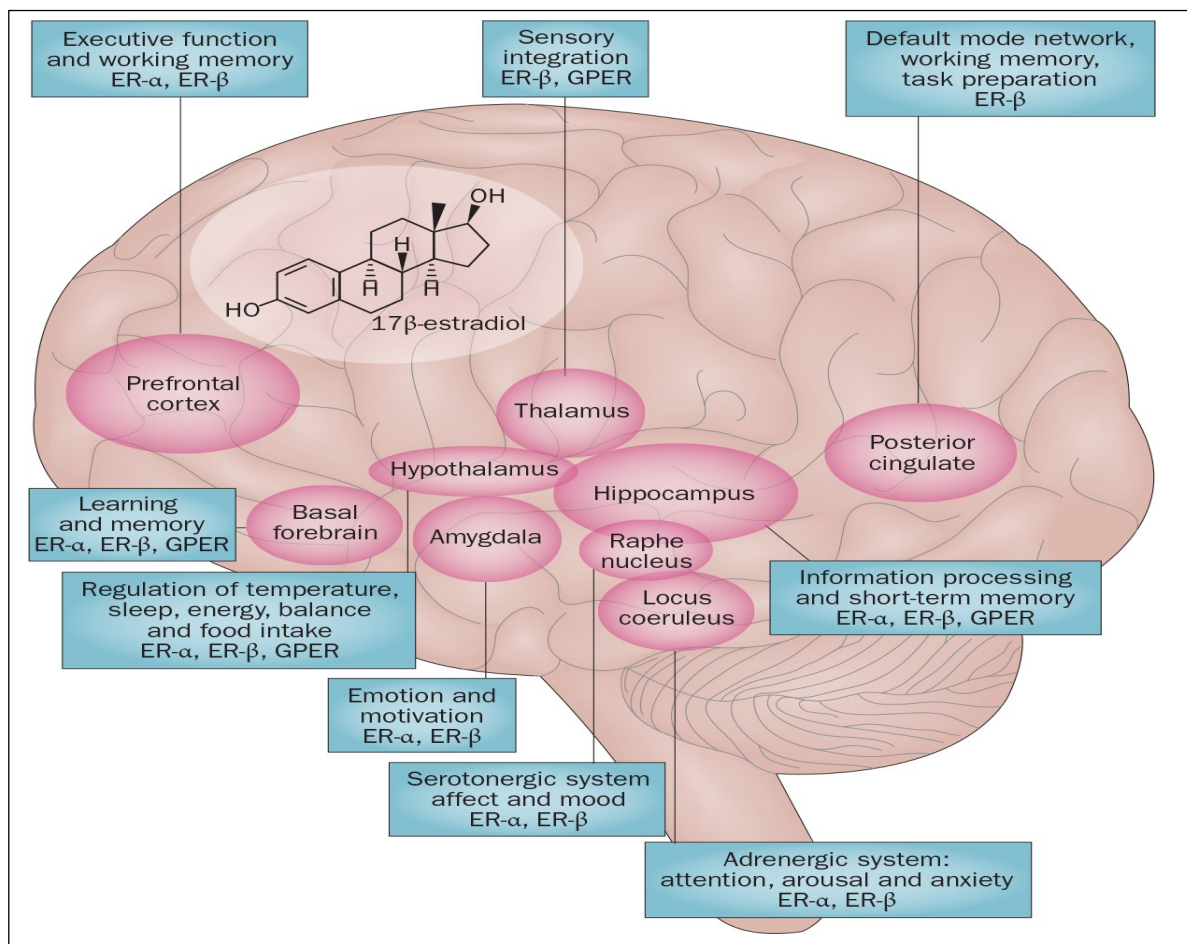
Το μοτίβο της οστικής απώλειας κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση αποτυπώνεται με αλλαγές στους δείκτες που αφορούν την αποδόμηση και σχηματισμό του οστίτη ιστού. Το Ν-τερματικό τελοπεπτίδιο του κολλαγόνου τύπου I (U-NTX), ένας δείκτης διάσπασης του κολλαγόνου τύπου I, αρχίζει να αυξάνεται 2 χρόνια πριν από το FMP, κορυφώνεται περίπου 1,5 χρόνο μετά το FMP και εν συνεχεία σταθεροποιείται. Οι μειώσεις στα επίπεδα της κυκλοφορούσας οιστραδιόλης και οι αυξήσεις της FSH συμβαίνουν σχεδόν στο ίδιο χρονικό διάστημα, ενώ μειώσεις της οστικής πυκνότητας υστερούν κατά περίπου 6 μήνες. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που αναφέρουν συχνότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα, το οποίο μπορεί να υποδεικνύει είτε μεγαλύτερες μειώσεις στα επίπεδα της οιστραδιόλης είτε αυξημένη ευαισθησία στην πτώση τους, έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα U-NTX (Crandall et al., 2011; Karlamangla et al., 2018).

Ακολουθεί η δεύτερη φάση, 4-6 έτη μετά την TEP, όπου παρατηρείται μια βραδύτερη απώλεια οστού, λόγω της αυξημένης δραστηριότητας των οστεοκλαστών και ορίζεται ως απώλεια οστών που σχετίζεται με την ηλικία (Møller et al. 2020).

2.2.3 Γνωστικές λειτουργίες

Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τη γνωστική εξασθένηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η οποία φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα ακόμη και στο 70% από αυτές. Τα πιο συνηθισμένα παράπονα είναι προβλήματα με τη μνήμη, ιδιαίτερα δυσκολία στην ανάκληση λέξεων ή αριθμών, ελλείμματα προσοχής και ο χρόνος λεκτικής αντίδρασης (Schaafsma et al., 2010). Στις γνωστικές αναπηρίες, κρίσιμο ρόλο παίζει το δίκτυο υποδοχέων οιστρογόνων, το οποίο είναι ένα από τα κύρια ρυθμιστικά συστήματα του εγκεφάλου. Οι περιοχές που είναι απαραίτητες για τη μάθηση και τη μνήμη, συμπεριλαμβανομένου του προμετωπιαίου φλοιού, του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής και του οπίσθιου τριχοειδούς φλοιού, περιέχουν σημαντικούς υποδοχείς οιστρογόνων. Τα νευρολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την εμμηνόπαυση είναι ενδεικτικά διαταραχής σε πολλαπλά συστήματα που ρυθμίζονται από οιστρογόνα (όπως της θερμορύθμισης, του ύπνου, των κικκάδιων ρυθμών και της αισθητηριακής επεξεργασίας) και επηρεάζουν πολλαπλούς τομείς της γνωστικής λειτουργίας (Εικόνα 3). Τα οιστρογόνα βοηθούν τον εγκέφαλο να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά και άμεσα στα ερεθίσματα, ρυθμίζοντας το μεταβολισμού της γλυκόζης και διάφορα ενεργειακά μονοπάτια. Η υποοιστρογοναιμία οδηγεί σε μια υπομεταβολική κατάσταση

που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης νευροεκφυλιστικών ασθενειών αργότερα στη ζωή τους, όπως νόσο Alzheimer (Wilson et al., 2011; Brinton et al., 2015).



Εικόνα 4. Νευρολογικές λειτουργίες που επηρεάζονται κατά την περιεμμηνόπαυσιακή μετάβαση. Οι περιοχές του εγκεφάλου και οι αντίστοιχες λειτουργίες τους παρέχουν έναν χάρτη νευρικών κυκλωμάτων που ρυθμίζονται από οιστρογόνα και μια νευροβιολογική βάση για τη σειρά συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν κατά την εμμηνόπαυση.

Πηγή: Brinton et al., 2015. Perimenopause as a neurological transition state. *Nat. Rev. Endocrinol.*;11:393–405

Επίσης, η ήπια γνωστική εξασθένηση (mild cognitive impairment-MCI) θεωρείται πολύ πρώιμο στάδιο άνοιας και εμφανίζεται στην πλειοψηφία των περιεμμηνόπαυσιακών γυναικών (Sochocka et al., 2023). Σε ορισμένες γυναίκες με MCI, η άνοια δεν εμφανίζεται ποτέ και η γνωστική κατάσταση βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η ορμονοθεραπεία, που λαμβάνεται νωρίς μετά την εμμηνόπαυση (ως και 5 έτη), μπορεί να προσφέρει ένα «παράθυρο ευκαιρίας» για μείωση του κινδύνου ήπιας γνωστικής εξασθένησης (MCI) και νόσο Alzheimer στη

μετέπειτα ζωή, καθώς και να αποτρέψει τη μείωση της δραστηριότητας του προμετωπιαίου φλοιού, που παρατηρείται στην πρόωμη άνοια (Girard et al., 2017). Τέλος, η επιδείνωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου που συνοδεύουν την περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο μπορεί να είναι ένας ακόμη λόγος επιβάρυνσης των γνωστικών λειτουργιών, με την εγκατάσταση της άνοιας αγγειακής αιτιολογίας.

2.2.4 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Η στεφανιαία αγγειακή νόσος είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παγκοσμίως, ακόμη περισσότερο από καρκίνο μαστού ή άλλο γυναικολογικό καρκίνο. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου (Cardiovascular disease-CVD) πριν από την εμμηνόπαυση σε σύγκριση με τους άνδρες, λόγω των προστατευτικών επιδράσεων των οιστρογόνων. Υπάρχει ωστόσο μια αξιοσημείωτη αύξηση της CVD στις γυναίκες, περίπου 10 χρόνια μετά την ΤΕΡ. Τα οιστρογόνα είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του ενδοθηλίου, με πολλαπλούς τρόπους. Αυξάνουν τη σύνθεση του μονοξειδίου του αζώτου (NO) από το αγγειακό ενδοθήλιο, προκαλώντας αγγειοδιαστολή και μειώνουν τη σύνθεση της Ενδοθηλίνης-1, που είναι ένας ισχυρός αγγειοσυσταλτικός παράγοντας. Έχουν επίσης αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Η ανεπάρκειά τους προκαλεί ενδοθηλιακή δυσλειτουργία (Nair et al., 2021). Η έλλειψη οιστρογόνων δεν ευθύνεται αυτή καθαυτή για αυτή την επιβάρυνση των αγγείων, αλλά επιπροστίθενται και άλλοι δυσμενείς παράγοντες κινδύνου που εμφανίζονται στην εμμηνόπαυση, όπως η δυσλιπιδαιμία, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η ανακατανομή λίπους και η υψηλή αρτηριακή πίεση που προκαλούν μεταβολικές και αγγειακές αλλαγές συμβάλλοντας στον επιταχυνόμενο κίνδυνο για CVD. Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές στο λιπιδαιμικό προφίλ των γυναικών ξεκινούν περιεμμηνοπαυσιακά, με αυξήσεις της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης (Matthews et al., 2017). Επίσης, υπάρχει αλλαγή στη σύσταση του σώματος, με αύξηση του λιπώδους ιστού, καθώς και στην κατανομή του λίπους. Πολλές εμμηνόπαυσιακές γυναίκες παραπονιούνται ότι παχαίνουν στο μεσαίο τμήμα του σώματος (ανδροειδής παχυσαρκία) και έχουν πρόβλημα με την απώλεια βάρους παρά τη διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Παρατηρείται αύξηση του σπλαχνικού (κοιλιακού) λίπους, της αντίστασης στην ινσουλίνη, του διαβήτη και των φλεγμονωδών ασθενειών, οδηγώντας στην ανάπτυξη ή επιδείνωση του μεταβολικού συνδρόμου στις γυναίκες (Lovejoy et

al., 2008). Τα οιστρογόνα ασκούν αντιοξειδωτική δράση σε υψηλές συγκεντρώσεις αναστέλλοντας την 8-υδροξυλίωση των βάσεων DNA γουανίνης. Το οξειδωτικό στρες αυξάνει τις φλεγμονώδεις κυτοκίνες και τα προοξειδωτικά όπως η γλουταθειόνη, συμβάλλοντας σε εγκατάσταση της φλεγμονής. Επίσης, το οξειδωτικό στρες και η υπερπαραγωγή ελεύθερων ριζών οξυγόνου οδηγούν σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και δευτερογενή αυξημένη αγγειοσύσπαση που παρατηρείται στην αθηροσκλήρωση (Arnal et al., 2007).

Συμπερασματικά, με βάση αυτά που περιεγράφηκαν παραπάνω, φαίνεται ότι δεν υπάρχει ένα και μόνο κλιμακτηριακό σύνδρομο με αποκλειστικά βιολογικό υπόβαθρο. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση προκύπτουν από μια πολυπλοκότητα κοινωνικοπολιτισμικών και δημογραφικών παραγόντων, και όχι απλώς από τη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων, καθιστώντας κάποιες γυναίκες πιο ευάλωτες σε μη ειδικά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (Avis et al., 2001; Ward et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Διαχείριση της εμμηνόπαυσης

3.1 Ορμονική θεραπεία (Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης-ΘΟΥ)

Η ΘΟΥ (Hormone Replacement Treatment- HRT) διακρίνεται σε θεραπεία μόνο με οιστρογόνα (όταν λείπει η μήτρα) και σε συνδυασμένη θεραπεία οιστρογόνων και προγεστερόνης. Μπορούν να χορηγηθούν με τη μορφή διαδερμικού αυτοκόλλητου, χαπιού, κολπικής κρέμας ή δακτυλίου. Συστήνεται η χρήση τους στη χαμηλότερη δυνατή δόση και για διάστημα όχι μεγαλύτερο των 5 ετών. Προτιμάται η διαδερμική χορήγηση λόγω μείωσης της πιθανότητας θρομβώσεων και των συστηματικών παρενεργειών (λόγω παράκαμψης της ηπατικής κυκλοφορίας). Η κολπική κρέμα έχει τοπική δράση και κύρια ένδειξη είναι η κολπική ατροφία (Armeni et al, 2021).

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή, το 1942 χρησιμοποιήθηκε προϊόν οιστρογόνου, το Premarin, εγκεκριμένο από τον FDA για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Με το φεμινιστικό κίνημα, στη δεκαετία του 1960, και την επιθυμία να είσαι «γυναίκα για πάντα», η θεραπεία με οιστρογόνα (Estrogen Therapy-ET) χρησιμοποιήθηκε ευρέως. Ωστόσο, το 1970, μελέτη διαπίστωσε ότι τα συμπληρώματα οιστρογόνων σχετίζονταν με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου ενδομητρίου. Ακολούθησαν μελέτες που έδειξαν ότι ο συνδυασμός οιστρογόνων με προγεστερόνη θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου κι έτσι μετατράπηκε το ET σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT) ή HT. Στις δεκαετίες του 1980 και 1990 αυξήθηκε ραγδαία η χρήση τους και το 1992 εκδόθηκαν επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες από το Αμερικάνικο Κολλέγιο για την χρήση της HRT όχι μόνο για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, αλλά και χρόνιων παθήσεων, όπως καρδιαγγειακών (Pan et al., 2022). Για να επιβεβαιωθούν τα κλινικά οφέλη της HT, έγιναν πολλές τυχαιοποιημένες δοκιμές, με σημαντικότερη και καθοριστικότερη την Women's Health Initiative Study (WHI), που ξεκίνησε το 1998 και στην οποία συμμετείχαν περισσότερες από 160.000 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 50-79 ετών για διάστημα μελέτης 15 ετών και προϋπολογισμό 625 εκατομμυρίων δολαρίων. Τα πρώτα ευρήματα έδειξαν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού, στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου και πνευμονικής εμβολής, που αντιστάθμιζε τα στοιχεία που υποδείκνυαν όφελος στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και των

οστεοπορωτικών καταγμάτων. Κατά συνέπεια, τα χάπια της μελέτης HT σταμάτησαν τον Ιούλιο του 2002, με μέση περίοδο παρακολούθησης 5,2 ετών (Rossouw et al., 2002). Τα απρόσμενα αποτελέσματα της WHI αύξησαν τον πανικό και τη σύγχυση μεταξύ των ληπτών HRT, αλλά και των γιατρών, γεγονός που οδήγησε σε ραγδαία μείωση της χρήσης HT. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της HT αμφισβητήθηκε και παρά το γεγονός ότι ακολούθησαν πολλές άλλες μελέτες, που αμφισβήτησαν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της WHI, ακόμη και στις μέρες μας η HT δεν χαίρει ευρείας αποδοχής. Το 2007, μια δευτερεύουσα ανάλυση της μελέτης WHI έδειξε ότι οι γυναίκες που ξεκίνησαν HT εντός 10 ετών από την εμμηνόπαυση έτειναν να έχουν μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και ευνοϊκή συνολική θνησιμότητα (Rossouw et al., 2007). Περαιτέρω δεδομένα follow-up της WHI που επικεντρώνονταν στον μακροπρόθεσμο κίνδυνο για καρκίνο μαστού, δημοσιεύθηκαν το 2020 και οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η HT που χρησιμοποιήθηκε (συζευγμένα οιστρογόνα-CEE) σε συνδυασμό με την προγεστερόνη (οξική μεδροξυπρογεστερόνη- MPA) ή το CEE μόνο του, δεν αυξάνουν τη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού (Minami & Freedman, 2020). Την τελευταία δεκαετία, νέες κατευθυντήριες οδηγίες έχουν εκδοθεί από τις επιστημονικές εταιρείες εμμηνόπαυσης για την ορθή χρήση της HRT, καθώς και νέα σκευάσματα και οδοί χορήγησης (Πίνακας 1 και 2) (Armeni et al, 2021).

Πίνακας 1: Ταξινόμηση των οιστρογόνων, προγεσταγόνων και τιμπολόνης (με βάση το είδος, δόση, οδός χορήγησης) στις περι- και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Estrogen dose	Indications			Oral 17 beta-E2	Transdermal 17 beta-E2	CEE	Tibolone
Standard dose	<ul style="list-style-type: none"> Menopausal symptom control in perimenopausal women Postmenopausal women: No response to low dose estrogen HRT in women with POI and early menopause 			2–4 mg	50–100 µg	0.625–1.25 mg	N/A
Low dose	<ul style="list-style-type: none"> Menopausal symptom control in perimenopausal and postmenopausal women (tibolone only for postmenopausal women) 			1 mg	25 µg	0.300–0.400 mg	2.5 mg
Ultra-low dose	<ul style="list-style-type: none"> Menopausal symptom control in postmenopausal women Symptom recurrence following treatment discontinuation in women previously receiving low dose MHT 			0.25–0.5 mg	14 µg	N/A	1.25 mg
Progestogen	Natural progesterone	Dydrogesterone	Norethisterone acetate	Drospirenone	Medroxyprogesterone acetate	Norgestrel	Levonorgestrel intrauterine system
Dose	Orally or vaginally 50–200 mg	Orally 2.5–20 mg	Orally 0.5–1.0 mg or TTS 125–250 µg	Orally 1–2 mg	Orally 2.5–10 mg	Orally 0.5–0.25 mg	14–20 µg release rate per day

The dose of the progestogen is determined by the dose of the estrogen and the mode of administration. Lower estrogen doses require lower progestogen doses. Sequential regimens require higher progestogen doses than continuous regimens.

E₂: estradiol, HRT: <Hormone replacement therapy>, N/A: <non applicable>, POI: <Premature Ovarian Insufficiency>, TTS: <Transdermal>, PO: <per os>.

Πηγή: Armeni et al, 2021. Hormone therapy regimens for managing the menopause and premature ovarian insufficiency. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.;35(6):101561.

Πίνακας 2. Κατευθυντήριες οδηγίες για την χρήση της HRT στην εμμηνόπαυση

Aspect of hormone therapy	General agreement
Indications	<ul style="list-style-type: none"> • Menopausal symptoms • Primary ovarian insufficiency (POI) or early menopause (ACOG, BMS, Endocrine Society, Global Consensus, IMS, NAMS, NICE)
Risk considerations	<ul style="list-style-type: none"> • Age, time from onset of menopause (AACE and ACE, BMS, Global Consensus, IMS, NAMS) • CVD, breast cancer (AACE and ACE, Endocrine Society) • Lipid profile, Smoking history (AACE and ACE) • Individualized decisions based on the risk-benefit ratio (ACOG) • Not evaluated (USPSTF)
Initiation	<ul style="list-style-type: none"> • Age < 60 yr, within 10 years of the onset of menopause (AACE and ACE, BMS, Global Consensus, IMS, NAMS) • Possible benefit at preventing CVD when initiated close to menopause (AACE and ACE, ACOG, BMS, Global Consensus, NAMS)
Duration	<ul style="list-style-type: none"> • Individualized decisions based on consideration of the risk-benefit ratio without mandatory limits (ACOG, BMS, Endocrine Society, Global Consensus, IMS, NICE,) • Shortest total duration for treatment goals and risk assessment (AACE and ACE, Endocrine Society, NAMS) • 5 years or less (AACE and ACE, NICE) • Not evaluated (USPSTF)
Dosage	<ul style="list-style-type: none"> • Lowest effective dose needed to relieve symptoms and minimize risks of therapy (AACE and ACE, ACOG, Global Consensus, NAMS) or • individualized dose to minimize risks (BMS, IMS, NICE,)
Transdermal therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Recommend for women with an elevated risk of VTE (AACE and ACE, ACOG, BMS, Endocrine Society, Global Consensus, IMS, NICE, NAMS,) • obesity (Endocrine Society, IMS, NICE) • hypertension (AACE and ACE; Endocrine Society) • hypertriglyceridemia, or cholelithiasis (AACE and ACE) • Not recommended (USPSTF)
Vaginal therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Recommend for genitourinary syndrome of menopause (AACE and ACE, ACOG, Endocrine Society, Global Consensus, IMS, NICE, NAMS) • An oncologist needs to be involved in treating woman at risk of breast cancer (ACOG, Endocrine Society, IMS, NAMS) • Not addressed (USPSTF)
Compound hormone therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Recommend against non-FDA approved compounded hormone therapy

Included Guidelines: AACE and ACE (27) 2017; ACOG (28) 2014; BMS (31) 2020; Endocrine Society (29) 2015; Global Consensus (30) 2016; IMS (10) 2016; NICE (26) 2016; NAMS (11) 2017; USPSTF (1) 2017.

AACE and ACE: American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology; ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; BMS: British Menopause Society; IMS: International Menopause Society; NAMS: the North American Menopause Society; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; USPSTF: United States Preventive Services Task Force.

Πηγή: Pan et al. (2022). Update on hormone therapy for the management of postmenopausal women. Biosci Trends.;16(1):46-57.

Σύμφωνα λοιπόν με τις νεότερες οδηγίες, η HRT συνιστάται για όλες τις γυναίκες με POI (Primary ovarian insufficiency) ή πρόωμη εμμηνόπαυση μέχρι την ηλικία της αναμενόμενης διακοπής της λειτουργίας των ωοθηκών. Επίσης, ενδείκνυται και σε γυναίκες >45 ετών για την αντιμετώπιση των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα έχει απόλυτες ενδείξεις για:

- Αγγειοκινητικά συμπτώματα: Πολλαπλές τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δείξει ότι η HRT μειώνει τη συχνότητα των συμπτωμάτων κατά 75% και την έντασή τους κατά 87% (Hamoda et al., 2020).
- Ουρογεννητικό σύνδρομο-GSM: Τα λιπαντικά και οι ενυδατικές κρέμες θεωρούνται πρώτης γραμμής θεραπεία για τα συμπτώματα της κολπικής ξηρότητας και του επώδυνου σεξ. Ωστόσο, η κολπική χρήση χαμηλής δόσης οιστρογόνου δυο φορές την εβδομάδα, αποτελεί το «gold standard» του GSM, σε γυναίκες που παρουσιάζουν μόνο αιδοιοκολπικά συμπτώματα, αποκαθιστώντας το κολπικό pH, βελτιώνοντας την αιμάτωση και την ελαστικότητα του κόλπου και προλαμβάνοντας τις ουρολοιμώξεις (Santen, 2015). Επίσης, αποτελεσματική για το GSM είναι και η συστηματική θεραπεία με οιστρογόνα.
- Πρόληψη της οστεοπόρωσης: Τα FDA εγκεκριμένα οιστρογόνα χρησιμοποιούνται για την πρόληψη, αλλά όχι για τη θεραπεία της εγκατεστημένης μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η HRT μειώνει τον κίνδυνο καταγμάτων ισχίου και σπονδύλων, χάρη στη ρυθμιστική δράση τους πάνω στους οστεοβλάστες και οστεοκλάστες (Zhu et al., 2016; Ran et al., 2017).

Αμφιλεγόμενα θέματα-debate της HRT:

- *Πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων:* Μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης WHI, η HT δεν συνιστάται για μακροχρόνια χρήση στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Ωστόσο, μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι η χορήγηση ορμονικής θεραπείας εντός των πρώτων 10 ετών μετά την εμμηνόπαυση μειώνει τον ρυθμό εξέλιξης της αθηροσκλήρωσης των καρωτίδων και τη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 18-54%, καθώς και τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο κατά 12-39% .
- *Συσχέτιση με φλεβική θρομβοεμβολή (VTE):* Πολλές μελέτες παρατήρησης, αλλά και κλινικές δοκιμές συμπεριλαμβανομένης της WHI, έχουν δείξει αυξημένα συμβάντα VTE και εγκεφαλικού επεισοδίου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν HRT από το στόμα (Lekovic et al., 2017). Ο κίνδυνος μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με την προσαρμογή του σχήματος (δηλαδή, διαδερμική χορήγηση έναντι από του στόματος, χαμηλή δόση έναντι τυπικής δόσης, μόνο οιστρογόνα ή

συνδυασμός με dydrogesterone ή micronized προγεστερόνη) (Boardman et al., 2015).

- *Νόσος Alzheimer's disease (AD), Νόσος Parkinson's disease (PD) και άνοια:* Πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε ότι η HRT μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης AD και PD και ότι είχε θετικά κλινικά αποτελέσματα, όπως επιβράδυνση της εξέλιξής τους (Song et al., 2020). Ωστόσο, η προστατευτική σχέση μεταξύ HT και AD περιορίζεται στα πρώτα 5 χρόνια θεραπείας και η θετική συσχέτιση φαίνεται να αντιστρέφεται μετά. Αντίστοιχα αντιφατικά ήταν και τα ευρήματα της WHI (Rossouw et al., 2002; Wu et al., 2020).
- *Συσχέτιση με καρκίνου μαστού και ενδομητρίου:* Τα δεδομένα όσον αφορά τη συσχέτιση με τον καρκίνο μαστού είναι αμφιλεγόμενα. Όπως προαναφέρθηκε, τα πρώτα αποτελέσματα της WHI έδειξαν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Rossouw et al., 2002). Πιο σύγχρονες ωστόσο μελέτες με μακροχρόνιο follow-up δεν επιβεβαίωσαν αυτή την συσχέτιση (Minami & Freedman, 2020). Επίσης, φαίνεται ότι οι συνδυασμοί οιστρογόνου-προγεσταγόνου σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου μαστού σε σύγκριση με τα παρασκευάσματα μόνο με οιστρογόνο, γεγονός που δείχνει ότι το προγεσταγονικό συστατικό είναι πιθανώς ο λόγος για τον αυξημένο κίνδυνο. Ο κίνδυνος αυξάνεται επίσης σε μεγαλύτερη διάρκεια χορήγησης του HT, περισσότερο από 5 χρόνια (Collaborative Group, 2019).

Ο κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου είναι επίσης θέμα που απασχολεί τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν HRT. Μελέτες έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο καρκίνου ενδομητρίου σε γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα μόνο, τιβολόνη ή και διαδοχική συνδυασμένη θεραπεία (Sequential combined HRT). Δεδομένου ότι η ισορροπία μεταξύ προγεσταγόνου και οιστρογόνου είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει το ενδομήτριο, είναι σημαντικό η δόση ή η διάρκεια χορήγησης του προγεσταγόνου να προσαρμόζεται ανάλογα με τη θεραπεία με οιστρογόνα. Γενικά, είναι ασφαλέστερη για το ενδομήτριο η συνεχής συνδυασμένη θεραπεία (continuous combined HRT) (Sjogren et al., 2016). Η HT που περιέχει μικρονισμένη προγεστερόνη φαίνεται να είναι πιο ασφαλής για το μαστό, ενώ αυτή που περιέχει συνθετική προγεστερόνη έχει πιο προστατευτική δράση στο ενδομήτριο και χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο (Gompel, 2018).

3.2 Selective Estrogen Receptor Modulators (SERMs)-εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα οιστρογόνου

Πρόκειται για μη ορμονικές ενώσεις που μπορούν να δράσουν ως αγωνιστές ή ανταγωνιστές οιστρογόνων ανάλογα με τους διαφορετικούς ιστούς στόχους. Παρέχουν μια σημαντική ευκαιρία εξατομίκευσης των στρατηγικών θεραπείας σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσα από ένα ευρύ φάσμα επιλογών (Lello et al., 2020).

Πολύ γνωστός SERM πρώτης γενιάς είναι η ταμοξιφαίνη (TAM). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία ασθενών με ER-θετικό καρκίνου μαστού, λόγω της αντιοιστρογόνου δράσης του στα κύτταρα του μαστού. Η ταμοξιφαίνη έχει επίσης αγωνιστική δράση στον οστικό ιστό.

Η ραλοξιφαίνη (RLX) και η βαζεδοξιφαίνη (BZA) είναι SERMs, που χρησιμοποιούνται ως πρώτης γραμμής όπλα στην αρχόμενη οστεοπόρωση, μειώνοντας την οστική απορρόφηση, χωρίς να διεγείρουν το μαστό ή τη μήτρα. Λόγω της αντιοιστρογόνου δράσης τους, η χρήση τους σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου καρκίνου μαστού, έως και 62%, όπως έδειξαν μελέτες σε follow-up 4ετίας για την RLX (Martino et al., 2004).

Η οσπεμιφαίνη (σε ημερήσια δόση 60 mg) είναι ένας SERM που μπορεί να βελτιώσει την αιδιοκυκλοπική ατροφία (VVA), να βελτιώσει τη δυσπαρεύνια, αυξάνοντας τα επιφανειακά κύτταρα του κόλπου και μειώνοντας το pH του κόλπου, χωρίς να προκαλεί διέγερση του ενδομητρίου και του μαστού. Η οσπεμιφαίνη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της VVA σε γυναίκες με προηγούμενη διάγνωση Ca μαστού, μετά την ολοκλήρωση του ενεργού κύκλου θεραπείας (Archer et al., 2015).

Tissue selective estrogen complex (TSEC) (συζευγμένα οιστρογόνα αλόγου με το SERM, βαζεδοξιφένη). Επιτυγχάνονται τα οιστρογονικά οφέλη για την ανακούφιση από εξάψεις και την πρόληψη της οστικής απώλειας, χωρίς διέγερση του μαστού ή του ενδομητρίου (Lello et al., 2017).

3.3 Τιμπολόνη

Πρόκειται για Selective tissue estrogenic activity regulator (STEAR), δηλαδή συνθετικό στεροειδές με μικτή ορμονική δράση (οιστρογονική, προγεσταγονική και

ήπια ανδρογονική) (Formoso et al., 2016). Η οιστρογονική δραστηριότητα είναι παρούσα κυρίως στον εγκέφαλο, τον κόλπο και τα οστά. Ανακουφίζει σημαντικά τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και βελτιώνει τη διάθεση και την σεξουαλική ευεξία. Στον εγκέφαλο, ασκεί νευροπροστατευτική δράση, βελτιώνοντας τη γνωστική λειτουργία, τη νευροφλεγμονή και την αντιδραστική γλοίωση (Del Río et al., 2020). Επίσης, μέσω της οιστρογονικής δράσης της, προκαλεί περιφερειακή αγγειοδιαστολή και επιπλέον έχει άμεση επίδραση στην αγγειακή αντιδραστικότητα αυξάνοντας την περιφερική ροή αίματος. Έχει δε ευνοϊκή δράση στο μεταβολισμό των οστών και της οστικής μάζας, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα δεδομένα για την πρόληψη των καταγμάτων. Η ανδρογόνος δράση της τιβολόνης μπορεί να έχει διπλό όφελος: αφενός, μπορεί να βοηθήσει την κατάθλιψη και τη λίμπιντο, ενώ, αφετέρου, μπορεί να βελτιώσει ορισμένες παραμέτρους λιπιδίων, όπως την λιποπρωτεΐνη Lp(a) και τα τριγλυκερίδια. Τέλος, αν και τα ευρήματα σχετικά με τον καρκίνο του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου είναι καθυστερημένα, δεν είναι διαθέσιμα οριστικά δεδομένα για τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (προγεσταγονική δράση) (Lello et al., 2023).

3.4 Φυτοοιστρογόνα

Τα φυτοοιστρογόνα είναι μη στεροειδείς φυτικές ενώσεις ικανές να παράγουν οιστρογόνο δράση. Ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: 1) ισοφλαβόνες, 2) λιγνάνες και 3) κουμπεστάνες. Κύρια πηγή φυτοοιστρογόνων είναι η σόγια, αλλά υπάρχουν σε μικρότερες ποσότητες και σε άλλα τρόφιμα, όπως στα δημητριακά, στις φράουλες, στο σκόρδο και στη γλυκόριζα. Αλληλοεπιδρούν με τις ισομορφές ERα και ERβ του πυρηνικού υποδοχέα οιστρογόνου, με αποτελέσματα αγωνιστή και ανταγωνιστή οιστρογόνου. Κύρια ένδειξη τους είναι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα. Φαίνεται επίσης να βελτιώνουν την οστική πυκνότητα και τους δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, υπάρχει ανεπαρκής έρευνα σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Canivenc-Lavier et al., 2023).

Στην Cochrane ανασκόπηση του 2013, όπου συμπεριλήφθηκαν 43 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, έγινε αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας συμπληρωμάτων διατροφής που περιέχουν υψηλά επίπεδα φυτοοιστρογόνων σε σύγκριση με καμία θεραπεία, εικονικό φάρμακο ή ορμονοθεραπεία για τη βελτίωση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Σε μερικές διαπιστώθηκε ότι

οι θεραπείες με φυτοοιστρογόνα μείωσαν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των εξάψεων και νυχτερινών εφιδρώσεων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, αλλά πολλές δοκιμές ήταν μικρές με κίνδυνο μεροληψίας. Επίσης, ένα ισχυρό φαινόμενο εικονικού φαρμάκου σημειώθηκε στις περισσότερες δοκιμές, με μείωση της συχνότητας των εξάψεων από 1% έως 59%. Ωστόσο, δεν υπήρξε οιστρογονική διέγερση του ενδομητρίου ή του κόλπου ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες (Lethaby et al., 2013).

3.5 Βιταμίνες-Βότανα

Αποτελούν μια εναλλακτική λύση για εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ήπια συμπτώματα που θέλουν να αποφύγουν τα ορμονικά σκευάσματα ή έχουν αντένδειξη γι' αυτά (πχ γυναίκες με ιστορικό ορμονοεξαρτώμενου καρκίνου μαστού ή κίνδυνο θρομβώσεων) (North American Menopause Society, 2023).

Συμπληρώματα με ασβέστιο (Ca) και/ή βιταμίνη D είναι σημαντικά στη διαχείριση της οστεοπόρωσης. Συνιστάται ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου 1.200 mg μέσω της τροφής σε συνδυασμό με σκευάσματα ασβεστίου των 600-1000 IU, καθώς και διατήρηση των επιπέδων της βιταμίνης D σε φυσιολογικά επίπεδα (North American Menopause Society, 2006). Επίσης, η βιταμίνη K2 και το μαγνήσιο (Mg) συμβάλουν στη διατήρηση της σκελετικής υγείας, βοηθώντας κυρίως στην αντιμετώπιση της οστεοπενίας, αλλά όχι στην πρόληψη καταγμάτων (Capozzi et al., 2020). Επίσης, διάφορα συμπλέγματα βιταμινών και βοτάνων (με τρυπτοφάνη, νυχτολούλουδο, σαφρόν, σύμπλεγμα βιταμινών B, σιμισιφούγκα-Black cohosh) μπορούν να ανακουφίσουν τα ήπια μετεμμηνοπαυσιακά αγγειοκινητικά συμπτώματα, χωρίς να έχουν ουσιαστικές παρενέργειες (Low Dog, 2005, Palacios et al., 2023). Συστατικά της βιταμίνης E είναι φυτοοιστρογόνα και βοηθούν στις μετεμμηνοπαυσιακές εξάψεις και κολπική ξηρότητα (Feduniw et al., 2022). Τέλος, η μελατονίνη μπορεί να βελτιώσει συμπτώματα όπως την ποιότητα του ύπνου και την διάθεση (Jehan et al., 2017).

3.6 Αλλαγές στο lifestyle- healthy aging προσέγγιση

Όπως αναλύσαμε, η εμμηνόπαυση σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου, καρδιαγγειακών παθήσεων και οστεοπόρωσης. Φαίνεται ότι

η αλλαγή του τρόπου ζωής, ακόμα κι αν δεν εξαλείφει τα συμπτώματα και τις συναφείς ασθένειες, καθυστερεί την ανάπτυξή τους, τα κάνει πιο υποφερτά και ταυτόχρονα διευκολύνει την καθημερινότητα των γυναικών. Σε περίπτωση παχυσαρκίας, η απώλεια μόλις 5 κιλών βελτιώνει την ανεκτικότητα των εξάψεων κατά 30%. Η δε τακτική άσκηση διασφαλίζει τη μεταβολική υγεία και μειώνει τον αριθμό και την ένταση των εξάψεων (Erdélyi et al., 2023). Επίσης, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Εμμηνόπαυση και την Ανδρόπαυση (EMAS) υπογραμμίζει την σημασία του τρόπου ζωής. Υπάρχουν ενδείξεις ότι παράγοντες του τρόπου ζωής όπως η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. (Rees et al., 2022)

Διατροφή

Κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης υπάρχει σημαντική μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού (BMR) έως και 250–300 kcal την ημέρα. Στην περίπτωση ενός αμετάβλητου τρόπου ζωής, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ετήσια αύξηση βάρους 2 κιλών. Παρατηρείται αύξηση κυρίως του σπλαχνικού κοιλιακού λίπους.

Συστήνεται μια μεσογειακού τύπου διατροφή στις 1200 Kcal πλούσια σε βιταμίνες, λαχανικά, φυτικές ίνες, πρωτεΐνες και αποφυγή ακόρεστων λιπαρών. Επίσης, για την απώλεια κιλών συστήνεται η παράλειψη σνακ μεταξύ των γευμάτων, η μείωση του μέγεθος της μερίδας και αποφυγή ζάχαρης, αλατιού και αλκοόλ (Barrea et al., 2021).

Επιπρόσθετα, η ισορροπημένη διατροφή έχει θετική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου κατά την εμμηνόπαυση. Τα τρόφιμα και τα γεύματα που περιέχουν επαρκείς πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπος είναι απαραίτητα για την καλή ποιότητα ύπνου. Σημαντική δεν είναι μόνο η ποσότητα των θρεπτικών συστατικών, αλλά και η ποιότητά τους. Επιστημονικά στοιχεία δείχνουν τον ρόλο των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη ρύθμιση της έκκρισης σεροτονίνης. Συνιστάται η κατανάλωση υδατανθράκων με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, χαμηλό γλυκαιμικό φορτίο και υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες (Sejbuk et al., 2022). Οι τροφές που περιέχουν μελατονίνη μπορούν επίσης να επηρεάσουν άμεσα τον ύπνο. Οι επαρκείς ποσότητες τρυπτοφάνης, ενός προδρόμου της μελατονίνης, έχουν θετική επίδραση στον ύπνο. Έτσι, η διαφορετική περιεκτικότητα των τροφίμων σε τρυπτοφάνη μπορεί να προκαλέσει διακυμάνσεις στα επίπεδα μελατονίνης. Οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία που συμμετέχουν ως συμπαραγόντες στη σύνθεση μελατονίνης είναι τα

ακόλουθα: φολικό οξύ, βιταμίνες B6 και B12, μαγνήσιο και ψευδάργυρος (Meng et al., 2017).

Οι ορμονικές αλλαγές της εμμηνόπαυσης επηρεάζουν επιπρόσθετα και τη δίψα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της πρόσληψης υγρών. Η επαρκής κατανάλωση υγρών είναι εξαιρετικά σημαντική κατά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα όσον αφορά τον κυτταρικό μεταβολισμό, την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών και τη βέλτιστη λειτουργία της ομοιόστασης. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της θερμότητας, στην αποτοξίνωση, στη διατήρηση της καλής λειτουργίας του γαστρεντερικού, στην εφύγρανση των βλεννογόνων, καθώς και στην υγεία του δέρματος. Η συνιστώμενη ποσότητα πρόσληψης υγρών είναι 33 mL/kg/ημέρα, η οποία πρέπει να κατανέμεται ομοιόμορφα κατά τη διάρκεια της ημέρας (Stachenfeld et al., 2014).

Αθληση

Η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση έχουν προταθεί ως εναλλακτικό μέσο για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής και των χρόνιων νοσημάτων των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, ασκώντας προστατευτικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου, καρδιαγγειακών παθήσεων, εγκεφαλικών, υπέρτασης, διαβήτη τύπου 2, παχυσαρκίας, οστεοπόρωσης, γνωστική λειτουργίας και ψυχική υγείας.

Η άθληση μπορεί να βοηθήσει τόσο στην απώλεια κιλών, όσο και στην ενίσχυση της μυϊκής μάζας, μιας και προοδευτικά παρατηρείται μείωση τόσο της μάζας, όσο και της μυϊκής δύναμης. Συνιστάται τουλάχιστον 150 λεπτά αερόβιας δραστηριότητας και 75 λεπτά έντονης δραστηριότητας την εβδομάδα για την ενίσχυση της καρδιαγγειακής υγείας. Επιπλέον, η προπόνηση ενδυνάμωσης και αναερόβια άσκηση θα πρέπει να περιλαμβάνεται για την ενίσχυση των οστών και των μυών, της καύσης λίπους στο σώμα και την αύξηση του μεταβολισμού. Αλλά και η χαμηλής έντασης αερόβια δραστηριότητα, όπως περπάτημα και χορός, βοηθούν στην καλή ψυχική υγεία και διάθεση (Stojanovska et al., 2014). Επίσης, μια πρόσφατη μετανάλυση έδειξε την ευεργετική δράση της Yoga στην συνολική ποιότητα ζωής κατά την εμμηνόπαυση, αλλά και των ασκήσεων πυελικού εδάφους στην αντιμετώπιση της ακράτειας (Nguyen et al., 2020). Ωστόσο, άλλες έδειξαν μικρή ευεργετική επίδραση της Yoga στην αντικειμενική μείωση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις) (Daley et al., 2014).

3.7 Γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση

Πρόκειται για μια τεχνική που εστιάζει σε αλλαγή των γνωστικών αξιολογήσεων και των επιλογών συμπεριφοράς. Μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση, παρακινητικές συνεντεύξεις, χαλάρωση, ταχύτητα αναπνοής και άλλες στρατηγικές για να βελτιωθούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Μελέτες δείχνουν ότι βοηθούν στον τρόπο διαχείρισης των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, αλλά δεν επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης τους. Επίσης, βοηθούν στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης που εμφανίζονται συχνά στην εμμηνόπαυση (Johnson et al., 2019). Εστιάζει ουσιαστικά σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της εμμηνόπαυσης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την επίδραση των ορμονικών αλλαγών, αλλά και τη στάση της γυναίκας, τις προσδοκίες, την απόδοση και εκτίμηση των συμπτωμάτων, την ψυχολογική κατάσταση, το κοινωνικό πλαίσιο και προηγούμενες εμπειρίες. Η απόδοση των συμπτωμάτων εξολοκλήρου στην εμμηνόπαυση είναι σημαντική, αφού, εκτός από τα VMS, άλλα «εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα» μπορεί να προκαλούνται από διαφορετικές αιτίες ή να αλληλεπιδρούν με άλλους παράγοντες (Hunter, 2021).

Ολοκληρώνοντας την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης καταλήγουμε ότι υπάρχουν πολλές επιλογές που πρέπει να επικοινωνούνται στις γυναίκες, να αναλύονται οι δυνατότητες και η αποτελεσματικότητα τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τα στάδια της εμμηνόπαυσης, προκειμένου να υπάρχει μια εξατομικευμένη και στοχευμένη επιλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

4.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ), Quality of life (QOL), ορίζεται ως η αυτοαντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμικού και αξιακού συστήματος στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (WHO, 2012). Αυτό καθιστά την ΠΖ μια υποκειμενική και προσωπική εμπειρία. Η ΠΖ έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Στην "Ηθική Νικομάχεια", ο Αριστοτέλης συνδέει την ευδαιμονία και ευημερία με την έννοια της Ποιότητας Ζωής, αναπαριστώντας την ως "το τέλειο και αυτάρκες αγαθό", που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Στη νεότερη εποχή, στα μέσα του 20^{ου} αιώνα ταυτίστηκε αρχικά περισσότερο με το καλό βιοτικό επίπεδο, την ύπαρξη υλικών αγαθών και ελεύθερου χρόνου και σταδιακά η σύγχρονη κοινωνία άρχισε να προσανατολίζεται από το «ζην» στο «ευ ζην» (Νάκου, 2001).

Η Ποιότητα Ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία και την ικανοποίηση του ατόμου στη ζωή του. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να είναι επιδημιολογικοί (προσδόκιμο επιβίωσης, θνητότητα), βιοϊατρικοί (όπως η υγεία και η πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα), λειτουργικοί (όπως η εργασία και η κοινωνική συμμετοχή), οικονομικοί (όπως η εισόδημα και οι συνθήκες διαβίωσης), περιβαλλοντικοί (φυσικό περιβάλλον, ασφάλεια) και πολιτισμικοί (όπως η εκπαίδευση και ο πολιτισμός). Επίσης, η προσωπική προτίμηση, η αντίληψη και η εμπειρία του κάθε ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ποιότητα της ζωής του, η οποία μπορεί να διαφοροποιείται σε διαφορετικές στιγμές της ζωής του. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης (Barofsky, 2012). Η ΠΖ αξιολογείται με αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες που αφορούν ένα ευρύ φάσμα τομέων ζωής και ατομικές αξίες. Οι Felce & Perry διακρίνουν πέντε διαστάσεις της ΠΖ: την σωματική ευεξία, υλική ευημερία, κοινωνική ευημερία, συναισθηματική-ψυχική υγεία και ανάπτυξη-δραστηριότητα (Felce & Perry, 1995).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον από όλες τις επιστήμες για την ΠΖ, οι οποίες την αξιολογούν από διαφορετική οπτική γωνία και χρησιμοποιούν τους δικούς τους δείκτες μέτρησης της ΠΖ (Μηνασίδου & Κουράκος, 2020).

Στο πλαίσιο των οικονομικών επιστημών, η ποιότητα ζωής αποτιμάται με το εισόδημα και το επίπεδο φτώχειας και εστιάζει στην κατανομή των οικονομικών πόρων. Χρησιμοποιούνται δείκτες όπως το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και το κατά κεφαλή εισόδημα για να μετρηθεί η οικονομική ευημερία ενός κράτους και να γίνουν συγκρίσεις με άλλα κράτη.

Στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας, η ΠΖ αξιολογείται μέσω υγειονομικών δεικτών, όπως η πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Χρησιμοποιούνται δείκτες που αξιολογούν τις λίστες αναμονής, τη νοσηρότητα, τα κόστη θεραπείας, τη χρήση νέων τεχνολογιών.

Στις κοινωνικές επιστήμες, η ΠΖ εκτιμάται βάσει του βιοτικού επιπέδου και των ατομικών αναγκών και επιθυμιών. Χρησιμοποιούνται διάφοροι κοινωνικοί δείκτες που αξιολογούν την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την απασχόληση, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη, τη διάθεση του ελεύθερου χρόνου, το φυσικό περιβάλλον, την προσωπική ασφάλεια (OECD, 2019).

Στις ιατρικές επιστήμες, εξετάζονται οι φυσικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως οι ιατρικές ανάγκες, η νοσηρότητα, η παράταση του χρόνου επιβίωσης.

Στη ψυχολογία, αξιολογούνται οι ψυχικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως η ψυχική ευεξία, η αυτονομία, η αυτοεκτίμηση, η ικανοποίηση, η διαχείριση του άγχους, η ικανότητα προσαρμογής (Οικονόμου και συν., 2001).

4.2 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Σε μια προσπάθεια να περιοριστεί το εύρος της έννοιας ΠΖ ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα και στο επίπεδο της υγείας, γεννήθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) (Health Related Quality of Life-HRQOL). Ουσιαστικά αναφέρεται στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου, καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης από το ίδιο. Υπεισέργεται και εδώ η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την

ασθένεια του και στον τρόπο που αυτό μπορεί να λειτουργήσει στην καθημερινότητα του. Έτσι, εξηγείται γιατί ασθενείς με το ίδιο νόσημα και την ίδια λαμβανόμενη θεραπεία μπορεί να αξιολογούν διαφορετικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η ΣΥΠΖ βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση του δίπτυχου ασθένεια-υγεία, όπου σύμφωνα και με τον νέο ορισμό του ΠΟΥ υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η παραδοσιακή εκτίμηση της καλής υγείας με δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας εμπλουτίζεται με νέους δείκτες που εστιάζουν και περιλαμβάνουν τον ευρύτερο ορισμό της υγείας και της ΠΖ (Υφαντόπουλος, 2007).

Η ΣΥΠΖ είναι ένας σημαντικός δείκτης έκβασης σε χρόνιες και σοβαρές ασθένειες, επειδή οι συμβατικοί δείκτες (όπως φυσιολογικοί και βιοχημικοί) δεν μπορούν να αξιολογήσουν πλήρως την επίδραση της νόσου ή της θεραπείας στους ασθενείς. Έτσι, η αξιολόγηση της HRQoL είναι σημαντική για την παρακολούθηση των ασθενών, την ολιστική τους αντιμετώπιση, την εκτίμηση των επιπτώσεων της ασθένειας σε όλους τους τομείς της ζωής τους και επιπλέον προσφέρει πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας για συνολική αποτίμηση της προσφερόμενης θεραπείας (Ojelabi et al., 2017; Pinguart, 2020; Khajavi et al., 2023).

Η ΣΥΠΖ αξιολογεί ένα σύνολο παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας του ατόμου που αλληλοεπιδρούν και αφορούν τέσσερις βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης υπόστασης (Μηνασίδου & Κουράκος, 2020; Megari, 2013):

Η ψυχική διάσταση: η καλή ψυχολογία, η προσαρμοστική ικανότητα, ο θετικός τρόπος σκέψης, η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης, βοηθούν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις προκλήσεις μιας ασθένειας και να διαχειριστούν καλύτερα τα καθημερινά προβλήματα που δημιουργούνται.

Η κοινωνική διάσταση: εδώ υπάγονται σημαντικές λειτουργίες, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η συνοχή της οικογένειας, η σεξουαλικότητα, η διατήρηση των δραστηριοτήτων, οι οποίες κινδυνεύουν να διαταραχτούν μετά από μια ασθένεια, ιδιαίτερα όταν αυτή προκαλεί κοινωνικό στίγμα.

Η επαγγελματική διάσταση: το άτομο επιτυγχάνει μέσα από την εργασία κοινωνική, προσωπική και οικονομική καταξίωση. Η ασθένεια καθιστά το άτομο ανίκανο να δουλέψει και να συνεισφέρει οικονομικά στην οικογένεια, οδηγώντας το σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη.

Τέλος, η σωματική διάσταση: η καλή φυσική κατάσταση συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί δραστηριότητες σε εργασιακό, κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο και είναι απαραίτητη για να διατηρεί τη λειτουργικότητά του σε όλους αυτούς τους τομείς. Επιπρόσθετα, υπάρχουν και αντικειμενικές σωματικές εκδηλώσεις της ασθένειας που τον επηρεάζουν καταλυτικά, όπως ο πόνος, η κόπωση, η ναυτία.

4.3 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ

Η πολυδιάστατη έννοια της ΠΖ δημιουργεί δυσκολίες στη μέτρηση της και η κάθε επιστήμη την εκτιμά με βάση τη δική της θεωρητική προσέγγιση. Σκοπός είναι η επιλογή των κατάλληλων ερωτηματολογίων που θα βοηθήσουν να μετατρέψουν τις υποκειμενικές αντιλήψεις των ατόμων σε αντικειμενικές και συγκρίσιμες μετρήσεις. Υπάρχουν λοιπόν πολλά σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης που οφείλουν όλα να έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία, ανταποκρισιμότητα, ευκολία στη χρήση και δυνατότητα εφαρμογής σε διαφορετικούς πολιτισμούς και πληθυσμούς (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001; Schneider et al., 2008).

Τα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ διακρίνονται σε (Υφαντόπουλος, 2007):

α) Ειδικά: πρόκειται για ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για μια ασθένεια που μετρούν την επίδραση της συγκεκριμένης ασθένειας σε συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Για παράδειγμα, Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) για την αξιολόγηση ασθενών με αρθρίτιδα, το Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) για το άσθμα, EORTC QLQ Core Questionnaire (EORTC QLQ-C30) για ασθενείς με καρκίνο.

β) Γενικά: αξιολογούν το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις της ΠΖ, όπως σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, αντιλήψεις γενικής υγείας. Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται μερικά από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια γενικής χρήσης (Πίνακας 3).

Τα τελευταία χρόνια προκειμένου να αξιολογηθεί η χρησιμότητα μια παρέμβασης και να γίνει οικονομική αξιολόγηση με βάση το κόστος-όφελος, χρησιμοποιούνται τα **Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής (quality adjusted life years-QALYs)**. Έχει βρει μεγάλη εφαρμογή στα Οικονομικά της Υγείας και υπάρχουν ειδικοί πίνακες κόστους της κάθε ιατρικής παρέμβασης ανά QALYs (Robinson, 1993; Drummond et al., 2002).

Το βρετανικό Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE) έχει ορίσει ως cost-effective όριο για την υιοθέτηση κάποιας νέας ιατρικής παρέμβασης το όριο των 30.000 ευρώ ανά QALY (McCabe et al., 2008).

Πίνακας 3. Εργαλεία γενικής χρήσης για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

Ερωτηματολόγιο	Περίληψη των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων
EuroQol (EQ-5D)	Περιλαμβάνει 5 διαστάσεις: Κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινές δραστηριότητες, πόνο/κακουχία, άγχος/κατάθλιψη Τρία επίπεδα σε κάθε διάσταση: Κανένα πρόβλημα, κάποιο πρόβλημα, σημαντικό πρόβλημα Οι ερωτήσεις είναι εύκολες στην απάντησή τους Όχι μεγάλη ευαισθησία
15-D	Περιλαμβάνει 15 διαστάσεις: Κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφοδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία, κατάθλιψη, stress, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα Κάθε διάσταση αξιολογείται σε 5 επίπεδα Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με μήτρες, στις οποίες έχουν απαντήσει 70 άτομα διαφορετικής προέλευσης Η διάρκεια απάντησης του ερωτηματολογίου είναι μέτρια
Nottingham health profile (NHP)	Το μέρος 1 περιλαμβάνει 36 καταστάσεις υγείας σε 6 διαστάσεις: Ενέργεια, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, φυσική κινητικότητα Το μέρος 2 εξετάζει 7 περιοχές, οι οποίες επηρεάζονται από την υγεία: Φροντίδα σπιτιού, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες, διακοπές Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν απαντήσεις τύπου «Ναι» ή «Όχι» Χρησιμοποιούνται ευρέως Έχουν πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα Παρουσιάζουν περιορισμένη ευαισθησία
Short form 36	Τριάντα έξι ερωτήσεις που αφορούν σε 8 διαστάσεις: Φυσική λειτουργία, σωματικός πόνος, υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, διανοητική υγεία, φυσική και συναισθηματική υγεία Προσφέρει 8 διαστάσεις, που μπορούν να σωρευτούν σε 2 ομάδες Αξιόπιστο και γρήγορο (10 min), μπορεί να πραγματοποιηθεί με συνέντευξη, τηλεφωνικά ή να σταλεί με το ταχυδρομείο Διακρίνεται από εγκυρότητα και ευαισθησία
Short form 12 (SF-12)	Σύντομη έκδοχή του SF-12 Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και συνδυάζει δύο διαστάσεις της φυσικής και της διανοητικής υγείας Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί πολύ (2 min)
Sickness impact profile (SIP)	Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις σε 12 κατηγορίες: 5 σχετιζόμενες με την ανεξαρτησία, 3 με τη φυσική δραστηριότητα και 4 με τις ψυχολογικές διακυμάνσεις Πραγματοποιείται από το τηλέφωνο ή μέσω ταχυδρομείου Είναι αρκετά χρονοβόρο

Πηγή: Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Συμπλ. 1): 6-18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. ΣΥΠΖ και Εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση, αν και αποτελεί ένα φυσιολογικό βιολογικό φαινόμενο, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη ΣΥΠΖ πολλών γυναικών λόγω των σημαντικών σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών που προκαλεί και να έχει αντίκτυπο σε όλους τους τομείς, στην κοινωνία, στην οικογένεια και στον εργασιακό χώρο (Monteleone et al., 2018). Ωστόσο, η ΠΖ επηρεάζεται και από πολλούς πρόσθετους, μη εμμηνόπαυσιακούς-ορμονικούς παράγοντες. Τόσο τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την εμμηνόπαυση, όσο και συγκεκριμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να αποτελέσουν προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (Schneider & Birkhäuser, 2017).

5.1 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης και ΣΥΠΖ

Τα κύρια συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που ταλαιπωρούν περισσότερο τις γυναίκες και είναι η κύρια αιτία να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας είναι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (VMS). Ο αντίκτυπος του VMS στην ποιότητα ζωής των ατόμων (QOL) μπορεί να είναι σημαντικός. Ο τρόπος επίδρασης τους εξαρτάται από την σοβαρότητα και την συχνότητα των συμπτωμάτων. Επίσης σημαντικό είναι και το στάδιο της εμμηνόπαυσης. Πιο έντονα είναι τα συμπτώματα κατά την μεταβατική φάση και τα πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης, ενώ μετέπειτα επέρχεται μια ορμονική σταθερότητα (da Silva et al., 2013; Medeiros Capistrano et al., 2015; Avis et al., 2018).

Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες γύρω από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και τον αντίκτυπο τους στην ΠΖ. Οι γυναίκες με μέτριο έως σοβαρό VMS μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα ύπνου, κόπωση, άγχος και κατάθλιψη, που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα εργασίας, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων (Utian 2005; Whiteley et al., 2013). Οι Williams et al, σε έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ σε 2.700 γυναίκες, έδειξαν ότι οι εξάψεις επηρέασαν την εργασία (46,0%), τις κοινωνικές δραστηριότητες (44,4%), τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (47,6%), τον ύπνο (82,0%), τη διάθεση (68,6%), τη

συγκέντρωση (69,0%), τη σεξουαλική δραστηριότητα (40,9%), το επίπεδο ενέργειας (63,3%) και τη συνολική ποιότητα ζωής (69,3%) (Williams et al., 2009). Επίσης, στην κλασική προοπτική μελέτη SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 3.302 εμμηνοπαυσιακών γυναικών στις ΗΠΑ με follow-up 10 έτη, διαπίστωσαν ότι η αρνητική συσχέτιση μεταξύ VMS και ΠΖ είναι ισχυρότερη σε αυτές με πιο συχνά και σοβαρά VMS, τα οποία οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αρνητική ψυχολογική διάθεση και προβλήματα ύπνου (Thurston & Joffe, 2011). Σε μια πρόσφατη παγκόσμια, συγχρονική μελέτη με τελικό δείγμα 3.460 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία, τα πιο κοινά συμπτώματα εμμηνόπαυσης που αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο MENQOL ήταν αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, πόνος στους μύες και τις αρθρώσεις, δυσκολία στον ύπνο και εξάψεις, ενώ το πιο ενοχλητικό σύμπτωμα ήταν η αύξηση βάρους. Οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις είχαν μεγαλύτερο αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες παρά στις εργασιακές δραστηριότητες (Nappi et al., 2021). Αντίθετα, σε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης, που μελετήθηκε η χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης και η απώλεια εργατοωρών που σχετίζονται με τα μη θεραπευμένα VMS, διαπιστώθηκε μια συνολική επιβάρυνση του συνολικού κόστους υγείας (άμεσο και έμμεσο) των γυναικών αυτών (Sarrel et al., 2015).

Στον ελληνικό πληθυσμό οι Giannouli et al σε μελέτη σε 1140 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, 45-65 ετών, με τη χρήση του ερωτηματολογίου ΠΖ UTIAN και την κλιμακτηριακή κλίμακα Greene για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, έδειξε ότι η εμμηνόπαυση ως γεγονός ζωής (per se) δεν είχε επίδραση στην ΠΖ των Ελληνίδων μέσης ηλικίας. Όμως, η παρουσία και η ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων είχε αρνητικό αντίκτυπο σε όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής (Giannouli et al., 2012).

Επίσης, τα συμπτώματα αϋπνίας και η δυσκολία στην επέλευση του ύπνου, που εμφανίζονται κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, προκαλώντας υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, μείωση της επαγγελματικής απόδοσης, γνωστική δυσλειτουργία, διαταραχές διάθεσης (Baker et al., 2018). Πολλές συγχρονικές μελέτες έχουν συσχετίσει τα αγγειοκινητικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης με κακή ποιότητα ύπνου (Kim et al., 2018). Σε μια τυχαιοποιημένη, διπλή-τυφλή, κλινική δοκιμή διάρκειας 12 εβδομάδων χρησιμοποίησαν σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες φάρμακο συζευγμένου οιστρογόνου-προγεστερόνης για τη

θεραπεία των VMS, προσπαθώντας να διερευνήσουν την σχέση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (VMS) με την ποιότητα ζωής της εμμηνόπαυσης (Menopause-specific quality of life- MSQOL) και τις παραμέτρους ύπνου και να προβλέψουν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα και η σοβαρότητα των VMS έχουν μια περίπου γραμμική σχέση με το MSQOL και τις παραμέτρους ύπνου – προβλέποντας ότι οι βελτιώσεις στα VMS μέσω φαρμακευτικής θεραπείας με ΘΟΥ, μπορούν να βελτιώσουν την MSQOL και τον ύπνο (Pinkerton et al., 2016). Ωστόσο, υπάρχουν και πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες, όπως κατάθλιψη-άγχος, που μπορεί να επηρεάσουν τον ύπνο. Σε μια συστηματική ανασκόπηση οι Morssinkhof et al έδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου και συμπτώματα κατάθλιψης σε περιόδους που αλλάζουν οι ορμόνες του φύλου, όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση. Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάθλιψη παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου, αλλά η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης είναι δύσκολο να διευκρινιστεί, δεδομένου ότι οι διαταραχές ύπνου λόγω των VMS μπορούν οι ίδιες να προκαλέσουν κατάθλιψη (Morssinkhof et al., 2020).

Επίσης, πολύ σημαντικό αντίκτυπο στην ΠΖ έχει η σεξουαλική δυσλειτουργία που οφείλεται στην κολπική ξηρότητα, στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και το ουρογεννητικό σύνδρομο που προκαλεί η εμμηνόπαυση (Nappi & Lachowsky, 2009). Σύμφωνα με τη διεθνή έρευνα, VIVA, που διεξήχθη για τη μελέτη της κολπικής ατροφίας, το 75% αυτών των γυναικών ανέφεραν ότι αυτά τα συμπτώματα επηρέασαν αρνητικά τη ζωή τους (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012). Τα συμπτώματα αυτά συνεχίζουν να ταλαιπωρούν τις γυναίκες, ακόμα και όταν επέρθει η ορμονική σταθερότητα και ηρεμήσουν τα αγγειοκινητικά. Στη μελέτη STRIDE (Do stage transitions result in detectable effects?), όπου 732 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρακολούθηθηκαν σε βάθος 5ετίας, διαπιστώθηκε ότι συνεχίζεται η αρνητική επίδραση στην ΠΖ και στην περίοδο της όψιμης εμμηνόπαυσης, απλά αφορά άλλους τομείς και διαστάσεις της ΠΖ, όπως η σεξουαλική υγεία (Hess et al., 2012). Φαίνεται ωστόσο ότι υπάρχει κοινωνικό στίγμα γύρω από τις γυναίκες και τη σεξουαλικότητά τους, που οδηγεί είτε σε αμηχανία για τη συζήτηση αυτών των θεμάτων είτε σε ελλιπή γνώση για καταστάσεις όπως το GSM, το οποίο επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική τους υγεία. Το GSM, η σεξουαλική δυσλειτουργία και η ποιότητα ζωής συνδέονται στενά μεταξύ τους (Wasnik et al., 2023). Διάφορες έρευνες έχουν εξετάσει αυτή τη σχέση, όπως η ισπανική μελέτη GENISSE, που είχε ως στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό και την επίδραση

του GSM στην ποιότητα ζωής. Η GENISSE έδειξε ότι το GSM είχε μέτρια επίπτωση στην ποιότητα ζωής, κυρίως στη σεξουαλική λειτουργία, την αυτοαντίληψη και την εικόνα του σώματος (Moral et al., 2018). Σε μια άλλη πολυκεντρική έρευνα, την CLOSER, όπου συμμετείχαν 4.100 ζευγάρια, διαπιστώθηκε ότι η κολπική ατροφία λόγω GSM επηρέασε αρνητικά τις σχέσεις σε περίπου 58% των γυναικών (Nappi et al., 2013). Το GSM είναι δυστυχώς συχνά υποδιαγνωσμένο και υποθεραπευμένο. Στη μελέτη REVIVE με 3.046 συμμετέχοντες, βρέθηκε ότι το GSM επηρέασε τον ύπνο στο 24% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και τη σεξουαλική λειτουργία στο 59%. Λίγες γυναίκες ωστόσο απέδωσαν τα συμπτώματα στην εμμηνόπαυση (24%) ή στις ορμονικές αλλαγές (12%). Από όλους τους συμμετέχοντες, το 56% είχε συζητήσει ποτέ τα συμπτώματα VVA (Vulvar and vaginal atrophy) με έναν επαγγελματία υγείας. Το 40% χρησιμοποίησε τοπικές θεραπείες ειδικές για VVA, συγκεκριμένα το 29% κολπικά προϊόντα χωρίς ιατρική συνταγή-OTC και το 11% κολπικές συνταγογραφούμενες θεραπείες. Από αυτές που είχαν συζητήσει τα συμπτώματα με έναν επαγγελματία υγείας, το 62% χρησιμοποίησε τελικά προϊόντα OTC. Ωστόσο, η ανεπαρκής ανακούφιση των συμπτωμάτων και η δυσκολία εφαρμογής αναφέρθηκαν ως κύριοι περιορισμοί των OTC προϊόντων, ενώ οι ανησυχίες σχετικά με τις παρενέργειες και τον κίνδυνο καρκίνου ήταν η αιτία της περιορισμένης χρήσης τοπικών κολπικών συνταγογραφούμενων θεραπειών (Kingsberg et al., 2013). Επίσης, η εμμηνόπαυση σηματοδοτείται από αλλαγές στην εμφάνιση και λειτουργικότητα των γυναικών, όπως αύξηση βάρους, διαταραχές ύπνου, κολπική ξηρότητα, διαταραχές διάθεσης (άγχος-κατάθλιψη) και σημάδια γήρανσης που μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο μια γυναίκα αισθάνεται το σώμα της (body image), επηρεάζοντας την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση της, με αρνητικό αντίκτυπο στην σεξουαλική της λειτουργία, σεξουαλική ανταπόκριση και επιθυμία (Afshari et al., 2016). Επίσης, δεδομένα από την μελέτη SWAN έδειξαν ότι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αρνητική εικόνα σώματος, που αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως «μη ελκυστικό» ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν και καταθλιπτικά συμπτώματα (Jackson et al., 2014). Σε μια συγκριτική μελέτη γυναικών σε διαφορετική εμμηνοπαυσιακή φάση (προεμμηνόπαυση, περιεμμηνόπαυση, μετεμμηνόπαυση) φάνηκε ότι η αρνητική εικόνα σώματος και η μειωμένη αυτοεκτίμηση ήταν εντονότερες στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ βελτιώθηκαν μετεμμηνοπαυσιακά. Αυτό υποδηλώνει ότι η μετάβαση στην εμμηνόπαυση συμβαίνει σε μια περίοδο που οι αλλαγές στο σώμα δεν συμβαδίζουν με το κοινωνικά αποδεκτό πρότυπο ομορφιάς, ενώ φαίνεται να γίνονται πιο αποδεκτές στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Η σεξουαλική ωστόσο λειτουργία και ικανοποίηση παρουσίασαν μια εξίσου σημαντική πτώση στην περιεμμηνοπαυσιακή, αλλά και

μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο (Séjourné et al., 2019). Αυτή η σταδιακή έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας έχει φανεί και στη διαχρονική μελέτη SWAN, παρατηρούμενη με πιο έντονο ρυθμό στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο και συνεχίζοντας με πιο αργό ρυθμό μετεμμηνοπαυσιακά (Avis et al., 2017). Υπάρχουν ωστόσο και μη ορμονικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα της γυναίκας, όπως η γενική κατάσταση υγείας, η λήψη φαρμάκων, η σχέση με τον σύντροφο, η υγεία ή/και τα σεξουαλικά προβλήματα του συντρόφου, η μη ύπαρξη συντρόφου (λόγω χηρείας ή διαζυγίου) και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Graziottin & Leiblum, 2005).

Η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση έχει εξελιχθεί σε σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα, που επηρεάζει σοβαρά την ΣΥΠΖ, ειδικά όταν προκαλεί οστεοπορωτικά κατάγματα (Gao & Zhao, 2023). Σε πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τις Κλινικές και Οικονομικές Πτυχές της Οστεοπόρωσης (ESCEO), η συνολική επιβάρυνση για την υγεία, μετρούμενη ως χαμένα έτη ζωής προσαρμοσμένης ποιότητας (QALYs), υπολογίστηκε σε 1.180.000 QALY για την ΕΕ. Χάθηκαν δύο φορές περισσότερα QALY στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Στην Ευρώπη, η οστεοπόρωση ευθύνεται για περισσότερα χαμένα λόγω αναπηρίας χρόνια ζωής (Disability-adjusted life years-DALYs) από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το εγκεφαλικό επεισόδιο ή τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Όσον αφορά τα νεοπλασματικά νοσήματα, η επιβάρυνση της οστεοπόρωσης ήταν μεγαλύτερη από ό,τι ο καρκίνος, με εξαίρεση τον καρκίνο του πνεύμονα. Το κόστος της οστεοπόρωσης, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακολογικής παρέμβασης στην ΕΕ το 2010, υπολογίστηκε σε 37 δισεκατομμύρια ευρώ. Το κόστος της θεραπείας των περιστατικών καταγμάτων αντιπροσώπευε το 66% αυτού του κόστους, η φαρμακολογική πρόληψη το 5% και η μακροχρόνια φροντίδα κατάγματος το 29%. Τα συνολικά κατάγματα εκτιμάται ότι θα αυξηθούν στην Ευρώπη από 2,7 εκατομμύρια το 2017 σε 3,3 εκατομμύρια το 2030, αύξηση 23%, με αντίστοιχη αύξηση του σχετιζόμενου με τα κατάγματα ετήσιου κόστους κατά 27% (Kanis et al., 2019; Borgström et al., 2020).

5.2 Κοινωνικοδημογραφικοί-Ψυχολογικοί παράγοντες και ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση

Αν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είχαν μόνο βιολογική βάση οφειλόμενα στην έλλειψη των ωοθηκικών ορμονών, θα υπήρχε ένα καθολικό σύνδρομο που θα

εμφανίζονταν σε όλους τους πολιτισμούς και στις περισσότερες γυναίκες, αλλά αυτό δεν υποστηρίζεται βιβλιογραφικά. Υπάρχουν διαφορές στον επιπολασμό των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης διαπολιτισμικά, αλλά και μεταξύ των γυναικών της ίδιας φυλής, γεγονός που καταδεικνύει τον τρόπο που εθνικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικοί, δημογραφικοί, ψυχολογικοί αλλά και ατομικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο αντίδρασης και βίωσης των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, άρα και της ΠΖ (Greenblum et al., 2013).

Σε πρόσφατη συγχρονική μελέτη με δείγμα 3.460 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών από Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός του μέτριου έως σοβαρού VMS ήταν 40%, 34% και 16% σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία, αντίστοιχα. Ένα μεγάλο δε ποσοστό αυτών ήταν αντίθετο στη λήψη ΘΟΥ, κυρίως στην Ιαπωνία (Ευρώπη 56%, ΗΠΑ 54%, Ιαπωνία 79%) (Nappi et al., 2021). Ένας αριθμός προηγούμενων μελετών έχει αναφέρει παρόμοια χαμηλή συχνότητα εμφάνισης VMS στις Γιαπωνέζες γυναίκες (Melby, 2005). Παρόμοια αποτελέσματά έδειξε και η μελέτη SWAN των ΗΠΑ που περιελάμβανε γυναίκες Λευκής, Ιαπωνικής, Αφροαμερικανικής, Κινέζικης και Ισπανικής καταγωγής, όπου οι Γιαπωνέζες ανέφεραν τα λιγότερα VMS, ενώ οι Αφροαμερικάνες τα περισσότερα (Gold et al., 2006; Thurston et al., 2008). Ωστόσο, υπήρχαν διακυμάνσεις στα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από Γιαπωνέζες που ζούσαν στις ΗΠΑ και εκείνες που ζούσαν στην Ιαπωνία, αναδεικνύοντας πως ο δυτικός τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει την κουλτούρα (Anderson et al., 2004). Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ιαπωνία η εμμηνόπαυση ονομάζεται *Konenki* και θεωρείται εποχή ανανέωσης και αναγέννησης, ενώ ο αντίστοιχος αραβικός όρος σημαίνει «απελπισμένη ηλικία» ή «απειλή για τη γυναικεία ταυτότητα» επειδή σηματοδοτεί το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας και της γυναικείας ελκυστικότητας (Ayranci et al., 2010; Yazdkhasti et al., 2019). Αλλά και στις Δυτικές κοινωνίες η εμμηνόπαυση και η γήρανση εξακολουθούν να είναι ταμπού και να συνδέονται με αρνητικές έννοιες. Η ιαπωνική λέξη *konenki* προσφέρει μια αναζωογονητική και ενδυναμωτική οπτική για την εμμηνόπαυση. Οι Γιαπωνέζες, αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση όχι ως το τέλος μιας εποχής, αλλά ως μια νέα αρχή, μια ευκαιρία για ανανέωση και αυτο-ανακάλυψη. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει την εκτίμηση της σοφίας και των εμπειριών που έχει αποκτήσει κανείς μέχρι σήμερα, καθώς και την αναζήτηση νέων ευκαιριών και σκοπών που θα την ενδυναμώσουν (Lock, 1995).

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης VMS. Δεδομένα από την μελέτη SWAN έδειξαν ότι γυναίκες που βρίσκονταν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν VMS σε σχέση με τις αντίστοιχες με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση. Οι λόγοι για τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και VMS, δεν είναι απόλυτα κατανοητοί. Μια πιθανή σύνδεση είναι ότι η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση σχετίζεται με το κάπνισμα, τον υψηλότερο ΔΜΣ, το υψηλότερο αντιληπτό άγχος και το υψηλότερο αρνητικό συναίσθημα, και συγκεντρώνεται σε ορισμένες μειονοτικές φυλετικές/εθνικές ομάδες (Thurston & Joffe, 2011). Η ύπαρξη των VMS έχει φανεί σε πολλές μελέτες ότι έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ (Dennerstein et al., 1994). Παρόλ αυτά, δεν πρέπει να γίνεται άμεση συσχέτιση των VMS με την ΠΖ, γιατί υπάρχουν γυναίκες με ενοχλητικά κλιμακτηριακά συμπτώματα τα οποία ωστόσο δεν επιδρούν αρνητικά στην καθολική ΠΖ τους, όπως έδειξαν οι Avis et al με δεδομένα από την πολυεθνική μελέτη SWAN, σε δείγμα 13.874 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ο έγγαμος βίος, το αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, το άγχος, η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και οι στάσεις απέναντι στη γήρανση και την εμμηνόπαυση επηρέασαν με διαφορετικό τρόπο την ΠΖ, ανάλογα με την φυλή που ανήκαν οι γυναίκες. Έτσι λοιπόν, ενώ το αυτοαντιλαμβανόμενο άγχος συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με την καθολική ΠΖ σε όλες τις φυλετικές/εθνικές ομάδες, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με την ΠΖ στις Κινέζες και Γιαπωνέζες και αρνητικά στις Αφροαμερικάνες και Καυκάσιες. Αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να αντανakλά υψηλότερες προσδοκίες μεταξύ των υψηλότερα μορφωμένων Καυκάσιων και Αφροαμερικανών γυναικών. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη και ο έγγαμος βίος φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ΠΖ μεταξύ των Κινέζων γυναικών και μικρότερη μεταξύ των ισπανόφωνων γυναικών. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εξηγείται από την υψηλή θέση που έχει η οικογένεια και ο γάμος σ' αυτόν τον πολιτισμό. Όσον αφορά την επίδραση του σταδίου της εμμηνόπαυσης, οι πρώιμες περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στην αρχική μη προσαρμοσμένη στατιστική ανάλυση, αλλά στις τελικές προσαρμοσμένες αναλύσεις φάνηκε ότι το εμμηνόπαυσιακό στάδιο δεν σχετιζόταν με την ποιότητα ζωής. Αυτή η διαφορά εξηγήθηκε σε μεγάλο βαθμό από το αντιληπτό άγχος, το οποίο ήταν υψηλότερο μεταξύ

των πρώιμων περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών (Avis et al., 2004). Ανάλογα ευρήματα μη επίδρασης του σταδίου της εμμηνόπαυσης στην ΠΖ βρήκαν οι Dennerstein et al σε δείγμα 2.000 μετεμμηνοπαυσιακών Αυστραλών γυναικών (Dennerstein et al., 1994). Ωστόσο, σε μια ελληνική συγχρονική μελέτη παρατήρησης με δείγμα 1025 γυναίκες, όπου αξιολογήθηκαν ορμονολογικοί και δημογραφικοί παράγοντες, βρέθηκε ότι σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την σοβαρότητα των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων ήταν το στάδιο της εμμηνόπαυσης (συγκεκριμένα η μετάβαση στην εμμηνόπαυση ή τα πρώτα μετεμμηνοπαυσιακά χρόνια), καθώς και επίπεδα των ενδογενών οιστρογόνων, χωρίς ωστόσο να γίνει συσχέτιση με την ΠΖ (Grigoriou et al., 2013).

Σε άλλη μελέτη στις ΗΠΑ σε δείγμα 2703 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών 40-65 ετών, καλύτερη ΠΖ, όπως αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο MENQOL, παρουσίασαν οι μεγαλύτερες γυναίκες 60-65 έτη, οι μη-καπνίστριες, με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, με χαμηλό ΔΜΣ και αυτές που ασκούσαν (Williams et al., 2009). Σε συγχρονική μελέτη στην Κίνα με δείγμα 1501 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε με καλύτερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ΠΖ WHOQOL (Huang et al., 2020). Σε μια άλλη μελέτη στην Κίνα με δείγμα 1351 άτομα, παρουσίασαν χειρότερη ΣΥΠΖ οι γυναίκες με χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο, απουσία σωματικής άσκησης, καπνίστριες και με ιστορικό χρόνιου νοσήματος (Liu et al., 2014). Σε δύο συγχρονικές μελέτες από Βραζιλία βρέθηκε ότι τα σοβαρά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν πιο πιθανά σε γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, με κακή αυτό-εκτιμώμενη (self-perceived) υγεία, καπνίστριες, άνεργες ή νοικοκυρές και στη μεταβατική φάση της εμμηνόπαυσης (da Silva et al., 2013; Medeiros Capistrano et al., 2015). Επίσης, μια μελέτη από το Ιράν σε δείγμα 675 γυναικών, έδειξε ότι καλύτερη ΠΖ είχαν γυναίκες σε μετεμμηνοπαυσιακό στάδιο 5 ετών και άνω, οι έγγαμες, οι κατέχουσες πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι εργαζόμενες, αυτές με χαμηλό ΔΜΣ και με αθλητική δραστηριότητα. Το γεγονός ότι οι ηλικίες 60-65 ετών παρουσίασαν καλύτερη ΠΖ, δείχνει ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες μαθαίνουν με τον χρόνο και μέσα από προσαρμογές στον τρόπο ζωής τους να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Mirhaghjou et al., 2016).

Στον ελληνικό πληθυσμό οι Giannouli et al σε συγχρονική μελέτη με δείγμα 1140 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, έδειξαν ότι η ΠΖ σχετίζονταν θετικά με τον έγγαμο βίο,

το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, το φυσιολογικό ΔΜΣ, την σωματική άσκηση και την καλή οικονομική κατάσταση και αρνητικά με την παρουσία και ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Επίσης, οι γυναίκες με καλύτερη ΠΖ ήταν πιο συνειδητοποιημένες σε θέματα υγείας-πρόληψης και πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν τους φορείς της δημόσιας υγείας (Giannouli et al., 2012). Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν και οι Koundi et al, σε δείγμα 216 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, όπου καλύτερη ΠΖ παρουσίασαν οι έγγαμες, αυτές με παιδιά και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Koundi et al., 2006). Σε μια πιο πρόσφατη συγχρονική μελέτη όπου μελετήθηκαν παράγοντες που επηρεάζουν τα VMS, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενες γυναίκες, οι έγγαμες και οι γυναίκες πανεπιστημιακού μορφωτικού επιπέδου παρουσίασαν λιγότερο έντονα VMS και τα αντιμετωπίζουν καλύτερα (Augoulea et al., 2019).

Επίσης, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των VMS με αντίστοιχο αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ είναι οι συμπεριφορές υγείας και ο τρόπος ζωής, όπως η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα. Ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για το VMS είναι η παχυσαρκία. Για πολλά χρόνια, η παχυσαρκία θεωρούνταν προστατευτική έναντι του VMS επειδή τα ανδρογόνα αρωματίζονται σε οιστρογόνα στο σωματικό λίπος. Οι γυναίκες με περισσότερο λιπώδη ιστό αναμενόταν να έχουν χαμηλότερο κίνδυνο για VMS λόγω των υψηλότερων επιπέδων οιστρογόνων. Ένα σημαντικό ωστόσο εύρημα από το SWAN και άλλες μεγάλες μελέτες παρατήρησης είναι ότι η παχυσαρκία μπορεί να είναι τελικά παράγοντας κινδύνου, και όχι προστατευτικό χαρακτηριστικό, για το VMS κατά την περιεμμηνόπαυση και την πρόιμη μετεμμηνόπαυση. Τα ευρήματα θετικών συσχετισμών μεταξύ ΔΜΣ και VMS πιθανολογούν την ύπαρξη ενός θερμορυθμιστικού μοντέλου για το VMS, στο οποίο ο λιπώδης ιστός δρα ως μονωτής, αποτρέποντας τη δράση απαγωγής θερμότητας του VMS, αυξάνοντας έτσι την εμφάνιση ή τη σοβαρότητά τους (Thurston & Joffe, 2011). Ο αυξημένος ΔΜΣ έχει συσχετιστεί με κακή ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση, όπως αναφέρθηκε σε πολλές από τις παραπάνω μελέτες (Williams et al., 2009; Giannouli et al., 2012; Mirhaghjou et al., 2016). Οι Castelo-Branco et al, σε μια μελέτη για την επίδραση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών στην ΠΖ, έδειξαν ότι γυναίκες με αυξημένο ΔΜΣ και κοιλιακή παχυσαρκία παρουσίασαν χειρότερη γενική QOL και συμπτώματα εμμηνόπαυσης (Castelo-Branco et al., 2009). Επίσης, μία από τις πιο σταθερά παρατηρούμενες συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με το VMS είναι το κάπνισμα. Στη μελέτη SWAN, κατά τη διάρκεια έξι ετών παρακολούθησης, οι καπνιστές είχαν πάνω από 60%

αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν VMS σε σχέση με μη καπνιστές (Avis et al., 2018). Επίσης, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να έχει διπλούς ρόλους σε σχέση με το VMS, επηρεάζοντας θετικά παράγοντες όπως η διάθεση και το σωματικό βάρος (Gold et al., 2006). Σε μια πληθυσμιακή μελέτη 6917 μετεμμηνοπαυσιακών Σουηδών γυναικών φάνηκε ότι η χειρότερη ΠΖ συσχετίστηκε με την ανεργία, την απουσία άσκησης, τον άγαμο βίο, τον υψηλό ΔΜΣ, το ιστορικό καρκίνου και βαριές συνήθειες καπνίσματος ($> \dot{\eta} = 15$ τσιγάρα/ημέρα) (Li et al., 2005).

Επίσης, η υποστήριξη που λαμβάνει η μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα είτε από τον κοινωνικό περίγυρο είτε από την οικογένεια και τον σύζυγο μπορεί να επηρεάσει θετικά την ΣΥΠΖ της. Οι Mirhaghjou et al σε πληθυσμιακή μελέτη σε 675 Περσίδες γυναίκες έδειξαν ότι το μορφωτικό επίπεδο του συζύγου ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας της καλής ΠΖ, ειδικά σε ψυχοκοινωνικούς και σωματικούς τομείς. Φαίνεται ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του συζύγου έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη αντίληψη των συμπτωμάτων των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και επιπτώσεων στην υγεία τους (Mirhaghjou et al., 2016). Σε μια άλλη συγχρονική μελέτη από την Τουρκία με 886 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έδειξε ότι η κακή σχέση εντός γάμου σχετίζονταν με κακή ΠΖ (Karaçam & Seker, 2007). Επίσης, σε δείγμα 334 γυναικών που συμμετείχαν στην Seattle Midlife Women's Health Study που αξιολογήθηκαν προοπτικά από το 1997 ως το 2005, φάνηκε ότι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ΠΖ ήταν η κοινωνική υποστήριξη, η χρήση των προσωπικών πόρων για αυτοδιαχείριση και ο αριθμός αρνητικών γεγονότων της ζωής, παρά η ίδια η μετάβαση στην εμμηνόπαυση (menopausal transition-MT). Εξάλλου η MT συμπίπτει και με άλλες σημαντικές μεταβάσεις ζωής, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στην οικογενειακή κατάσταση, στους γονικούς ρόλους, στην εργασία, οι οποίες μπορεί να παίζουν τουλάχιστον εξίσου σημαντικό ρόλο στην ευημερία και ΠΖ των εμμηνοπαυσιακών γυναικών με τις ορμονικές αλλαγές (Smith-DiJulio et al., 2008). Σε μια άλλη διαχρονική μελέτη παρατήρησης στην Αυστραλία, The Melbourne Women's Midlife Health Project, με παρακολούθηση επί 8 έτη 438 γυναικών, φάνηκε ότι η ΠΖ και η ευημερία επηρεάζονται σημαντικά από τις αλλαγές στην οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή ικανοποίηση, τις καθημερινές ταλαιπωρίες και τα γεγονότα της ζωής, ενώ βελτιώνεται καθώς οι γυναίκες εισέρχονται στα τελευταία στάδια της εμμηνοπαυσιακής μετάβασης (Dennerstein et al., 2002)

Επίσης, η αρνητική διάθεση (mood) έχει συσχετιστεί σταθερά με το VMS σε πολλές έρευνες. Στη μελέτη SWAN (N=3302), υψηλότερα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αντιληπτού στρες κατά την είσοδο στη μελέτη έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης VMS τα επόμενα έξι χρόνια. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι το αρνητικό συναίσθημα μπορεί να επηρεάσει την αναφορά κλιμακτηριακών συμπτωμάτων (Gold et al., 2006). Στην ίδια μελέτη SWAN, οι Avis et al έδειξαν ότι η μετάβαση στην εμμηνόπαυση (MT) per se είχε μικρή επίδραση στην ΣΥΠΖ (στη σωματική διάσταση και λειτουργικότητα), ενώ έπαιξαν σημαντικότερο ρόλο άλλες μεταβλητές που σχετίζονται σημαντικά με την ΠΖ σε όλες τις διαστάσεις, όπως κλιμακτηριακά συμπτώματα (αγγειοκινητικά, ακράτεια ούρων, προβλήματα ύπνου), άλλες χρόνιες καταστάσεις υγείας (όπως αρθρίτιδα), καταθλιπτική διάθεση, αντιληπτό στρες και στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Avis et al., 2009). Επίσης, οι Karaçam & Seker σε μελέτη στην Τουρκία συσχέτισαν την κακή ΠΖ σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με άλλα προβλήματα υγείας, πρόσφατο στρες ζωής, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, απουσία μεθόδων χαλάρωσης, οικονομικά προβλήματα, κατανάλωση τσαγιού και καφέ, ανεπαρκή και μη ισορροπημένη διατροφή (Karaçam & Seker, 2007). Φαίνεται ότι οι πρακτικές διαχείρισης του στρες και προαγωγής της υγείας θα πρέπει να ενσωματωθούν στα προγράμματα φροντίδας της εμμηνόπαυσης για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Επίσης, δεδομένα από την προοπτική μελέτη Seattle Midlife Women's Health Study έδειξαν ότι σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες της ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση ήταν η εργασιακή απασχόληση, η καταθλιπτική διάθεση και η αντιληπτή υγεία. Επίσης, κύριοι παράγοντες που επιδρούσαν στο αντιληπτό άγχος δεν σχετίζονταν τόσο με την μετάβαση στην εμμηνόπαυση (MT), αλλά με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες του ευρύτερου πλαισίου της ζωής τους (Woods et al., 2009).

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων της ζωής και στην προκειμένη περίπτωση της εμμηνόπαυσης. Ένα από αυτά είναι η ψυχολογική ανθεκτικότητα (resilience) που αντιπροσωπεύει την ικανότητα ενός ατόμου να προλαμβάνει, να ελαχιστοποιεί ή να ξεπερνά το στρες που προκαλούν οι αντιξοότητες της ζωής. Τα άτομα με υψηλή ανθεκτικότητα αντιμετωπίζουν, ξεπερνούν ή ενισχύονται θετικά από αλλαγές και προκλήσεις. Αντίστοιχα, λοιπόν τα άτομα αυτά βιώνουν ηπιότερα και λιγότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (Chedraui et al., 2012). Σε μελέτη από την Ισπανία,

βρέθηκε ότι η καταθλιπτική διάθεση και η συμμετοχή σε τακτική άσκηση συσχετίζονται με χαμηλότερη και αντίστοιχα υψηλότερη ανθεκτικότητα στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Η καταθλιπτική διάθεση συσχετίστηκε θετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (σωματικά και ψυχολογικά) (Pérez-López et al., 2013). Επίσης, σε μελέτη 4.407 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών βρέθηκε ότι λιγότερο ανθεκτικές στα αγγειοκινητικά συμπτώματα ήταν όσες είχαν υψηλό ΔΜΣ, καπνίστριες, με μέτρια σωματική υγεία, έχουσες προηγούμενες εμπειρίες με ενοχλητικά συμπτώματα περιόδου και όσες αντιλαμβάνονταν ότι τα κλιμακτηριακά συμπτώματά τους έχουν αρνητικές συνέπειες στη ζωή τους (Duffy et al., 2012). Τέλος, σε μια συγχρονική ελληνική μελέτη όπου αξιολογήθηκαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν τα VMS, βρέθηκε ότι οι γυναίκες με ενσυναίσθηση, συμφιλωτική προσωπικότητα και κλειστό χαρακτήρα παρουσίασαν πιο σοβαρά VMS, ενώ οι γυναίκες με συμφιλωτική προσωπικότητα τα αντιμετώπιζαν καλύτερα (Augoulea et al., 2019).

Πολύ σημαντική επίσης είναι η κατανόηση της εμπειρίας των συμπτωμάτων για την αξιολόγηση και τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων της εμμηνόπαυσης στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων γίνεται όταν τα άτομα κάνουν μια κρίση σχετικά με τη σοβαρότητα, την αιτία, τη δυνατότητα θεραπείας και τις επιπτώσεις ενός συγκεκριμένου συμπτώματος στη ζωή τους. Η εμπειρία των συμπτωμάτων μπορεί να επηρεαστεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες συχνά αναφέρουν ότι παρουσιάζουν πολλαπλά συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση και προκαταβάλλονται στο ότι θα βιώσουν το σύνολο αυτών. Οι Avis et al. υποστήριξαν από νωρίς ότι δεν υπάρχει ένα καθολικό εμμηνόπαυσιακό σύνδρομο (universal menopausal syndrome) και διαχώρισαν τα συμπτώματα σε τρεις ομάδες: των αγγειοκινητικών, ψυχολογικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Avis et al., 2001). Επίσης, οι Greenblum et al. έδειξαν ότι τα συμπτώματα που επηρέασαν περισσότερο την ποιότητα ζωής ήταν οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση και το άγχος, συμπτώματα που δεν έχουν ξεκάθαρα ορμονικό υπόστρωμα και αντιστοίχως η ορμονική θεραπεία δεν θα πρέπει να θεωρείται πρώτης γραμμής επιλογή θεραπείας σε αυτές. Αναδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη εξατομίκευσης της προσέγγισης και αντιμετώπισης της κάθε εμμηνόπαυσιακής γυναίκας (Greenblum et al., 2013). Επίσης, οι Ayers et al., σε μια συστηματική ανασκόπηση έδειξαν ότι η στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση επηρεάζεται από μια σειρά πολιτιστικών, κοινωνικών και ψυχολογικών μεταβλητών,

οι οποίες μπορεί με τη σειρά τους να επηρεάσουν την εμπειρία της εμμηνόπαυσης και την αναφορά συμπτωμάτων. Γενικά, οι γυναίκες με πιο αρνητική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (Ayers et al., 2010)

Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας βελτίωσης της εμπειρίας των γυναικών για την εμμηνόπαυση είναι η ενημέρωσή τους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υποφέρουν από έλλειψη πληροφόρησης για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και τις πρακτικές αντιμετώπισης. Η βελτίωση των πρακτικών των γυναικών μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην αξιολόγηση των αναγκών των γυναικών και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση και ενδυνάμωση των γυναικών μέσω της εφαρμογής της κατάλληλης εκπαίδευσης, ενημέρωσης και τεχνικών αυτοφροντίδας (Mohamed & Lamadah, 2016; Munn et al., 2022).

5.3 Αυτοεκτίμηση και εμμηνόπαυση

Στα μέσα της δεκαετίας του '60, ο Rosenberg όρισε την αυτοεκτίμηση ως το σύνολο της αυτοπεποίθησης, της αίσθησης προσωπικής ικανότητας και αυτοσεβασμού και της αίσθησης προσωπικής αξίας. Η καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης αυξάνει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν τις διάφορες προκλήσεις της ζωής, να λύνουν προβλήματα, να γίνονται δημιουργικοί, να διεκδικούν την ευτυχία και τον σεβασμό από τους άλλους (Galanou et al., 2014). Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων μέσα από την υιοθέτηση διαφορετικών κοινωνικών ρόλων, που μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξη της αυτοεκτίμησης τους. Οι γυναίκες σήμερα έχουν αναλάβει πολλαπλούς ρόλους και καλούνται να είναι καταξιωμένες επαγγελματίες, να δημιουργούν βαθιές και ισορροπημένες διαπροσωπικές σχέσεις, να είναι καλές μητέρες και σύζυγοι, αλλά και να διατηρούν την ομορφιά και ελκυστικότητα τους. Η ασυμφωνία, όμως, προσωπικών ρόλων και κοινωνικών στερεοτύπων συντελεί στην εμφάνιση άγχους και μειωμένης αυτοεκτίμησης (Παπάνης, 2011; Quiroga et al., 2017).

Η εμμηνόπαυση με τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που προκαλεί μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην αυτοεκτίμηση, αλλά και αμφίδρομα γυναίκες με χαμηλή

αυτοεκτίμηση βιώνουν με πιο έντονο τρόπο τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (Quiroga et al., 2017; Vincent et al., 2023). Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι γυναίκες που εμφανίζουν υψηλής έντασης ψυχολογικά, αγγειοκινητικά και σωματικά συμπτώματα εμμηνόπαυσης παρουσιάζουν φτωχότερη εικόνα του σώματος τους και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (Włodarczyk et al., 2017). Η Reynolds (2002) βρήκε ότι οι γυναίκες που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα του εαυτού τους βιώνουν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα με μεγαλύτερη δυσφορία και επιπλέον εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Reynolds et al., 2002). Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση συνοδεύεται με αύξηση βάρους που δημιουργεί αρνητική εικόνα σώματος (body-image) οδηγώντας σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ αντίθετα η φυσική άσκηση μειώνει το ΔΜΣ, βελτιώνει την ελαστικότητα του σώματος και, κατά συνέπεια, την αυτοεκτίμηση (Elavsky & McAuley, 2007; Dąbrowska-Galas & Dąbrowska, 2021). Επίσης, συγχρονική μελέτη που συμπεριέλαβε και γυναίκες με χειρουργική εμμηνόπαυση, έδειξε ότι η εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση ήταν χειρότερες στην ομάδα της χειρουργικής εμμηνόπαυσης, σ' αυτές με συνοσηρότητες, λιγότερη εκπαίδευση και υπερβολικό βάρος (Gümüşsoy et al., 2023). Όσον αφορά τη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, συγχρονική μελέτη από την Περσία έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εικόνας του σώματος μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και της ΠΖ (Nazarpour et al., 2022). Σε άλλη συγχρονική μελέτη η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε με την κατάθλιψη, την χαμηλότερη μορφωτική κατάσταση, το υψηλότερο ΔΜΣ, την αρνητική αντίληψη για την εμμηνόπαυση, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το ιστορικό ψυχικής νόσου (Satwik, et al., 2024). Επίσης, σε προοπτική μελέτη 5ετίας διαπιστώθηκε ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στην αντίληψη εικόνας του σώματος, στην αυτοεκτίμηση και στις γενικές αντιλήψεις για την υγεία ήταν προγνωστικές για μια πιο θετική ψυχολογική προσαρμογή στην εμμηνόπαυση (Guérin et al., 2017).

5.4 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση

Τα εργαλεία μέτρησης που εκτιμούν την ΣΥΠΖ στην εμμηνόπαυση προσπαθούν όχι μόνο να αξιολογήσουν την ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, αλλά και τον τρόπο που η κάθε γυναίκα αντιδρά και προσαρμόζεται σ' αυτά. Εστιάζουν στις επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης όχι μόνο σε σωματικό, αλλά και σε ψυχικό, σεξουαλικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο. Στην πλειοψηφία τους είναι αυτοχορηγούμενα και εύκολα στη χρήση (Zöllner et al., 2005; Schneider et al., 2008; Γιαννούλη 2012).

Η κλίμακα του Greene (Greene Climacteric Scale) (Greene, 1998): περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις που διερευνούν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, το άγχος, την κατάθλιψη, τη σωματοποίηση, τη σεξουαλικότητα και τις ουρογεννητικές διαταραχές.

Το ερωτηματολόγιο υγείας γυναικών (The Women' s Health Questionnaire-WHQ) (Hunter,1992): περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις και εξετάζει 9 διαστάσεις: καταθλιπτική διάθεση, σωματικά συμπτώματα, μνήμη/ συγκέντρωση, αγγειοκινητικά συμπτώματα, άγχος/φόβος, σεξουαλική συμπεριφορά, προβλήματα ύπνου, διαταραχές εμμήνου ρύσεως και ελκυστικότητα. Έχει μεταφραστεί σε πολλές χώρες.

Η κλίμακα Qualifemme (Le Floch et al., 1994): η αρχική έκδοση περιλάμβανε 32 ερωτήσεις και κατέληξε σε 15. Αποτελείται από 4 υποκλίμακες που εξετάζουν κλιμακτηριακά, σωματικά, ούρο-γεννητικά και ψυχο-κοινωνικά συμπτώματα. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε κλινική δοκιμή στη Γαλλία για την αξιολόγηση της ΘΟΥ στην ΣΥΠΖ των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και τυχόν παρενεργειών της ΘΟΥ.

Ο κατάλογος εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (The Menopause Symptom List-MSL) (Perz, 1997): δημιουργήθηκε στην Αυστραλία και περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις. Εξετάζει 3 διαστάσεις: αγγειοκινητικά-σωματικά, γενικά σωματικά και ψυχικά συμπτώματα (συμπεριλαμβάνει το άγχος και κατάθλιψη). Έχει περιορισμένη χρήση.

Η κλίμακα μέτρησης εμμηνόπαυσης (The Menopause Rating Scale-MRS) (Potthoff et al 2000): δημιουργήθηκε στη Γερμανία αρχικά για να αξιολογήσει συγκεκριμένα κλιμακτηριακά συμπτώματα και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις που αξιολογούν τρεις τομείς: σωματικά, ψυχικά και ουρογεννητικά συμπτώματα. Η εγκυρότητα του έχει συγκριθεί με το SF-36 και θεωρείται ένα αξιόπιστο και εύκολο στη χρήση εργαλείο (Schneider et al, 2000).

Η κλίμακα ποιότητας ζωής του Utian (Utian Quality of Life Scale - UQOL) (Utian et al., 2002) περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις και αξιολογεί 4 διαστάσεις της ποιότητας ζωής: εργασία, γενική υγεία, σεξουαλική και συναισθηματική ζωή.

Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ειδικό για την εμμηνόπαυση (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire-MENQOL) (Hilditch et al., 1996): κατασκευάστηκε στον Καναδά και περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις, με 4 υποκλίμακες που εξετάζουν: σωματικά, αγγειοκινητικά, ψυχο-κοινωνικά και σεξουαλικά συμπτώματα. Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από 0-6, αλλά το μειονέκτημα της αρχικής του έκδοσης ήταν ότι δεν εξάγονταν συνολική βαθμολογία. Το ερωτηματολόγιο επικαιροποιήθηκε το 2005 προκειμένου να εξαλειφθούν τα αρχικά ψυχομετρικά προβλήματα του και χρησιμοποιείται πλέον ευρέως (Lewis et al., 2005).

Η κλίμακα ποιότητας ζωής της εμμηνόπαυσης (Menopausal Quality of Life Scale-MQOL) (Jacobs et al., 2000): δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, περιλαμβάνει 48 ερωτήματα και είχε σκοπό να αξιολογήσει όχι μόνο τις επιπτώσεις των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων στην ΣΥΠΖ, αλλά και τυχόν επίδρασης διάφορων κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων. Εξετάζονται 7 υποκλίμακες: ενεργητικότητα, ύπνος, όρεξη, συναισθήματα, γνωστική λειτουργία, κοινωνικές σχέσεις και επιβάρυνση από τα συμπτώματα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Σκοπός

Η συγκεκριμένη συγχρονική μελέτη παρατήρησης είχε ως στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Οι επιμέρους στόχοι αφορούσαν:

- Τη συσχέτιση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων με την ΠΖ
- Τον ρόλο της αυτοεκτίμησης στην ΠΖ των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και στην ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων
- Τους προσδιοριστικούς παράγοντες που μπορεί να συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους (κοινωνικοδημογραφικοί, οικονομικοί, κλινικοί)
- Την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και το επίπεδο ενημέρωσης που λαμβάνουν για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης

6.2 Μεθοδολογία έρευνας

Σχεδιασμός

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη παρατήρησης.

Κριτήρια εισόδου κι αποκλεισμού

Τα κριτήρια εισόδου ήταν γυναίκες που διένυσαν την εμμηνόπαυση, οι οποίες ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το στάδιο της εμμηνόπαυσης:

- Μη συστηματική έμμηνος ρύση
- <12 μήνες διακοπή περιόδου
- >12 μήνες διακοπή περιόδου

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Γυναίκες που μπήκαν στην εμμηνόπαυση μετά από θεραπείες για καρκίνο οποιασδήποτε μορφής (μαστού, γεννητικών οργάνων, λευχαιμίες, ενδοκρινών αδένων)
- Γυναίκες που αιτία της εμμηνόπαυσης ήταν ιατρογενής ή λόγω χημειοθεραπείας, είτε λόγω ακτινοβολίας, είτε λόγω υστερεκτομής (μηνορραγίες, καρκίνος)
- Γυναίκες που είχαν σοβαρή ψυχιατρική νόσο και λαμβάναν αγωγή

Δείγμα μελέτης

Στην παρούσα ποσοτική συγχρονική μελέτη έλαβαν μέρος 300 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 45-65 ετών. Η επιλογή των γυναικών βασίστηκε σε δείγμα ευκολίας. Από τα 300 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν επαρκώς και επιστράφηκαν τα 290. Από αυτά εξαιρέθηκαν 12 περιστατικά που δεν πληρούσαν τα κριτήρια κι έτσι το τελικό δείγμα μελέτης διαμορφώθηκε στα 278 περιστατικά.

Τόπος και Διαδικασία διεξαγωγής

Στο εξωτερικό γυναικολογικό ιατρείο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και στα ιδιωτικά ιατρεία γυναικολόγων της Αθήνας και επαρχίας (Λάρισα, Καρπενήσι, Σαλαμίνα). Τα ερωτηματολόγια εστάλησαν είτε με mail είτε συμπληρώθηκαν στο ιατρείο είτε δόθηκαν στις γυναίκες και συλλέχθηκαν σε 1 εβδομάδα. Η διανομή των μέσων συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Δεκέμβριο 2023 και Ιανουάριο 2024. Οι ασθενείς ζητήθηκε να συμμετέχουν στην έρευνα ανώνυμα κι οικειοθελώς, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης και υπέγραψαν γραπτή συγκατάθεση. Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περίπου 15 λεπτά.

6.3 Εργαλεία έρευνας

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τέσσερα μέρη (Επισυνάπτονται στο Παράρτημα Α):

Α. Τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία του συμμετέχοντα (ηλικία, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, οικονομικό επίπεδο), κλινικοί παράγοντες (ΔΜΣ, κάπνισμα, συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις,

αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, παρουσία χρόνιας νόσου, λήψη φαρμάκων) καθώς και πληροφορίες που αφορούν τη λήψη ορμονικής θεραπείας για την εμμηνόπαυση, την ενημέρωση που είχαν από επαγγελματίες υγείας, την στήριξη που έλαβαν από το κοινωνικό περιβάλλον. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις και κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια με τη συνδρομή του επιβλέποντος καθηγητή.

Β. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής του Utian (Utian Quality of Life Scale - UQOL) (Utian et al., 2002). Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις που σχετίζονται με τέσσερις τομείς της ποιότητας ζωής: επαγγελματική ποιότητα ζωής, ποιότητα σωματικής υγείας, σεξουαλική ποιότητα ζωής και συναισθηματική ποιότητα ζωής. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων από 1-5. Από τους συμμετέχοντες ζητείται να απαντήσουν με βάση τις εμπειρίες τους κατά τον τελευταίο μήνα. Προκύπτει ξεχωριστή βαθμολογία για τον κάθε τομέα και επιπλέον μια συνολική βαθμολογία ΠΖ. Υψηλότερες βαθμολογίες σημαίνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί από τους Κουντή και συν. (Koundi et al., 2006), ενώ η στάθμιση της έχει πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της Γιαννούλη Π. (2012), από την οποία δόθηκε ειδική άδεια για τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου στην παρούσα μελέτη (Γιαννούλη, 2012)(Παράρτημα Α).

Γ. Το τρίτο ερωτηματολόγιο αφορά την Κλίμακα Συμπτωμάτων Εμμηνόπαυσης του Greene. Από μια αρχική πηγή 30 ερωτήσεων κατόπιν παραγοντικής ανάλυσης προέκυψαν 21 ερωτήσεις που περιγράφουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Greene, 1998). Η κλίμακα εξετάζει, συγκεκριμένα, τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τη σωματοποίηση, το άγχος και την κατάθλιψη. Οι απαντήσεις σημειώνονται σε κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων από 0-3. Μπορεί να λάβει τιμές από 0-63, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν εντονότερα συμπτώματα. Η μετάφραση στα ελληνικά έχει γίνει από την Βλάχου και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και με αξιοπιστία σε πολλές μελέτες (Βλάχου και συν., 2013).

Δ. Το τέταρτο ερωτηματολόγιο αφορά την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (RSES). Κατασκευάστηκε από τον Rosenberg το 1965 και αξιολογεί την έννοια της αυτοεκτίμησης με 10 ερωτήσεις (5 δηλωτικές αρνητικής αυτοεκτίμησης και 5 θετικής). Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα 4 διαβαθμίσεων από 1-4 (κυμαίνεται από «Συμφωνώ απόλυτα» έως και «Διαφωνώ απόλυτα»). Τα μεγαλύτερα σκορ δηλώνουν

υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Είναι ιδιαίτερα εύχρηστο και σύντομο και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης σε πολλούς τομείς. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον εφηβικό πληθυσμό από τους Kourakou et al (2021), από τους Galanou et al (2014) σε φοιτητικό πληθυσμό.

6.4 Ζητήματα δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, συντάχθηκε αρχικά ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (Παράρτημα Β). Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης για εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη, αφού πρώτα ενημερώθηκαν αναλυτικά για το σκοπό της παρούσας μελέτης. Επίσης, εξηγήθηκε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να δημοσιευθούν σε ελληνικά και ξένα περιοδικά ή να ανακοινωθούν σε επιστημονικά συνέδρια, τηρώντας πάντα την αρχή της ανωνυμίας. Τέλος, ζητήθηκε άδεια χρήσης των ερωτηματολογίων από τους δημιουργούς τους (Παράρτημα Α).

6.5 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής (UTIAN)

και συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (Green) έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis), από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την λήψη ορμονικής θεραπείας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 278 γυναίκες με μέση ηλικία τα 54,1 έτη (SD=4,2 έτη). Ακολουθεί ο πίνακας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (Πίνακας 4). Το 74,8% αυτών κατοικούσαν στην Αθήνα (Εικόνα 5). Το 39,1% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 38,7% απόφοιτες Λυκείου και το 13,1% κάτοχοι μεταπτυχιακού. Επίσης, το 42,2% εργάζονταν ως δημόσιοι υπάλληλοι, το 24,5% ως ιδιωτικοί, το 15,9% ασχολούνταν με τα οικιακά ή ήταν άνεργες, το 8,7% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το ίδιο ποσοστό συνταξιούχοι. Μόνο το 5% ήταν πολύ ικανοποιημένες από το οικονομικό εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης, το 25% ήταν πολύ και το 55% είχαν μέτρια ικανοποίηση (Εικόνα 6). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση το 61,2% ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση με παιδιά, το 14% ομοίως χωρίς παιδιά, το 13,3% διαζευγμένες και το 7,9% άγαμες. Από όσες είχαν σύντροφο το 25,3% ήταν πάρα πολύ ικανοποιημένες από τη σχέση τους με αυτόν και το 37,7% πολύ ικανοποιημένες. Μόνο το 6,2% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο.

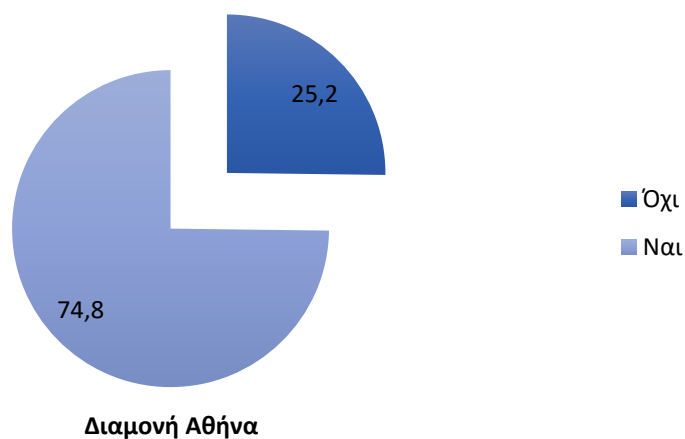
Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (N=278)

		N	%
Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		54,1 (4,2)	54,0 (51 – 56)
Διαμονή Αθήνα	Όχι	70	25,2
	Ναι	208	74,8
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού	8	2,9
	Απόφοιτος γυμνασίου	9	3,3
	Απόφοιτος λυκείου	106	38,7
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	107	39,1
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	36	13,1
	Κάτοχος διδακτορικού	8	2,9
Επάγγελμα	Άνεργη	10	3,6
	Οικιακά	34	12,3
	Δημόσιος Υπάλληλος	117	42,2
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	68	24,5
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	24	8,7
	Συνταξιούχος	24	8,7
Ικανοποίηση από το οικονομικό εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης	Καθόλου	16	5,8
	Λίγο	24	8,6
	Μέτρια	153	55,0

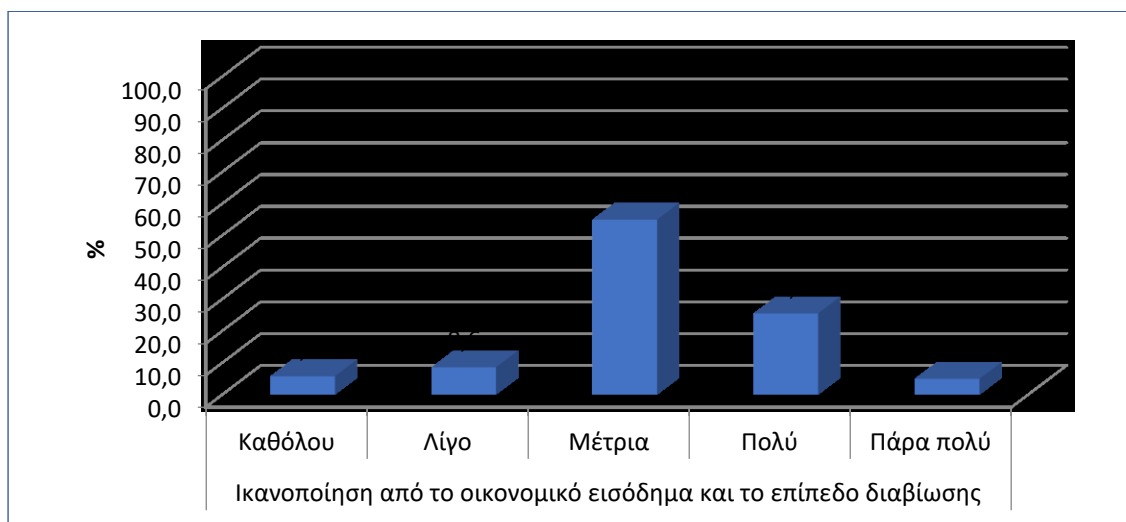
Οικογενειακή κατάσταση	Πολύ	71	25,5
	Πάρα πολύ	14	5,0
	Άγαμη	22	7,9
	Διαζευγμένη	37	13,3
	Σε γάμο/συμβίωση	39	14,0
	Σε γάμο/συμβίωση με παιδιά	170	61,2
	Χήρα	10	3,6
Ικανοποίηση από τη σχέση με το σύντροφο*	Καθόλου	16	6,2
	Λίγο	18	7,0
	Μέτρια	61	23,7
	Πολύ	97	37,7
	Πάρα πολύ	65	25,3

*Υπολογισμένα επί όσων είχαν σύντροφο

Εικόνα 5. Γράφημα σχετικά με τον τόπο διαμονής



Εικόνα 6. Ραβδόγραμμα ικανοποίησης από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο.

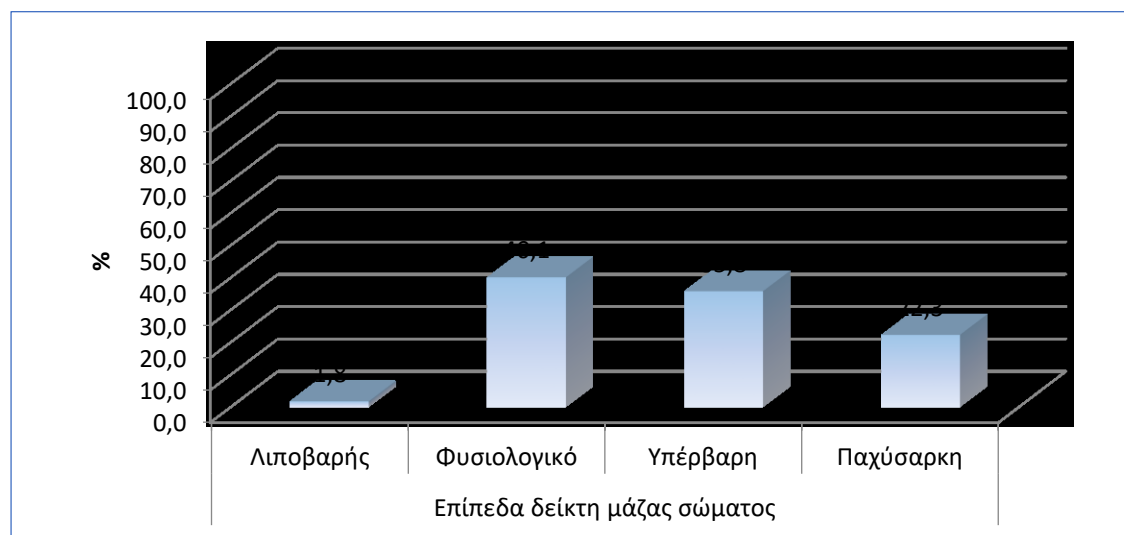


Στη συνέχεια δίνονται τα στοιχεία για τις καπνιστικές συνήθειες, το ιατρικό ιστορικό και τα επίπεδα δείκτη μάζας σώματος των γυναικών. Το 32,4% ήταν καπνίστριες, ενώ το 11,9% κάπνιζε σπάνια και το 32,4% καθόλου. Καμία δεν είχε ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, το 14% είχε όμως ιστορικό με σωματικό νόσημα (Πίνακας 5). Τέλος, το 22,3% ήταν παχύσαρκες, το 35,8% υπέρβαρες και το 40,1% φυσιολογικές (Εικόνα 7).

Πίνακας 5. Καπνιστικές συνήθειες, ιατρικό ιστορικό και επίπεδα ΔΜΣ

		N	%
Κάπνισμα	Όχι	155	55,8
	Ναι	90	32,4
	Σπάνια	33	11,9
Ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και λήψης φαρμάκων	Όχι	278	100,0
	Ναι	0	0,0
Σωματικό νόσημα	Όχι	239	86,0
	Ναι	39	14,0
Επίπεδα δείκτη μάζας σώματος	Λιποβαρής	5	1,8
	Φυσιολογικό	110	40,1
	Υπέρβαρη	98	35,8
	Παχύσαρκτη	61	22,3

Εικόνα 7. Γράφημα με τα επίπεδα του ΔΜΣ των γυναικών του δείγματος.



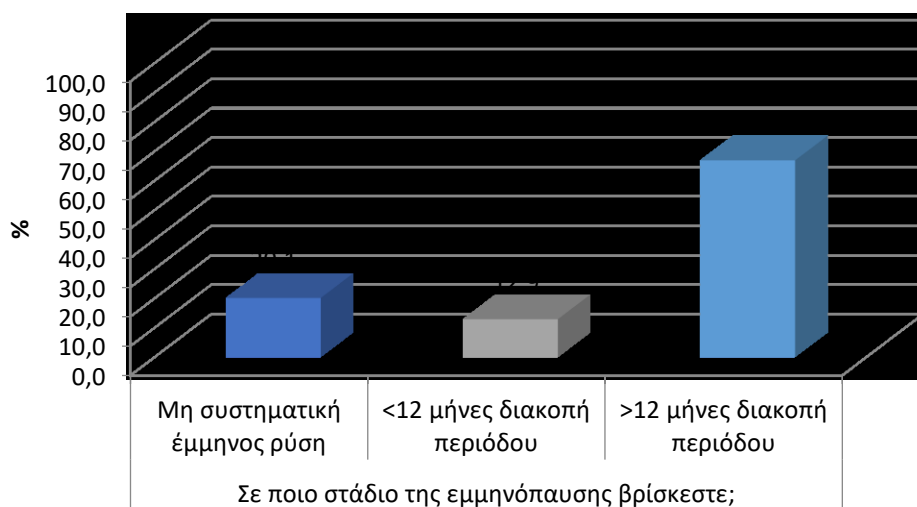
Ακολούθως παρουσιάζονται τα δεδομένα για την εμμηνόπαυση και τον τακτικό έλεγχο (Πίνακας 6). Το 87,1% επισκεπτόταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις. Η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης ήταν τα 49,8 έτη (SD=3,2 έτη), το 66,9% είχε διακοπή της περιόδου για πάνω από 12 μήνες, το 20,1% είχε απλά μη συστηματική

έμμηνο ρύση και το 12,9% είχε διακοπή περιόδου για λιγότερο από 12 μήνες (Εικόνα 8). Για όλες τις γυναίκες η εμμηνόπαυση ήταν φυσιολογική.

Πίνακας 6. Δεδομένα για την εμμηνόπαυση και τον τακτικό έλεγχο

		N	%
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	36	12,9
	Ναι	242	87,1
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	56	20,15
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	36	12,95
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	186	66,9
Ηλικία εμμηνόπαυσης, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		49,8 (3,2)	50,0 (48 – 52)
Λόγοι εμμηνόπαυσης	Φυσιολογική	278	100,0
	Χειρουργική	0	0,0
	Χημειοθεραπεία/Ακτινοθεραπεία	0	0,0

Εικόνα 8. Γράφημα με το στάδιο της εμμηνόπαυσης.



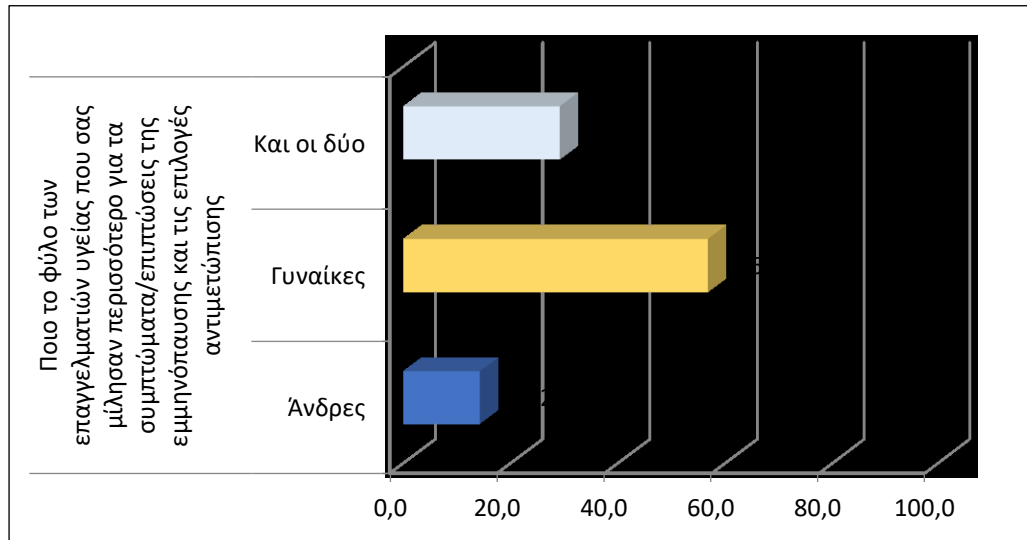
Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις σχετικά με την στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση, την στήριξη και την λήψη βοήθειας από επαγγελματίες υγείας. Το 39,2% είχε θετική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση και το 37,4% ήταν αδιάφορο. Κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο το 10,4% δήλωσε πως δεν χρειάστηκε στήριξη, ενώ το 25,5% είχε μέτρια στήριξη, το 19,1% πολύ μεγάλη και το 11,2% πάρα πολύ μεγάλη. Αντίστοιχα, το 21,9% δήλωσε πως δεν χρειάστηκε βοήθεια από επαγγελματία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, μόλις το 0,7% ότι κατέφυγε σε αυτόν πάρα πολλές φορές, το 9% πολλές φορές και το 16,2% αρκετές. Η

ανταπόκριση που βρήκαν από αυτούς ήταν μέτρια για το 25,8%, πολύ μεγάλη για το 22% και πάρα πολύ μεγάλη για το 14%. Οι επαγγελματίες που μίλησαν περισσότερο για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και τις επιλογές αντιμετώπισης ήταν κατά 56,7% γυναίκες, κατά 29,1% άτομα και των δύο φύλων και άντρες σε ποσοστό 14,2% (Εικόνα 9). Τέλος, το 91,4% ήταν ενήμερο ότι υπάρχουν φαρμακευτικές και άλλες λύσεις για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Απαντήσεις σχετικά με την στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση, την στήριξη και την λήψη βοήθειας από επαγγελματίες υγείας

		N	%
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στην εμμηνόπαυση	Θετική	109	39,2
	Αρνητική	65	23,4
	Αδιάφορη	104	37,4
Τι στήριξη είχατε από το κοινωνικό/οικογενειακό σας περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο	Δεν χρειάστηκε	29	10,4
	Καθόλου	63	22,7
	Λίγο	31	11,2
	Μέτρια	71	25,5
	Πολύ	53	19,1
	Πάρα πολύ	31	11,2
Έχετε αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης;	Δεν χρειάστηκε	61	21,9
	Καθόλου	71	25,5
	Λίγες φορές	74	26,6
	Αρκετές φορές	45	16,2
	Πολλές φορές	25	9,0
	Πάρα πολλές φορές	2	0,7
Έχετε βρει ανταπόκριση από τους επαγγελματίες υγείας για επίλυση των εν λόγω προβλημάτων;	Δεν χρειάστηκε	64	24,2
	Καθόλου	16	6,1
	Λίγο	21	8,0
	Μέτρια	68	25,8
	Πολύ	58	22,0
	Πάρα πολύ	37	14,0
Ποιο το φύλο των επαγγελματιών υγείας που σας μίλησαν περισσότερο για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και τις επιλογές αντιμετώπισης	Άνδρες	35	14,2
	Γυναίκες	140	56,7
	Και οι δύο	72	29,1
Ξέρετε ότι υπάρχουν φαρμακευτικές και άλλες λύσεις για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων;	Όχι	24	8,7
	Ναι	253	91,4

Εικόνα 9. Ραβδόγραμμα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας που ενημέρωσαν περισσότερο για τα συμπτώματα/διαχείριση της εμμηνόπαυσης.

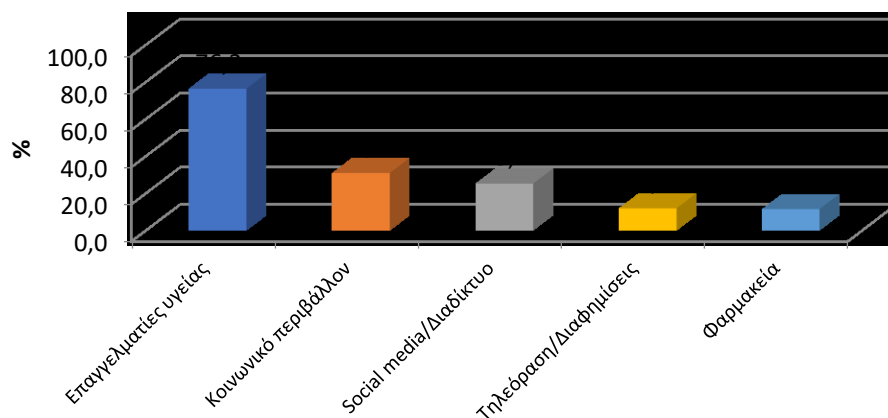


Παρακάτω δίνονται οι πηγές πληροφόρησης των γυναικών για τις επιλογές αντιμετώπισης της εμμηνόπαυσης. Το 76,3% ήταν επαγγελματίες υγείας, το 30,9% το κοινωνικό τους περιβάλλον, το 25,2% το διαδίκτυο, το 11,9% η τηλεόραση/διαφημίσεις και το 11,5% τα φαρμακεία (Πίνακας 8, Εικόνα 10).

Πίνακας 8. Πηγές πληροφόρησης των γυναικών για την εμμηνόπαυση

	N	%
Επαγγελματίες υγείας	212	76,3
Κοινωνικό περιβάλλον	86	30,9
Social media/Διαδίκτυο	70	25,2
Τηλεόραση/Διαφημίσεις	33	11,9
Φαρμακεία	32	11,5

Εικόνα 10. Ραβδόγραμμα των πηγών πληροφόρησης σε φθίνουσα σειρά.



Σχετικά με τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ), το 13% απάντησε ότι είχε λάβει (Εικόνα 11). Ανάμεσα σε αυτές ο διάμεσος χρόνος λήψης της θεραπείας ήταν τα 2 έτη (ενδ. εύρος: 1 – 4 έτη). Ανάμεσα σε όσες δεν έλαβαν το 61,3% έκρινε ότι δεν ήταν απαραίτητο, το 23,4% φοβόταν τις παρενέργειες, το 21,8% προτιμούσε τα μη φαρμακευτικά σκευάσματα-συμπληρώματα και το 19% φοβόταν τον καρκίνο από τις ορμόνες. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά για τους λόγους σχετικά με την αρνητική συμβουλευτική και την έλλειψη ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας (6,5% και 3,2% αντίστοιχα) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Ποσοστά λήψης ΘΟΥ και λόγοι απόρριψης

		N	%
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)	Όχι	241	87,0
	Ναι	36	13,0
Αν ναι, για πόσο διάστημα;		2,9 (2,4)	2,0 (1 – 4)
Αν όχι, αναφέρετε τους λόγους απόρριψης			
Φόβος για τις παρενέργειες		58	23,4
Φόβος για καρκίνο από τις ορμόνες		47	19,0
Έλλειψη ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας		8	3,2
Αρνητική συμβουλευτική από επαγγελματίες υγείας		16	6,5
Δεν κρίνω ότι είναι απαραίτητη		152	61,3
Προτιμώ τα μη φαρμακευτικά σκευάσματα-συμπληρώματα		54	21,8

Εικόνα 11. Γράφημα ποσοστών λήψης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

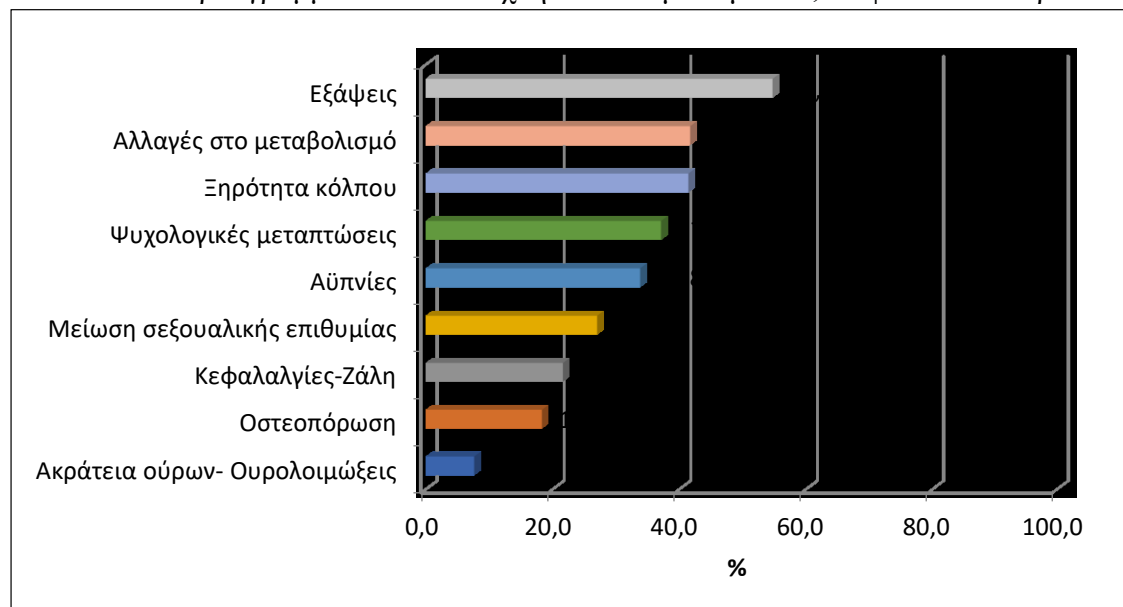


Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης ως ενοχλητικά δίνονται στον παρακάτω πίνακα. Το 54,7% έβρισκε πιο ενοχλητικές τις εξάψεις, το 41,7% τις αλλαγές στο μεταβολισμό, το 41,4% την ξηρότητα του κόλπου, το 37,1% τις ψυχολογικές μεταπτώσεις και το 33,8% τις αϋπνίες. Ακολουθούσε, για το 27%, η μείωση σεξουαλικής επιθυμίας, για το 21,6% οι κεφαλαλγίες/ζάλη, για το 18,3% η οστεοπόρωση και για το 7,6% η ακράτεια ούρων/ουρολοιμώξεις (Πίνακας 10, Εικόνα 12).

Πίνακας 10. Τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης

	N	%
Εξάψεις	152	54,7
Ξηρότητα κόλπου	115	41,4
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας	75	27,0
Ψυχολογικές μεταπτώσεις	103	37,1
Οστεοπόρωση	51	18,3
Αλλαγές στο μεταβολισμό	116	41,7
Αϋπνίες	94	33,8
Κεφαλαλγίες-Ζάλη	60	21,6
Ακράτεια ούρων- Ουρολοιμώξεις	21	7,6

Εικόνα 12. Ραβδόγραμμα των πιο ενοχλητικών συμπτωμάτων, σε φθίνουσα σειρά.



Παρακάτω δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις για την διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και διατροφής, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, η ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνουν από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη

γυναικεία υγεία και για την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Το 21,1% είχε διαφοροποιήσει πολύ έως πάρα πολύ την σωματική δραστηριότητα και την διατροφή του, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, το 45,9% δήλωσε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο από την πληροφόρηση για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία και τέλος, το 37,4% έκρινε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιητικό το επίπεδο υγείας του (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Δεδομένα για την διαφοροποίηση τρόπου ζωής, ικανοποίησης από το επίπεδο πληροφόρησης και αξιολόγησης του γενικότερου επιπέδου υγείας τους

		N	%	%Πολύ- Πάρα πολύ
Έχετε διαφοροποιήσει την σωματική σας δραστηριότητα και τη διατροφή σας προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης;	Καθόλου	81	29,3	21,1
	Λίγο	61	22,1	
	Μέτρια	76	27,5	
	Πολύ	41	14,9	
	Πάρα πολύ	17	6,2	
Είστε ικανοποιημένη με το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνετε από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία	Καθόλου	17	6,1	45,9
	Λίγο	47	17,0	
	Μέτρια	86	31,0	
	Πολύ	98	35,4	
	Πάρα πολύ	29	10,5	
Πώς κρίνεται το επίπεδο υγείας σας γενικότερα;	Καθόλου ικανοποιητικό	5	1,8	37,4
	Λίγο ικανοποιητικό	30	10,8	
	Αρκετά ικανοποιητικό	139	50,0	
	Πολύ ικανοποιητικό	81	29,1	
	Πάρα πολύ ικανοποιητικό	23	8,3	

Κλίμακα ποιότητας ζωής UTIAN

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής UTIAN. Οι διαστάσεις «Ποιότητα επαγγελματικής ζωής» και «Ποιότητα ζωής για την υγεία» παίρνουν τιμές από 7 έως 35 μονάδες, η διάσταση «Ποιότητα συναισθηματικής ζωής» παίρνει τιμές από 6 έως 30 μονάδες και αυτή σχετικά με την ποιότητα σεξουαλικής ζωής από 3 έως 15 μονάδες. Τέλος η συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής κυμαίνεται από 23 έως 115 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής για κάθε αντίστοιχη υποκλίμακα. Η

υποκλίμακα «Ποιότητα επαγγελματικής ζωής» κυμαινόταν από 10 έως 35 μονάδες με μέση τιμή τις 26,1 μονάδες ($SD=5,5$ μονάδες), ενώ η υποκλίμακα «Ποιότητα ζωής για την υγεία» κυμαινόταν από 9 έως 35 μονάδες και είχε μέση τιμή τις 24 μονάδες ($SD=5,4$ μονάδες). Η υποκλίμακα «Ποιότητα συναισθηματικής ζωής» κυμαινόταν από 9 έως 29 μονάδες και είχε μέση τιμή τις 22,3 μονάδες ($SD=3,9$ μονάδες) ενώ η υποκλίμακα «Ποιότητα σεξουαλικής ζωής» κυμαινόταν από 3 έως 15 μονάδες και είχε μέση τιμή τις 9,9 μονάδες ($SD=3,5$ μονάδες). Τέλος η συνολική κλίμακα ποιότητα ζωής είχε εύρος από 46 έως 112 μονάδες και μέση τιμή 83 μονάδες ($SD=13,5$ μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής UTIAN

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	10,0	35,0	26,1 (5,5)	26 (22 – 30)	0,82
Ποιότητα ζωής για την υγεία	9,0	35,0	24 (5,4)	24 (21 – 28)	0,81
Ποιότητα συναισθηματικής ζωής	9,0	29,0	22,3 (3,9)	23 (19 – 25)	0,71
Ποιότητα σεξουαλικής ζωής	3,0	15,0	9,9 (3,5)	10 (7 – 13)	0,85
Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής	46,0	112,0	83 (13,5)	84 (74 – 94)	0,88

Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (GREEN)

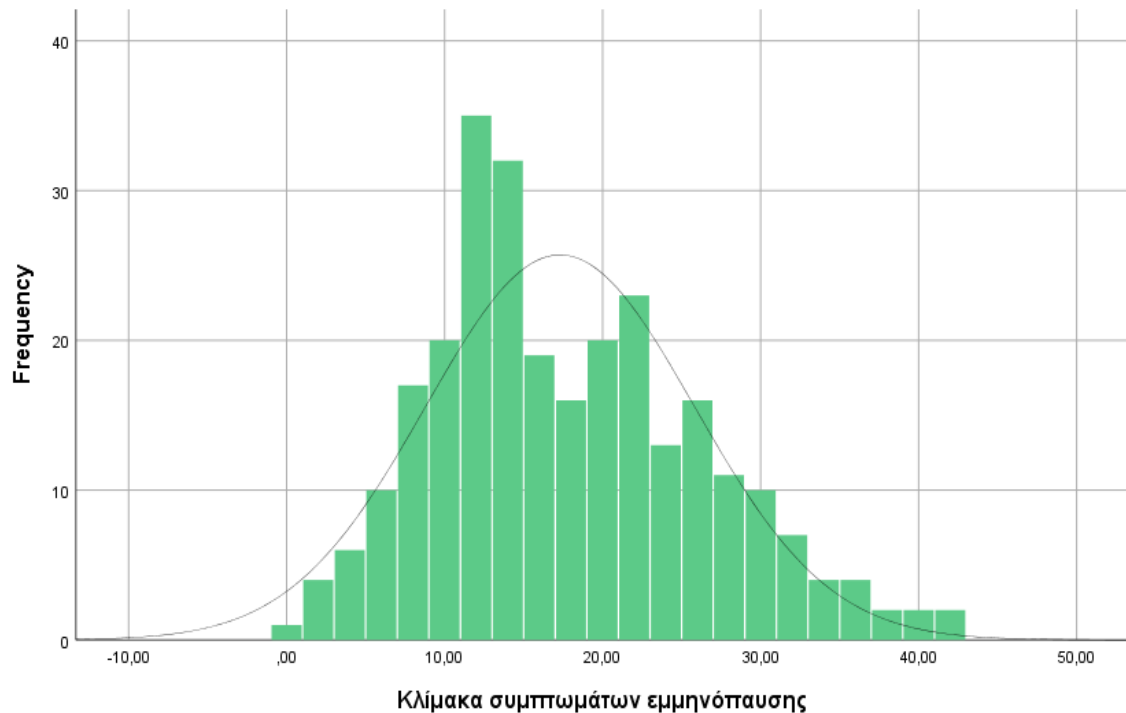
Στη συνέχεια δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης. Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 έως 63 μονάδες και στο συγκεκριμένο δείγμα είχε εύρος από 0 έως 41 μονάδες με μέση τιμή 17,3 μονάδες ($SD=8,5$ μονάδες). Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται εντονότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία (Πίνακας 13, Εικόνα 13).

Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	0,0	41,0	17,3 (8,5)	16 (11 – 23)	0,84

Εικόνα 13. Ιστόγραμμα βαθμολογίας στην κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.



Κλίμακα αυτοεκτίμησης (Rosenberg)

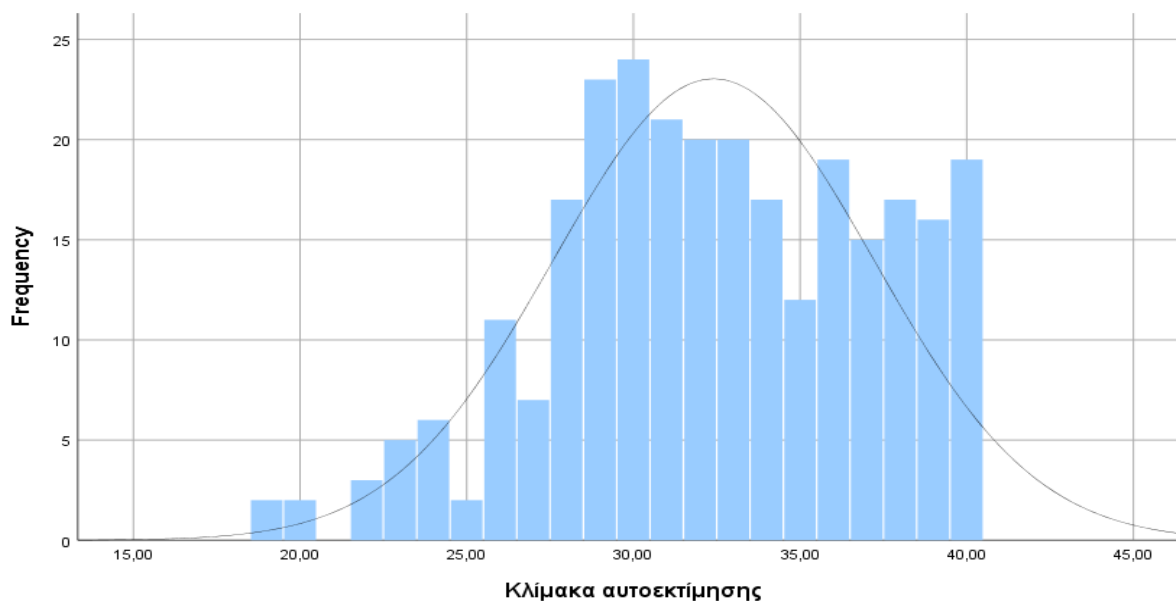
Αντίστοιχα παρακάτω παρουσιάζονται και τα περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων αυτοεκτίμησης. Η κλίμακα κυμαίνεται από 10 έως 40 μονάδες και στο συγκεκριμένο δείγμα κυμάνθηκε από 19 έως 40 μονάδες με μέση τιμή 32,4 μονάδες (SD=4,8 μονάδες). Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία (Πίνακας 14, Εικόνα 14).

Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων αυτοεκτίμησης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	19,0	40,0	32,4 (4,8)	32 (29 – 36)	0,85

Εικόνα 14. Ιστόγραμμα βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοεκτίμησης.



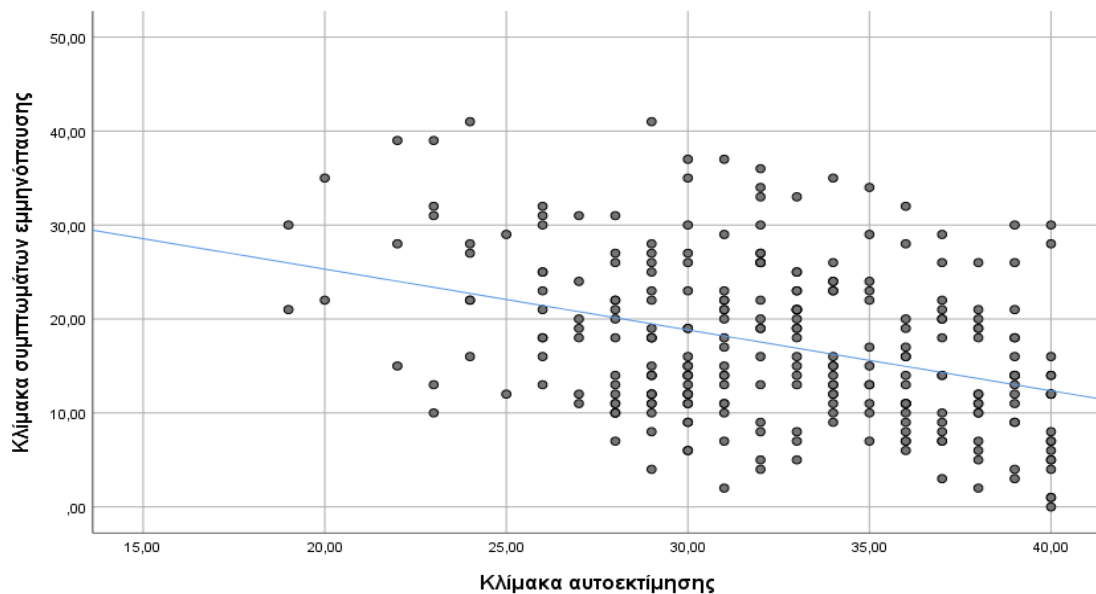
Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις κλίμακες ποιότητας ζωής, συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και αυτοεκτίμησης. Όλες οι διαστάσεις και η συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά και θετικά συσχετισμένες με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, οπότε μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντίθετα, ήταν σημαντικά αλλά αρνητικά συσχετισμένες με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης, οπότε εντονότερα συμπτώματα σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής σε κάθε τομές και συνολικά. Αρνητική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα εμμηνόπαυσης και την αυτοεκτίμηση, άρα περισσότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετιζόνταν και με λιγότερη αυτοεκτίμηση (Πίνακας 15, Εικόνες 15, 16,17).

Πίνακας 15. Πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις κλίμακες ποιότητας ζωής, συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και αυτοεκτίμησης

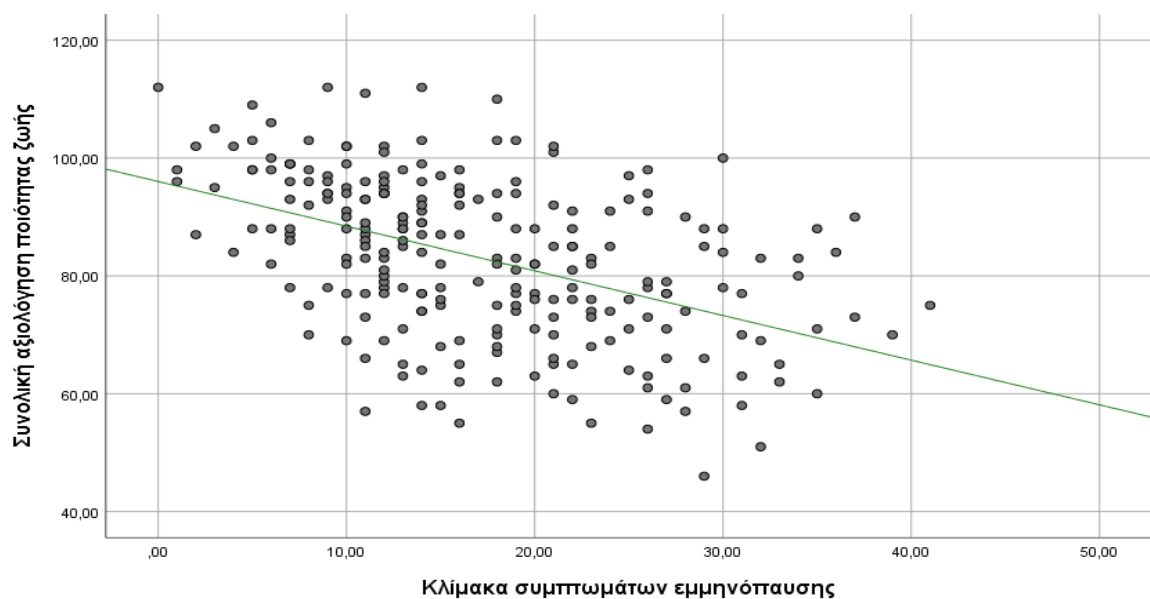
		Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	Κλίμακα αυτοεκτίμησης
Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	rho	-0,26	0,58
	P	<0,001	<0,001
Ποιότητα ζωής για την υγεία	rho	-0,42	0,43
	P	<0,001	<0,001
Ποιότητα συναισθηματικής ζωής	rho	-0,58	0,56

	P	<0,001	<0,001
Ποιότητα σεξουαλικής ζωής	rho	-0,32	0,41
	P	<0,001	<0,001
Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής	rho	-0,49	0,67
	P	<0,001	<0,001
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	rho	-	-0,33
	P		<0,001

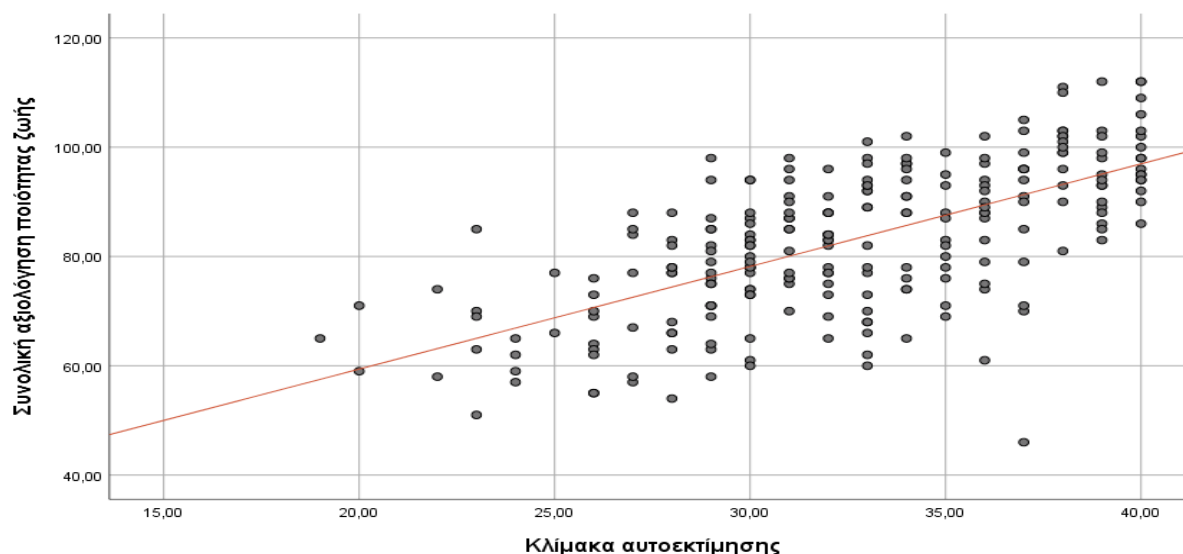
Εικόνα 15. Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αυτοεκτίμησης με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.



Εικόνα 16. Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης με την συνολική κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής.



Εικόνα 17. Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αυτοεκτίμησης με την συνολική κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής.



Στη συνέχεια ελέγχθηκαν οι διαστάσεις και η συνολική κλίμακα ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών και τα στοιχεία σχετικά με την υγεία και την εμμηνόπαυσή τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

- **Ανάλυση για την διάσταση ποιότητας επαγγελματικής ζωής.**

Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι μη καπνιστές είχαν καλύτερη ποιότητας επαγγελματικής ζωής σε σχέση με τους καπνιστές ($p=0,003$) αλλά και σε σχέση με όσους κάπνιζαν σπάνια ($p=0,014$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Συσχέτιση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους (στάδιο, λήψη ορμονοθεραπείας)

		Ποιότητα επαγγελματικής ζωής		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη	Όχι	26 (5,4)	26 (22 – 30)	0,910+
	Ναι	26 (5,6)	26 (22 – 30)	
Διαμονή Αθήνα	Όχι	26,3 (5,9)	26 (22 – 31)	0,707+
	Ναι	26 (5,3)	26 (22 – 30)	
Κάπνισμα	Όχι	27,1 (5,4)	28 (23 – 32)	0,003++
	Ναι	24,8 (5,4)	25 (21 – 29)	
	Σπάνια	24,7 (5)	24 (21 – 28)	

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως Απόφοιτος λυκείου	25,6 (6)	25,5 (21 – 31)	0,085++
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	25,7 (4,9)	26 (22 – 29)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	27,6 (4,9)	28 (25 – 31,5)	
Έγγαμη	Όχι	25,3 (5,2)	25 (21 – 30)	0,128+
	Ναι	26,3 (5,5)	26,5 (22,5 – 31)	
Σωματικό νόσημα	Όχι	25,9 (5,5)	26 (22 – 30)	0,310+
	Ναι	26,9 (5,6)	28 (23 – 32)	
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	24,9 (4,6)	25 (22 – 28)	0,181+
	Ναι	26,2 (5,6)	27 (22 – 31)	
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	25,2 (4,8)	25 (22 – 28)	0,144++
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	25,1 (5,6)	26,5 (21,5 – 29)	
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	26,5 (5,6)	26,5 (22 – 31)	
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)	Όχι	26 (5,5)	26 (22 – 30)	0,903+
	Ναι	26,2 (5,2)	27 (22 – 30)	

+Mann-Whitney test, ++Kruskal-Wallis test

• **Ανάλυση για την διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία.**

Η βαθμολογία στη διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο του δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, την οικογενειακή κατάσταση και την τακτική επίσκεψη στον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις. Οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν χειρότερη υγεία, σε σχέση με όσες ήταν φυσιολογικές/λιποβαρείς. Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι μη καπνιστές είχαν καλύτερη ποιότητα υγείας σε σχέση με τους καπνιστές ($p=0,007$). Επίσης οι έγγαμες είχαν οριακά καλύτερη ποιότητα υγείας από τις άγαμες και όσες επισκέπτονταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, σε σχέση με όσες δεν το έκαναν (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Συσχέτιση της ποιότητας ζωής για την υγεία με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους (στάδιο, λήψη ορμονοθεραπείας)

		Ποιότητα ζωής για την υγεία		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη	Όχι	25,9 (4,8)	26 (23 – 29)	<0,001+
	Ναι	22,6 (5,3)	22 (19 – 27)	
Διαμονή Αθήνα	Όχι	24,1 (5,4)	24 (20 – 28)	0,862+

	Ναι	24 (5,4)	24 (21 – 27,5)	
Κάπνισμα	Όχι	24,7 (5,4)	25 (21 – 29)	0,026++
	Ναι	22,8 (5,3)	22,5 (19 – 27)	
	Σπάνια	23,9 (5,1)	24 (21 – 27)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως Απόφοιτος λυκείου	23,7 (5,4)	24 (20 – 28)	0,325++
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	24,5 (5,3)	25 (21 – 27)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	23,5 (5,7)	23 (20 – 28)	
Εργαζόμενη	Όχι	24,5 (5,8)	26 (21 – 29)	0,156+
	Ναι	23,8 (5,2)	24 (20 – 27)	
Έγγαμη	Όχι	22,9 (5,7)	22 (19 – 27)	0,049+
	Ναι	24,3 (5,2)	25 (21 – 28)	
Σωματικό νόσημα	Όχι	24,2 (5,3)	24 (21 – 28)	0,155+
	Ναι	22,8 (5,9)	22 (18 – 27)	
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	20,3 (5,1)	20 (17,5 – 22,5)	<0,001+
	Ναι	24,5 (5,2)	25 (21 – 28)	
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	24,8 (4,8)	25 (21,5 – 28)	0,422++
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	23,7 (5,7)	22,5 (20 – 27,5)	
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	23,8 (5,4)	24 (20 – 28)	
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)	Όχι	23,9 (5,5)	24 (20 – 27)	0,563+
	Ναι	24,5 (4,3)	24 (21 – 28,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

• **Ανάλυση για την διάσταση ποιότητας συναισθηματικής ζωής.**

Η βαθμολογία στη διάσταση ποιότητας συναισθηματικής ζωής δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και τα στοιχεία υγείας των συμμετεχόντων (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Συσχέτιση της ποιότητας συναισθηματικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους (στάδιο, λήψη ορμονοθεραπείας)

		Ποιότητα συναισθηματικής ζωής		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη	Όχι	25,9 (4,8)	26 (23 – 29)	0,709+
	Ναι	22,6 (5,3)	22 (19 – 27)	
Διαμονή Αθήνα	Όχι	24,1 (5,4)	24 (20 – 28)	0,487+
	Ναι	24 (5,4)	24 (21 – 27,5)	
Κάπνισμα	Όχι	24,7 (5,4)	25 (21 – 29)	0,298++
	Ναι	22,8 (5,3)	22,5 (19 – 27)	
	Σπάνια	23,9 (5,1)	24 (21 – 27)	

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως λυκείου	23,7 (5,4)	24 (20 – 28)	0,505++
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	24,5 (5,3)	25 (21 – 27)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	23,5 (5,7)	23 (20 – 28)	
Εργαζόμενη	Όχι	24,5 (5,8)	26 (21 – 29)	0,523+
	Ναι	23,8 (5,2)	24 (20 – 27)	
Έγγαμη	Όχι	22,9 (5,7)	22 (19 – 27)	0,244+
	Ναι	24,3 (5,2)	25 (21 – 28)	
Σωματικό νόσημα	Όχι	24,2 (5,3)	24 (21 – 28)	0,292+
	Ναι	22,8 (5,9)	22 (18 – 27)	
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	20,3 (5,1)	20 (17,5 – 22,5)	0,129+
	Ναι	24,5 (5,2)	25 (21 – 28)	
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	24,8 (4,8)	25 (21,5 – 28)	0,492++
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	23,7 (5,7)	22,5 (20 – 27,5)	
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	23,8 (5,4)	24 (20 – 28)	
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)	Όχι	23,9 (5,5)	24 (20 – 27)	0,870+
	Ναι	24,5 (4,3)	24 (21 – 28,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

- **Ανάλυση για την διάσταση ποιότητας σεξουαλικής ζωής.**

Η βαθμολογία στη διάσταση ποιότητας σεξουαλικής ζωής βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Οι έγγαμες είχαν καλύτερη σεξουαλική ζωή από τις άγαμες (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Συσχέτιση της ποιότητας σεξουαλικής ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους (στάδιο, λήψη ορμονοθεραπείας)

		Ποιότητα σεξουαλικής ζωής		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη	Όχι	10 (3,6)	10 (7 – 13)	0,620+
	Ναι	9,8 (3,5)	10 (7 – 13)	
Διαμονή Αθήνα	Όχι	10,6 (3,7)	11 (9 – 14)	0,055+
	Ναι	9,7 (3,5)	10 (7 – 12,5)	
Κάπνισμα	Όχι	10,1 (3,5)	10 (8 – 13)	0,375++
	Ναι	9,9 (3,5)	10 (7,5 – 13)	

	Σπάνια	9,2 (4)	9 (6 – 12,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως Απόφοιτος λυκείου	10,3 (3,4)	10 (8 – 13)	0,375++
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	9,6 (3,8)	10 (7 – 13)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	9,7 (3,4)	11 (7 – 12)	
Εργαζόμενη	Όχι	10,1 (4)	10 (7 – 13)	0,450+
	Ναι	9,9 (3,4)	10 (8 – 13)	
Έγγαμη	Όχι	7,6 (3,6)	7 (5 – 10)	<0,001+
	Ναι	10,6 (3,2)	11 (9 – 13)	
Σωματικό νόσημα	Όχι	9,9 (3,5)	10 (7 – 13)	0,551+
	Ναι	10,2 (3,7)	11 (8 – 13)	
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	9,2 (3,8)	10 (5 – 12)	0,236+
	Ναι	10,1 (3,5)	10 (8 – 13)	
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	9,9 (3,7)	10 (7 – 13)	0,995++
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	10,1 (3,2)	10 (8 – 13)	
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	9,9 (3,6)	10 (7 – 13)	
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)	Όχι	10 (3,6)	10 (8 – 13)	0,149+
	Ναι	9,3 (3,2)	9 (7 – 11,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

- **Ανάλυση για την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής.**

Η βαθμολογία στην συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο του δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, την οικογενειακή κατάσταση και την τακτική επίσκεψη στον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις. Οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν γενικά χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με όσες ήταν φυσιολογικές/λιποβαρείς. Επίσης, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι μη καπνιστές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους καπνιστές ($p=0,015$). Τέλος, οι έγγαμες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις άγαμες, όπως και όσες επισκέπτονταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, σε σχέση με όσες δεν έκαναν τακτικές επισκέψεις (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά και δεδομένα για την υγεία και εμμηνόπαυση τους (στάδιο, λήψη ορμονοθεραπείας)

		Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη	Όχι	85,3 (13,4)	86,5 (75,5 – 97)	0,021+
	Ναι	81,3 (13,4)	82 (71 – 92)	
Διαμονή Αθήνα	Όχι	84 (14,5)	88 (75 – 93)	0,395+
	Ναι	82,7 (13,2)	83 (73,5 – 94)	
Κάπνισμα	Όχι	85,1 (12,9)	85 (77 – 96)	0,029++
	Ναι	80,5 (13,7)	82,5 (70 – 92,5)	
	Σπάνια	80 (14,4)	79,5 (67,5 – 89)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως Απόφοιτος λυκείου	82,4 (14,2)	83 (71 – 94)	0,653++
	Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ	82,7 (12,5)	84 (75 – 93)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	84,6 (14,4)	86,5 (75 – 97)	
Εργαζόμενη	Όχι	82,4 (15,7)	87,5 (67,5 – 94,5)	0,931+
	Ναι	83,1 (12,9)	83 (74 – 93)	
Έγγαμη	Όχι	79,5 (14,6)	77 (66 – 93)	0,038+
	Ναι	84 (13)	85 (75 – 94)	
Σωματικό νόσημα	Όχι	83 (13,5)	84 (74 – 94)	0,845+
	Ναι	83,1 (14)	77,5 (74 – 96)	
Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις	Όχι	76,9 (13,7)	77 (68 – 85)	0,006+
	Ναι	83,9 (13,3)	85 (74,5 – 94)	
Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε;	Μη συστηματική έμμηνος ρύση	82,6 (11,5)	83,5 (73 – 91)	0,687++
	<12 μήνες διακοπή περιόδου	81,3 (15,9)	81,5 (70 – 96)	
	>12 μήνες διακοπή περιόδου	83,5 (13,6)	85 (74 – 94)	
Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση	Όχι	82,9 (13,8)	83,5 (74 – 94)	0,895+
	Ναι	83,6 (11,6)	85 (74 – 94)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητα ζωής με την ηλικία, την ικανοποίηση από το βιοτικό επίπεδο, την στήριξη κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο, την συχνότητα αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας, το βαθμό διαφοροποίησης άσκησης και διατροφής, την πληροφόρηση και την γενική αξιολόγηση της υγείας. Η ικανοποίηση από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με όλες τις διαστάσεις και την συνολική ποιότητα ζωής. Άρα μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Ομοίως, μεγαλύτερη στήριξη από το

κοινωνικό/οικογενειακό περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς (εκτός από την συναισθηματική διάσταση). Αντίθετα, όσο πιο συχνή ήταν η αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης τόσο επιδεινωνόταν η ποιότητα επαγγελματικής και σεξουαλικής ζωής. Επίσης, αυτές που διαφοροποίησαν την άσκηση και διατροφή τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς (εκτός από την συναισθηματική και σεξουαλική διάσταση). Τέλος, μεγαλύτερη ικανοποίηση για την πληροφόρηση από την επιστημονική κοινότητα πάνω στην εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία και καλύτερη αξιολόγηση γενικής υγείας σχετιζόνταν με καλύτερη ποιότητα ζωής (σε όλους τους τομείς και συνολικά). (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητα ζωής με την ηλικία, την ικανοποίηση από το βιοτικό επίπεδο, την στήριξη κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο, την συχνότητα αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας, το βαθμό διαφοροποίησης άσκησης και διατροφής, την πληροφόρηση και την γενική αξιολόγηση της υγείας.

		Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	Ποιότητα ζωής για την υγεία	Ποιότητα συναισθηματικής ζωής	Ποιότητα σεξουαλικής ζωής	Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής
Ηλικία	rho	0,10	0,04	0,01	0,01	0,09
	P	0,113	0,470	0,948	0,948	0,168
Ικανοποίηση από το οικονομικό εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης	rho	0,31	0,27	0,22	0,27	0,38
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Τι στήριξη είχατε από το κοινωνικό/οικογενειακό περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο	rho	0,16	0,17	0,09	0,27	0,22
	P	0,012	0,003	0,166	<0,001	0,001
Έχετε αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης;	rho	-0,13	0,01	-0,02	-0,14	-0,09
	P	0,034	0,907	0,712	0,020	0,160
Έχετε διαφοροποιήσει την σωματική σας δραστηριότητα και τη διατροφή σας προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης;	rho	0,15	0,34	0,01	0,06	0,21
	P	0,020	<0,001	0,817	0,300	0,001
Είστε ικανοποιημένη με το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνετε από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία	rho	0,24	0,26	0,25	0,19	0,33
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Πώς κρίνεται το επίπεδο υγείας σας γενικότερα;	rho	0,33	0,45	0,42	0,24	0,48
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Ακολούθως για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις και την συνολική ποιότητα ζωής, έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις και την συνολική αυτή κλίμακα και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών γυναικών, στοιχεία σχετικά με την υγεία, την εμμηνόπαυσή τους, την στήριξη και τη βοήθεια εκείνη την περίοδο, την αυτό-αξιολόγηση υγείας, την κλίμακα αυτοεκτίμησης και την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method), για την επιλογή του βέλτιστου υποσυνόλου ανεξάρτητων μεταβλητών, δίνονται στους πίνακες που παρατίθενται παρακάτω (Πίνακες 22-26).

• **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ποιότητας επαγγελματικής ζωής**

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, η ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία και το επίπεδο διαφοροποίησης της σωματικής δραστηριότητας και διατροφής ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής (Πίνακας 22). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής.
- Αντίστοιχα μεγαλύτερη ικανοποίηση από την πληροφόρηση από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής.
- Μεγαλύτερη διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και της διατροφής προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σχετιζόταν επίσης με καλύτερη ποιότητα ζωής στη διάσταση αυτή.

Πίνακας 22. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας επαγγελματικής ζωής

	β^+	SE $^{++}$	b $^{\pm}$	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	0,011	0,001	0,542	<0,001

Είστε ικανοποιημένη με το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνετε από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία	0,011	0,005	0,118	0,024
Επίπεδο διαφοροποίησης της σωματικής σας δραστηριότητα και της διατροφής σας προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης	0,009	0,004	0,112	0,031

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

• **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία**

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, ο δείκτης μάζας σώματος, η διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και διατροφής ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, η κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και οι τακτικές προληπτικές επισκέψεις στο γυναικολόγο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα υγείας (Πίνακας 23). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα υγείας.
- Οι υπέρβαρες/ παχύσαρκες γυναίκες είχαν χειρότερη υγεία από τις φυσιολογικές λιποβαρείς.
- Μεγαλύτερη διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και της διατροφής προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σχετιζόταν επίσης με καλύτερη υγεία.
- Εντονότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα υγείας.
- Όσες επισκέπτονταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις είχαν καλύτερη υγεία, σε σχέση με όσες δεν το έκαναν.

Πίνακας 23. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία

	β+	SE++	b÷	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	0,005	0,001	0,233	<0,001
Υπέρβαρη/Παχύσαρκτη (Ναι vs Όχι)	-0,045	0,010	-0,205	<0,001
Επίπεδο διαφοροποίησης της σωματικής σας δραστηριότητα και της διατροφής σας προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης;	0,020	0,004	0,231	<0,001
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	-0,002	0,001	-0,188	<0,001

Επισκέπτεστε τακτικά τον γυναικολόγο για	0,038	0,015	0,117	0,015
προληπτικές εξετάσεις; (Ναι vs Όχι)				

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

• **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ποιότητας συναισθηματικής ζωής**

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, η κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και η ικανοποίηση από την πληροφόρηση σχετικά με την γυναικεία υγεία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα συναισθηματικής ζωής (Πίνακας 24). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα συναισθηματικής ζωής.
- Εντονότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα συναισθηματικής ζωής.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα συναισθηματικής ζωής.

Πίνακας 24. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας συναισθηματικής ζωής

	β+	SE++	b÷	P
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	-0,004	0,001	-0,410	<0,001
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	0,007	0,001	0,405	<0,001
Είστε ικανοποιημένη με το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνετε από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία	0,008	0,004	0,097	0,035

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

• **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ποιότητας σεξουαλικής ζωής**

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, η οικογενειακή κατάσταση, η κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης, η ικανοποίηση από το εισόδημα και το βιοτικό επίπεδο καθώς και το επίπεδο στήριξης από το περιβάλλον την εμμηνοπαυσιακή περίοδο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα σεξουαλικής ζωής (Πίνακας 25). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν καλύτερη σεξουαλική ζωή.
- Εντονότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα σεξουαλικής ζωής.
- Οι έγγαμες είχαν καλύτερης ποιότητας σεξουαλική ζωή από τις άγαμες.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση από το εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα σεξουαλικής ζωής.
- Ομοίως, περισσότερη στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα σεξουαλικής ζωής.

Πίνακας 25. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την διάσταση ποιότητας σεξουαλικής ζωής

	β+	SE++	b÷	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	0,008	0,002	0,190	0,001
Έγγαμη (Ναι vs Όχι)	0,133	0,024	0,288	<0,001
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	-0,005	0,001	-0,201	<0,001
Ικανοποίηση από το οικονομικό εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης	0,037	0,012	0,162	0,003
Τι στήριξη είχατε από το κοινωνικό/οικογενειακό σας περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο	0,017	0,006	0,140	0,007

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

• Με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, ο δείκτης μάζας σώματος, η κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης, το επίπεδο στήριξης από το περιβάλλον την εμμηνοπαυσιακή περίοδο και η προσωπική αξιολόγηση της υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής (Πίνακας 26). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Εντονότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Αντίστοιχα, περισσότερη στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής.

- Όσες ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με όσες δεν ήταν.

Πίνακας 26. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής

	β^+	SE++	b^{\div}	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	0,008	0,001	0,500	<0,001
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	-0,002	0,000	-0,196	<0,001
Πώς κρίνεται το επίπεδο υγείας σας γενικότερα;	0,018	0,005	0,197	<0,001
Τι στήριξη είχατε από το κοινωνικό/οικογενειακό σας περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο	0,007	0,002	0,145	0,001
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη (Ναι vs Όχι)	-0,017	0,007	-0,111	0,013

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα \div τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Στη συνέχεια έγινε αντίστοιχα πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα αυτή και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών γυναικών, στοιχεία σχετικά με την υγεία, την εμμηνόπαυσή τους, η στήριξη και η βοήθεια εκείνη την περίοδο, η αυτό-αξιολόγηση υγείας και η κλίμακα αυτοεκτίμησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης, δίνονται στον παρακάτω πίνακα. Η κλίμακα αυτοεκτίμησης, ο δείκτης μάζας σώματος, και η προσωπική αξιολόγηση της υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (Πίνακας 27). Συγκεκριμένα:

- Όσες ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν εντονότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, συγκριτικά με όσες δεν ήταν.
- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν σχετιζόταν με λιγότερο έντονα εμμηνόπαυσης.
- Ομοίως, καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας σχετιζόταν με λιγότερο έντονα συμπτώματα εμμηνόπαυσης.

Πίνακας 27. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης

	β^+	SE++	b^{\div}	P
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη (Ναι vs Όχι)	0,057	0,027	0,116	0,038
Πώς κρίνεται το επίπεδο υγείας σας γενικότερα;	-0,071	0,017	-0,248	<0,001
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	-0,014	0,003	-0,279	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα \div τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Ακολουθώντας για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης έγινε πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την λήψη θεραπείας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών γυναικών, στοιχεία σχετικά με την υγεία, την εμμηνόπαυσή τους, την στήριξη και τη βοήθεια εκείνη την περίοδο και την αυτό-αξιολόγηση υγείας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης, δίνονται στον παρακάτω πίνακα. Ο δείκτης μάζας σώματος, η περιοχή διαμονής και η αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (Πίνακας 28). Συγκεκριμένα:

- Οι υπέρβαρες/ παχύσαρκες γυναίκες ήταν 0,67 φορές λιγότερο πιθανό να λάβουν αγωγή, σε σχέση με τις φυσιολογικές/λιποβαρείς.
- Όσες διέμεναν στην Αθήνα ήταν 15,98 φορές πιο πιθανό να λάβουν θεραπεία, συγκριτικά με όσους κατοικούσαν στην επαρχία.
- Μεγαλύτερη συχνότητα αναζήτησης βοήθειας από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης σχετιζόταν με μεγαλύτερη πιθανότητα λήψης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

Πίνακας 28. Μοντέλο πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης

	OR (95% ΔΕ)	P
Υπέρβαρη/Παχύσαρκη (Ναι vs Όχι)	0,33 (0,14 – 0,78)	0,011
Διαμονή Αθήνα (Ναι vs Όχι)	15,98 (2,06 – 124,11)	0,008

Έχετε αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης; 2,87 (1,94 – 4,25) <0,001

Τέλος, δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και την κλίμακα αυτοεκτίμησης ανάλογα με την λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Αυτές δεν βρέθηκε να διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Επίδραση της λήψης θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης στην κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και αυτοεκτίμησης.

	Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη)				P
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης	17,6 (8,8)	16,0 (11 – 23)	15,8 (6,1)	16,0 (11 – 21)	0,391+
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	32.5 (4.9)	32.0 (29 – 36)	32.0 (4.2)	31.0 (29 – 35.5)	0.387+

+Mann-Whitney test

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Συζήτηση

Η εμμηνόπαυση αν και αποτελεί ένα φυσιολογικό βιολογικό γεγονός, δεν παύει να σηματοδοτεί μια σημαντική μετάβαση στη ζωή των γυναικών, που σημαίνει το τέλος της αναπαραγωγικής τους ζωής. Για πολλές γυναίκες, αυτή η αλλαγή είναι λυτρωτική, απελευθερώνοντας την από ανησυχίες για την τεκνοποίηση, αλλά και από τον πόνο, τη δυσφορία ή τις αιμορραγίες που σχετίζονται με τα αναπαραγωγικά τους όργανα. Μερικές γυναίκες ωστόσο βλέπουν την εμμηνόπαυση αρνητικά, συνδέοντάς την με τη γήρανση, η οποία στους περισσότερους δυτικούς πολιτισμούς έχει σημαντικούς αρνητικούς συνειρμούς ή βιώνουν σοβαρής έντασης κλιμακτηριακά συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους (Minkin, 2019). Παρόλαυτα, η ΠΖ επηρεάζεται και άλλους μη εμμηνοπαυσιακούς-ορμονικούς παράγοντες, όπως συγκεκριμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που οι γυναίκες βιώνουν ή αντιμετωπίζουν τα κλιμακτηριακά συμπτώματα (Schneider & Birkhäuser, 2017). Επιπρόσθετα, η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών σε θέματα εμμηνόπαυσης δεν είναι ικανοποιητική, με αποτέλεσμα πολλά συμπτώματα να υποεκτιμούνται ή να υποδιαγιγνώσκονται και λίγες γυναίκες να καταφεύγουν τελικά στη βοήθεια των ειδικών (Abdullah et al., 2017; Krychman et al., 2017; Marino, 2021). Επίσης, οι θεραπευτικές επιλογές συνεχίζουν στις μέρες μας να είναι ελάχιστες ή να μην επικοινωνούνται σωστά (Trémollières et al, 2022). Στην παρούσα συγχρονική μελέτη, προσπαθήσαμε να αξιολογήσουμε την ποιότητας ζωής σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και να την συσχετίσουμε με την ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, την παράμετρο της αυτοεκτίμησης και πιθανούς προσδιοριστικούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπρόσθετα, θελήσαμε να ανιχνεύσουμε τις στάσεις των γυναικών απέναντι στις θεραπευτικές επιλογές που τους παρέχονται, αλλά και το επίπεδο ενημέρωσης που λαμβάνουν.

Το τελικό δείγμα της μελέτης μας το αποτέλεσαν 278 γυναίκες, αφού αποκλείστηκαν αυτές με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου ή ιατρογενούς αιτιολογίας εμμηνόπαυση, για

λόγους απάλειψης συγχυτικών παραγόντων, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα στατιστικά αποτελέσματα. Σε συγκριτική μελέτη έχει εξάλλου φανεί ότι η ΠΖ μετά από χειρουργική εμμηνόπαυση είναι χειρότερη σε σχέση με την φυσιολογική (Bhattacharya & Jha, 2010). Επίσης, σε συγχρονική μελέτη που συμπεριέλαβε και γυναίκες με χειρουργική εμμηνόπαυση, φάνηκε ότι η εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση ήταν χειρότερες στην ομάδα της χειρουργικής εμμηνόπαυσης (Gümüşsoy et al., 2023). Όσον αφορά τις γυναίκες με κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές νόσους έχει φανεί ότι βιώνουν με εντονότερο τρόπο τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και έχουν χειρότερη ΠΖ (Freeman et al., 2009; Dibonaventura et al., 2012). Η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης του δείγματος ήταν τα 49,8 έτη, που συμφωνεί και με άλλες μελέτες που αφορούσαν την ηλικία εμμηνόπαυσης στον ελληνικό πληθυσμό (Goumalatsos et al, 2009; Koukouliata et al., 2017). Όσον αφορά την κατανομή του δείγματος ανά στάδιο εμμηνόπαυσης, το 66,9% ήταν μετεμμηνοπαυσιακές και το 33,1% περιεμμηνοπαυσιακές (20,1% μη συστηματική έμμηνο ρύση και 12,9% διακοπή περιόδου για <12 μήνες). Στη στατιστική ανάλυση δεν υπήρξε διαφορά ανά στάδιο εμμηνόπαυσης ούτε στην ΠΖ ούτε στην ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων ούτε στην αυτοεκτίμηση και αυτό πιθανώς εξηγείται από την άνιση κατανομή του δείγματος ανά στάδιο, με την πλειοψηφία να αφορά μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Σε μια συγκριτική μελέτη γυναικών σε διαφορετική φάση εμμηνόπαυσης (προεμμηνόπαυση, περιεμμηνόπαυση, μετεμμηνόπαυση) φάνηκε ότι η αρνητική εικόνα σώματος και η μειωμένη αυτοεκτίμηση ήταν εντονότερες στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ βελτιώθηκαν μετεμμηνοπαυσιακά (Séjourné et al., 2019). Σε ελληνική συγχρονική μελέτη με δείγμα 1025 γυναίκες, όπου αξιολογήθηκαν ορμονολογικοί και δημογραφικοί παράγοντες, βρέθηκε ότι σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την σοβαρότητα των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων ήταν το στάδιο της εμμηνόπαυσης (συγκεκριμένα η μετάβαση στην εμμηνόπαυση ή τα πρώτα μετεμμηνοπαυσιακά χρόνια), καθώς και τα επίπεδα των ενδογενών οιστρογόνων, χωρίς ωστόσο να γίνει συσχέτιση με την ΠΖ (Grigoriou et al., 2013). Οι Avis et al. αναλύοντας δεδομένα από την πολυεθνική μελέτη SWAN είδαν ότι στην αρχική μη προσαρμοσμένη στατιστική ανάλυση οι πρώιμες περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ΠΖ σε σύγκριση με τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά στις τελικές προσαρμοσμένες αναλύσεις φάνηκε ότι το εμμηνοπαυσιακό στάδιο δεν σχετιζόταν με την ΠΖ. Αυτή η διαφορά εξηγήθηκε σε μεγάλο βαθμό από το αντιληπτό άγχος, το οποίο ήταν υψηλότερο μεταξύ των πρώιμων περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών (Avis et al., 2004). Ανάλογα ευρήματα μη επίδρασης

του σταδίου της εμμηνόπαυσης στην ΠΖ βρέθηκε και σε μελέτη 2000 μετεμμηνοπαυσιακών Αυστραλών γυναικών (Dennerstein et al., 1994).

Όσον αφορά τη στάση των γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση, το 39,2% είχε θετική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση (απαλλαγή από τα ενοχλητικά συμπτώματα της περιόδου, τις αιμορραγίες, είσοδος σε νέα φάση της ζωής), το 23,4% αρνητική (αίσθημα ηλικίας, απώλεια θηλυκότητας, ορμονικές αλλαγές, αλλαγή εικόνας σώματος, απώλεια γονιμότητας) και το 37,4% ήταν αδιάφορο. Οι Ayers et al., σε μια συστηματική ανασκόπηση έδειξαν ότι η στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση επηρεάζεται από μια σειρά πολιτιστικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίες μπορεί με τη σειρά τους να επηρεάσουν την εμπειρία της εμμηνόπαυσης και την αναφορά συμπτωμάτων. Γενικά, οι γυναίκες με πιο αρνητική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (Ayers et al., 2010). Υπάρχει σαφώς μια διαφορετική φυλετική προσέγγιση απέναντι στην εμμηνόπαυση. Πολλές μελέτες καταδεικνύουν την θετική και ενδυναμωτική οπτική των Ιαπώνων προς την εμμηνόπαυση, σε σχέση με τις Δυτικές και Αραβικές κοινωνίες, όπου η εμμηνόπαυση και η γήρανση εξακολουθούν να είναι ταμπού και να συνδέονται με αρνητικές έννοιες (Lock 1995; Yazdkhasti et al., 2019). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η πολυεθνική μελέτη SWAN των ΗΠΑ που περιελάμβανε γυναίκες Λευκής, Ιαπωνικής, Αφροαμερικανικής, Κινέζικης και Ισπανικής καταγωγής, όπου οι Γιαπωνέζες ανέφεραν τα λιγότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα (VMS), ενώ οι Αφροαμερικάνες τα περισσότερα (Gold et al., 2006; Thurston et al., 2008). Ωστόσο, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, αλλά και ο τρόπος ζωής. Οι Anderson et al. έδειξαν διακυμάνσεις στα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από Γιαπωνέζες που ζούσαν στις ΗΠΑ σε σχέση με αυτές που ζούσαν στην Ιαπωνία, αναδεικνύοντας πως ο δυτικός τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει την κουλτούρα (Anderson et al., 2004). Αντίστοιχα ευρήματα έδειξε μελέτη σε Έλληνες μετανάστες της Μελβούρνης (Liu & Eden, 2008).

Όσον αφορά την υποκειμενική αξιολόγηση των συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης ως ενοχλητικά, το 54,7% των γυναικών βρήκε πιο ενοχλητικές τις εξάψεις, το 41,7% τις αλλαγές στο μεταβολισμό, το 41,4% την ξηρότητα του κόλπου, το 37,1% τις ψυχολογικές μεταπτώσεις και το 33,8% τις αϋπνίες. Ακολούθησε, για το 27% η μείωση σεξουαλικής επιθυμίας, για το 21,6% οι κεφαλαλγίες/ζάλη, για το 18,3% η

οστεοπόρωση και για το 7,6% η ακράτεια ούρων/ουρολοιμώξεις. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (VMS) είναι αυτά που ταλαιπωρούν περισσότερο τις γυναίκες και είναι η κύρια αιτία να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας. Πιο έντονα είναι τα συμπτώματα κατά την μεταβατική φάση και τα πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης, ενώ μετέπειτα επέρχεται μια ορμονική σταθερότητα (da Silva et al., 2013; Medeiros Capistrano et al., 2015; Avis et al., 2018). Σε ελληνική μελέτη σε δείγμα 1.025 γυναικών, βρέθηκε αντίστοιχα ότι το 40% παρουσιάζει μέτρια ως σοβαρά VMS και το 34,5% σεξουαλική δυσλειτουργία (Grigoriou et al., 2013). Επίσης, σε πρόσφατη συγχρονική μελέτη με δείγμα 3.460 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών από Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός του μέτριου έως σοβαρού VMS ήταν 40%, 34% και 16% σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία, αντίστοιχα, αναδεικνύοντας πάλι την φυλετική επίδραση στην εμφάνιση και αναφορά των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων (Nappi et al., 2021).

Οι επαγγελματίες που μίλησαν περισσότερο για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και τις επιλογές αντιμετώπισης ήταν κατά 56,7% γυναίκες, κατά 29,1% άτομα και των δύο φύλων και άντρες σε ποσοστό 14,2%. Η βιβλιογραφία σχετικά με τη συχνότητα και την ποιότητα των συζητήσεων για την εμμηνόπαυση μεταξύ γυναικών γυναικολόγων και των ασθενών τους δείχνει ότι οι γυναίκες γυναικολόγοι είναι συχνά πιο άνετες και διατεθειμένες να συζητήσουν αυτό το θέμα, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο, πιθανώς λόγω της αντίστοιχης δικής τους εμπειρίας, αλλά και της γενικότερης ενσυναίσθησης που καταδεικνύουν απέναντι στους ασθενείς τους. Αλλά και οι ίδιες οι γυναίκες νιώθουν πιο άνετα να επικοινωνήσουν τα προβλήματα της εμμηνόπαυσης σε γυναίκες γυναικολόγους (Bertakis, 2009; Cordingley et al., 2009).

Προκειμένου να διερευνηθεί ο ρόλος που παίζουν στην ΠΖ τα κλιμακτηρικά συμπτώματα, η αυτοεκτίμηση, αλλά και ένα σύνολο κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, έγινε αρχικά στατιστική ανάλυση της πιθανής επίδρασης τους ως μονομεταβλητές. Ακολούθως για την εύρεση των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις και την συνολική ποιότητα ζωής έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ΠΖ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών γυναικών, στοιχεία σχετικά με την υγεία, την εμμηνόπαυσή τους, την στήριξη και τη βοήθεια εκείνη την περίοδο, την αυτό-

αξιολόγηση υγείας, την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και την κλίμακα αυτοεκτίμησης. Τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και η αυτοεκτίμηση, τόσο όταν αξιολογούνταν ως μονομεταβλητές, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε ότι επηρέαζαν στατιστικά σημαντικά όλες τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα ήταν σημαντικά και θετικά συσχετισμένες με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, οπότε μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής ($p < 0,001$). Αντίθετα, ήταν σημαντικά αλλά αρνητικά συσχετισμένες με την κλίμακα συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης, οπότε εντονότερα συμπτώματα σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής σε κάθε διάσταση και συνολικά ($p < 0,001$). Αρνητική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα εμμηνόπαυσης και την αυτοεκτίμηση, άρα περισσότερα συμπτώματα εμμηνόπαυσης σχετίζονταν και με λιγότερη αυτοεκτίμηση και το αντίστροφο ($p < 0,001$). Με τα παραπάνω συμπεράσματα μας συμφωνούν πολλές προοπτικές και συγχρονικές μελέτες. Έτσι, στην κλασική μελέτη SWAN στις ΗΠΑ σε δείγμα 3.302 εμμηνοπαυσιακών γυναικών με follow-up 10 έτη, διαπιστώθηκε ότι η αρνητική συσχέτιση μεταξύ αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (VMS) και ΠΖ ήταν ισχυρότερη σε αυτές με πιο συχνά και σοβαρά VMS (Avis et al., 2009; Thurston & Joffe, 2011). Παρόλαυτα, δεν πρέπει να γίνεται άμεση και a priori συσχέτιση των VMS με την ΠΖ, γιατί υπάρχουν γυναίκες με ενοχλητικά κλιμακτηριακά συμπτώματα τα οποία ωστόσο δεν επιδρούν αρνητικά στην καθολική ΠΖ τους, πιθανά λόγω επίδρασης άλλων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων (Avis et al., 2004). Στη μελέτη STRIDE (Do stage transitions result in detectable effects?), όπου 732 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρακολουθήθηκαν σε βάθος 5ετίας, διαπιστώθηκε ότι η αρνητική επίδραση της εμμηνόπαυσης στην ΠΖ συνεχίζεται και στην περίοδο της όψιμης εμμηνόπαυσης, απλά αφορά άλλες διαστάσεις της ΠΖ, όπως την σεξουαλική υγεία (Hess et al., 2012). Στον ελληνικό πληθυσμό οι Giannouli et al. σε δείγμα 1.140 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, 45-65 ετών, με τη χρήση του ερωτηματολογίου ΠΖ UTIAN και την κλιμακτηριακή κλίμακα Greene, έδειξαν ότι η παρουσία και η ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων είχε αρνητικό αντίκτυπο σε όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής (Giannouli et al., 2012). Επιπρόσθετα, η εμμηνόπαυση επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμηση λόγω των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που προκαλεί, αλλά και αμφίδρομα γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση βιώνουν με πιο έντονο τρόπο τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (Quiroga et al., 2017; Vincent et al., 2023). Οι Włodarczyk et al. έδειξαν ότι γυναίκες που εμφανίζουν υψηλής έντασης ψυχολογικά, αγγειοκινητικά και σωματικά συμπτώματα εμμηνόπαυσης παρουσιάζουν

φτωχότερη εικόνα του σώματος τους και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (Włodarczyk et al., 2017). Η Reynolds (2002) βρήκε ότι οι γυναίκες που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα του εαυτού τους βιώνουν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα με μεγαλύτερη δυσφορία και επιπλέον εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Reynolds et al., 2002).

Όσον αφορά τον ρόλο των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην κλίμακα ποιότητας ζωής, όταν αξιολογούταν ως μονομεταβλητές, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν γενικά χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με όσες ήταν φυσιολογικές/λιποβαρείς. Οι μη καπνιστές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους καπνιστές, οι έγγαμες από τις άγαμες, καθώς και όσες επισκέπτονταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, σε σχέση με όσες δεν έκαναν τακτικές επισκέψεις. Η ικανοποίηση από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με όλες τις διαστάσεις και την συνολική ποιότητα ζωής. Ομοίως, μεγαλύτερη στήριξη από το κοινωνικό/οικογενειακό περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο σχετιζόταν με καλύτερη ΠΖ. Το ίδιο και αυτές που διαφοροποίησαν την άσκηση και διατροφής τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Τέλος, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την πληροφόρηση που έλαβαν από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και καλύτερη αξιολόγηση της γενικής υγείας σχετιζόνταν με καλύτερη ποιότητα ζωής (σε όλους τους τομείς και συνολικά). Όταν ωστόσο οι παραπάνω παράμετροι αξιολογήθηκαν στατιστικά με την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, διαπιστώθηκε ότι μόνο η καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας, καθώς και η στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής στη συνολική κλίμακα, ενώ αντίθετα όσες ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν χειρότερη ΠΖ συγκριτικά με όσες δεν ήταν. Αναλύοντας την κάθε διάσταση της κλίμακας ΠΖ ξεχωριστά ως εξαρτημένη μεταβλητή, διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη ικανοποίηση από την πληροφόρηση από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση, καθώς και η διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και της διατροφής συνεπαγόταν καλύτερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Όσον αφορά τη διάσταση ποιότητας ζωής για την υγεία, οι υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες είχαν χειρότερη υγεία από τις φυσιολογικές/λιποβαρείς, ενώ αυτές με μεγαλύτερη διαφοροποίηση της σωματικής δραστηριότητας και της διατροφής τους, καθώς και όσες επισκέπτονταν τακτικά τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις είχαν καλύτερη υγεία, σε σχέση με όσες δεν το έκαναν. Όσον αφορά τη διάσταση ποιότητα

συναισθηματικής ζωής, η ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης που λάμβαναν από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα συναισθηματικής ζωής. Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση ποιότητα σεξουαλικής ζωής, οι έγγαμες, αυτές που είχαν περισσότερη στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και ήταν ικανοποιημένες από το εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης είχαν και καλύτερη ποιότητα σεξουαλικής ζωής.

Όσον αφορά τον ρόλο των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην κλίμακα των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, στην πολυπαραγοντική ανάλυση, όσες ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν εντονότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, ενώ η καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας σχετιζόταν με λιγότερο έντονα συμπτώματα εμμηνόπαυσης.

Ο σημαντικός ρόλος της κοινωνικής-οικογενειακής υποστήριξης, του βιοτικού επιπέδου, του ΔΜΣ, της διατροφής και άσκησης, του καπνίσματος, του έγγαμου βίου, του αυτό-αντιλαμβανόμενου επιπέδου υγείας, του βαθμού πληροφόρησης των γυναικών για την εμμηνόπαυση και της γενικότερης συμπεριφοράς συμμόρφωσης για προληπτικές εξετάσεις, έχει φανεί σε πολλές μελέτες ότι μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, αλλά και την ένταση, καθώς και εμπειρία των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Δεδομένα από την μελέτη SWAN έδειξαν ότι γυναίκες που βρίσκονταν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν VMS σε σχέση με τις αντίστοιχες με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο. Οι λόγοι για τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και VMS, δεν είναι απόλυτα κατανοητοί. Μια πιθανή σύνδεση είναι ότι η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση σχετίζεται με το κάπνισμα, τον υψηλότερο ΔΜΣ, το υψηλότερο αντιληπτό άγχος και το υψηλότερο αρνητικό συναίσθημα, και συγκεντρώνεται σε ορισμένες μειονοτικές εθνικές και κοινωνικές ομάδες (Thurston & Joffe, 2011). Σε άλλη μελέτη στις ΗΠΑ σε δείγμα 2703 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών καλύτερη ΠΖ παρουσίασαν οι μεγαλύτερες γυναίκες 60-65 έτη, οι μη-καπνίστριες, με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, με χαμηλό ΔΜΣ και αυτές που ασκούσαν (Williams et al., 2009). Επίσης, μια μελέτη από το Ιράν σε δείγμα 675 γυναικών, έδειξε ότι καλύτερη ΠΖ είχαν γυναίκες σε μετεμμηνοπαυσιακό στάδιο 5 ετών και άνω, οι έγγαμες, οι κατέχουσες πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι εργαζόμενες, αυτές με χαμηλό ΔΜΣ και με αθλητική δραστηριότητα. Το γεγονός ότι οι ηλικίες 60-65 ετών παρουσίασαν

καλύτερη ΠΖ, πιθανώς δείχνει ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες μαθαίνουν με τον χρόνο και μέσα από προσαρμογές στον τρόπο ζωής τους να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Mirhaghjou et al., 2016). Στον ελληνικό πληθυσμό οι Giannouli et al σε συγχρονική μελέτη με δείγμα 1140 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, έδειξαν ότι η ΠΖ σχετιζόταν θετικά με τον έγγαμο βίο, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, το φυσιολογικό ΔΜΣ, την σωματική άσκηση και την καλή οικονομική κατάσταση και αρνητικά με την παρουσία και ένταση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων (Giannouli et al., 2012). Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν και οι Koundi et al, σε δείγμα 216 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, όπου καλύτερη ΠΖ παρουσίασαν οι έγγαμες, με παιδιά και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Koundi et al., 2006). Σε άλλη πρόσφατη ελληνική συγχρονική μελέτη, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενες γυναίκες, οι έγγαμες και οι γυναίκες πανεπιστημιακού μορφωτικού επιπέδου παρουσίασαν λιγότερο έντονα VMS και τα αντιμετώπιζαν καλύτερα (Augoulea et al., 2019). Στη δική μας ωστόσο μελέτη το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα δεν φάνηκαν να συσχετίζονται με την ΠΖ, παρά το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους ήταν εργαζόμενες γυναίκες (75,4%) και με εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου (55,1%). Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι οι δυο αυτοί παράμετροι δεν επέφεραν την αναμενόμενη βελτίωση στο οικονομικό επίπεδο (μόλις το 30,5% του δείγματος ανέφερε πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένο με το βιοτικό επίπεδο του). Επίσης, στη μελέτη μας, η ικανοποίηση από το οικονομικό επίπεδο, ενώ συσχετίστηκε ως μονομεταβλητή θετικά με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας ΠΖ, στην πολυπαραγοντική ανάλυση συσχετίστηκε θετικά μόνο με την ΠΖ στη σεξουαλική υγεία. Όσον αφορά την επίδραση συνοσηροτήτων, έχει φανεί σε πολλές μελέτες ότι το ιστορικό χρόνιου νοσήματος σχετίζεται με χειρότερη ΣΥΠΖ (Liu et al., 2014; Szadowska-Szlachetka et al., 2019). Η παρουσία σωματικού χρόνιου νοσήματος δεν φάνηκε ωστόσο να επιδρά στη δική μας μελέτη, λόγω ίσως του χαμηλού ποσοστού (14%) και της μικρής σοβαρότητας τους. Οι Castelo-Branco et al, σε μια μελέτη για την επίδραση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών στην ΠΖ, έδειξαν ότι γυναίκες με αυξημένο ΔΜΣ και κοιλιακή παχυσαρκία παρουσίασαν χειρότερη γενική QOL και συμπτώματα εμμηνόπαυσης (Castelo-Branco et al., 2009). Το ίδιο και στη μελέτη μας, ο αυξημένος ΔΜΣ (το 58,1% ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες) συσχετίστηκε αρνητικά τόσο ως μονομεταβλητή, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τόσο με την κλίμακα ΠΖ, όσο και με την κλίμακα κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Επίσης, σημαντικός προγνωστικός παράγοντας στη βελτίωση της συνολικής κλίμακας ΠΖ αποτέλεσε η διαφοροποίηση στην άσκηση και

διατροφή όταν αξιολογήθηκε ως μονομεταβλητή. Στη δε πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι επιδρά στη βελτίωση κάποιων διαστάσεων της ποιότητας ζωής (επαγγελματική και ποιότητα ζωής στην υγεία), αλλά όχι στη συνολική κλίμακα, ούτε στην κλίμακα των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Αυτό πιθανά να εξηγείται από το μικρό ποσοστό των γυναικών που τελικά διαφοροποίησαν την σωματική τους δραστηριότητα και διατροφή, μόλις το 21% πολύ ή πάρα πολύ, ενώ το 51,4% λίγο ή καθόλου. Ενδεχομένως, μια ουσιαστικότερη διαφοροποίηση θα αναδείκνυε καλύτερα τον ευεργετικό ρόλο της άθλησης και διατροφής πάνω στην ΠΖ και την εμπειρία των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων.

Επίσης, το κάπνισμα είναι μία από τις πιο σταθερά παρατηρούμενες συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με το VMS. Στη μελέτη SWAN, κατά τη διάρκεια έξι ετών παρακολούθησης, οι καπνιστές είχαν πάνω από 60% αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν VMS σε σχέση με μη καπνιστές (Avis et al., 2018). Σε μια πληθυσμιακή μελέτη 6917 μετεμμηνοπαυσιακών Σουηδών γυναικών φάνηκε ότι η χειρότερη ΠΖ συσχετίστηκε με την ανεργία, την απουσία άσκησης, τον άγαμο βίο, τον υψηλό ΔΜΣ, το ιστορικό καρκίνου και βαριές συνήθειες καπνίσματος ($> \dot{\eta} = 15$ τσιγάρα/ημέρα) (Li et al., 2005). Στη μελέτη μας το κάπνισμα επηρέασε την συνολική κλίμακα ΠΖ όταν αξιολογήθηκε ως μονομεταβλητή, γεγονός που ωστόσο δεν επιβεβαιώθηκε στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Επίσης, η υποστήριξη που λαμβάνει η μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα είτε από τον κοινωνικό περίγυρο είτε από την οικογένεια και τον σύζυγο μπορεί να επηρεάσει θετικά την ΣΥΠΖ της. Η παράμετρος της κοινωνικής/οικογενειακής στήριξης βρέθηκε στατιστικά σημαντική και στη δική μας μελέτη, τόσο όταν μελετήθηκε ως μονομεταβλητή, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Συγχρονική μελέτη από το Βιετνάμ έδειξε ότι η προσοχή και η υποστήριξη από το κοινωνικό περίγυρο βοηθούν τις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες να περιορίσουν τις αρνητικές σκέψεις και τις ενοχές και να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης (Nguyen et al., 2022). Επίσης, σε δείγμα 334 γυναικών που συμμετείχαν στην Seattle Midlife Women's Health Study που αξιολογήθηκαν προοπτικά από το 1997 ως το 2005, φάνηκε ότι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ΠΖ ήταν η κοινωνική υποστήριξη, η χρήση των προσωπικών πόρων για αυτοδιαχείριση και ο αριθμός αρνητικών γεγονότων της ζωής, παρά η ίδια η μετάβαση στην εμμηνόπαυση per se (Smith-DiJulio et al., 2008). Στη δική μας μελέτη, το 30, 3% ανέφερε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο από το

επίπεδο της στήριξης που έλαβε από το κοινωνικό/οικογενειακό περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο, το 33,9% λίγο ως καθόλου και το 10,4% δεν την χρειάστηκε. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι κάποιες απάντησαν «Καθόλου» όχι γιατί δεν έλαβαν την στήριξη ενώ την χρειαζόταν, αλλά γιατί δεν είχαν σημαντικά συμπτώματα για να ζητήσουν στήριξη. Επιπρόσθετα, η παράμετρος της ικανοποίησης από την σχέση με τον σύζυγο δεν συσχετίστηκε σημαντικά ούτε με την κλίμακα ΠΖ, ούτε με την κλίμακα των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών. Οι Mirhaghjou et al σε πληθυσμιακή μελέτη σε 675 Περσίδες γυναίκες έδειξαν ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του συζύγου έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη αντίληψη των συμπτωμάτων των εμμηνοπαυσιακών γυναικών (Mirhaghjou et al., 2016). Σε μια άλλη συγχρονική μελέτη από την Τουρκία με 886 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έδειξε ότι η κακή σχέση εντός γάμου σχετίζονταν με κακή ΠΖ (Karaçam & Seker, 2007). Όπως όμως έδειξαν οι Avis et al με δεδομένα από την πολυεθνική μελέτη SWAN, σε δείγμα 13.874 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ο έγγαμος βίος, το αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, το άγχος, η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και οι στάσεις απέναντι στη γήρανση και την εμμηνόπαυση επηρέασαν με διαφορετικό τρόπο την ΠΖ, ανάλογα με την φυλή που ανήκαν οι γυναίκες. Η κοινωνική υποστήριξη και ο έγγαμος βίος φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ΠΖ μεταξύ των Κινέζων γυναικών και μικρότερη μεταξύ των ισπανόφωνων γυναικών, που ίσως αντανάκλα τον σημαντικό ρόλο που παίζει η οικογένεια και οι φίλοι στον πολιτισμό αυτό, όπως άλλωστε και στον δικό μας (Avis et al., 2004). Παρόλαυτα, ο έγγαμος βίος στη μελέτη μας, ως μονομεταβλητή παράμετρος συσχετίστηκε σημαντικά με την συνολική κλίμακα ΠΖ και στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο με την διάσταση ΠΖ της σεξουαλικής υγείας. Σε παλαιότερες ελληνικές μελέτες έχει βρεθεί ότι ο έγγαμος βίος σχετίζεται στατιστικά με την συνολική ΠΖ στην εμμηνόπαυση, αλλά αποτελεί και σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ομαλής κοινωνικής λειτουργίας (Koukouli et al., 2002; Giannouli et al., 2012).

Επίσης, στατιστικά σημαντικό ρόλο στη μελέτη μας έπαιξε το αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, τόσο στην κλίμακα ΠΖ, όσο και στην κλίμακα κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Το αυτο-αξιολογούμενο επίπεδο υγείας είναι μια πολυδιάστατη έννοια που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και έχει αποδειχθεί σταθερός και αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας των αποτελεσμάτων υγείας και της ΠΖ (Kawada, 2003). Στη μελέτη μας το 37, 4% το αξιολόγησε ως πολύ και πάρα πολύ ικανοποιητικό, το

50% αρκετά ικανοποιητικό και μόλις το 12, 6% καθόλου ή λίγο ικανοποιητικό. Αντίστοιχη Ιαπωνική μελέτη σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες αναφέρει πολύ χαμηλά ποσοστά φτώχης αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας (10%), αναδεικνύοντας ότι η εμπειρία της εμμηνόπαυσης *per se* δεν επηρέασε το επίπεδο υγείας τους (Suka et al., 2010). Ωστόσο, γυναίκες που εμφανίζουν έντονα υποκειμενικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια τους μετάβαση στην εμμηνόπαυση είναι πολύ πιθανό να αξιολογήσουν την υγεία τους ως κακή (Dennerstein et al., 2003). Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο στο αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας παίζουν οι συνοσηρότητες και η λήψη φαρμάκων (Simon et al., 2005). Στη μελέτη μας, όπως αναφέρθηκε, υπήρχε μικρό ποσοστό χρόνιων νοσημάτων (14%) και είχαν εξαιρεθεί γυναίκες με σοβαρή ψυχιατρική νόσο ή ιστορικό καρκίνου. Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η προσαρμοστικότητα και ψυχολογική ανθεκτικότητα (resilience) που ουσιαστικά αφορά την ικανότητα ενός ατόμου να προλαμβάνει, να ελαχιστοποιεί ή να ξεπερνά το στρες που προκαλούν τα προβλήματα της ζωής. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά βιώνουν ηπιότερα και λιγότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (Chedraui et al., 2012). Οι Duffy et al, σε μελέτη 4.407 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών βρήκαν ότι λιγότερο ανθεκτικές στα αγγειοκινητικά συμπτώματα ήταν όσες είχαν υψηλό ΔΜΣ, καπνίστριες, με μέτρια σωματική υγεία και σωματική δραστηριότητα, όσες είχαν προηγούμενες εμπειρίες με ενοχλητικά συμπτώματα περιόδου και όσες αξιολογούσαν ότι τα κλιμακτηριακά συμπτώματά τους έχουν αρνητικές συνέπειες στη ζωή τους (Duffy et al., 2012).

Όσον αφορά την παράμετρο της ικανοποίησης με το βαθμό πληροφόρησης από τους επαγγελματίες υγείας για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία, το 45,9% δήλωσε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 23,1% καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο. Η παράμετρος αυτή σχετίστηκε θετικά με την συνολική κλίμακα ΠΖ όταν αξιολογήθηκε στατιστικά ως μονομεταβλητή. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ωστόσο βρέθηκε στατιστική συσχέτιση με τη διάσταση ΠΖ επαγγελματικής και συναισθηματικής ζωής, αλλά όχι με τη συνολική κλίμακα ΠΖ. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υποφέρουν από έλλειψη πληροφόρησης για τα συμπτώματα και τις πρακτικές αντιμετώπισης της εμμηνόπαυσης (Munn et al., 2022). Πρόσφατη μελέτη από την Ισπανία έδειξε ότι οι γνώσεις για την εμμηνόπαυση σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής (Larroy et al., 2020). Η ενημέρωση των γυναικών από την νεαρή ηλικία αποτελεί έναν πολύ

σημαντικό παράγοντας βελτίωσης της μελλοντικής εμπειρίας της εμμηνόπαυσης για αυτό και είναι σημαντική η ανάπτυξη στοχευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης, προετοιμασίας και ευαισθητοποίησης (Patel et al., 2023). Σημαντικός, είναι και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δυστυχώς δεν είναι επαρκώς ευαισθητοποιημένοι ούτε εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία των προβλημάτων της εμμηνόπαυσης και των επιλογών θεραπείας (Macpherson & Quinton, 2022). Στη μελέτη μας οι πηγές πληροφόρησης για την εμμηνόπαυση ήταν στην πλειοψηφία τους (76,3%) επαγγελματίες υγείας, στο 30,9% το κοινωνικό περιβάλλον, στο 25,2% το διαδίκτυο, στο 11,9% η τηλεόραση/διαφημίσεις και στο 11,5% τα φαρμακεία. Τα ποσοστά αυτά είναι καλύτερα από μια αντίστοιχη μελέτη στη Βραζιλία, όπου το 44,5% των γυναικών απέδωσε τη γνώση για την εμμηνόπαυση σε φίλους και συγγενείς, σε επαγγελματίες υγείας το 44,3%, στο διαδίκτυο το 6,85% και το 6,9% δεν είχε καμιά πηγή πληροφόρησης (de Arruda Amaral et al., 2019). Στο δείγμα της μελέτης μας το 47,4% δήλωσε πως δεν χρειάστηκε βοήθεια από επαγγελματία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και δεν πήγε καθόλου, μόλις το 9,7% κατέφυγε σε αυτόν πολλές και πάρα πολλές φορές, το 16,2% αρκετές και το 26,6% λίγες. Η ανταπόκριση που βρήκαν από αυτούς ήταν λίγο ή καθόλου στο 14,1%, μέτρια στο 25,8%, πολύ μεγάλη και πάρα πολύ μεγάλη στο 36%. Δυστυχώς υπάρχουν πολλές μελέτες στη βιβλιογραφία που δείχνουν αυξημένα ποσοστά γυναικών που δεν επικοινωνούν τα συμπτώματά τους και δεν αναζητούν βοήθεια, ίσως γιατί τα θεωρούν ένα φυσιολογικό βιολογικό φαινόμενο ή γιατί δεν είναι αρκετά σοβαρά για να τους επηρεάσουν ή ίσως γιατί δεν ξέρουν ότι υπάρχουν επιλογές θεραπείας (Trémollières et al., 2022). Για παράδειγμα, τα συμπτώματα του GSM (ουρογεννητικού συνδρόμου) επηρεάζουν το 27% έως 84% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, αλλά μόλις το 7% αυτών αναφέρουν τη χρήση συνταγογραφούμενων θεραπειών (Marino, 2021). Δεδομένα από τη μελέτη VIVA σε 3.520 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έδειξε ότι το 37% δεν συμβουλευτήκε κανέναν επαγγελματία υγείας και το 40% περίμενε 1 χρόνο ή περισσότερο πριν το κάνει (Simon et al., 2013). Ανάλογη καθυστέρηση από 1-2 χρόνια για αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς, έδειξε και μελέτη στην Ταιβάν όπου διερευνήθηκε η συμπεριφορά αναζήτησης ιατρικής βοήθειας των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών (Hsiao et al., 2009). Το 1992, ο μέγιστος αριθμός γυναικών που ζητούσαν συμβουλή για συμπτώματα εμμηνόπαυσης στο Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 15% (Morse et al., 1994). Δυστυχώς, μελέτες της τελευταίας εικοσαετίας δεν έχουν δείξει ποσοστά γυναικών που να ξεπερνούν το 30-35% που

αναζητούν βοήθεια, αναδεικνύοντας την ανάγκη ενδυνάμωσης και ευαισθητοποίησης των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών (Guthrie et al., 2003; Yang et al., 2008; Trémollières et al., 2022).

Όσον αφορά την παράμετρο της τακτική επίσκεψης στον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, που ουσιαστικά υποδηλώνει μια ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε θέματα πρόληψης υγείας, όταν αξιολογήθηκε ως μονομεταβλητή βρέθηκε ότι σχετίζετε θετικά με τη βελτίωση της συνολικής κλίμακας ΠΖ. Στην πολυπαραγοντική ωστόσο ανάλυση βρέθηκε στατιστική συσχέτιση με τη διάσταση ΠΖ στην υγεία, αλλά όχι με τη συνολική κλίμακα ΠΖ. Σε παλαιότερη ελληνική μελέτη οι Giannouli et al. είχαν επίσης βρει ότι οι πιο συνειδητοποιημένες σε θέματα υγείας-πρόληψης γυναίκες ήταν πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν τους φορείς δημόσιας υγείας και αυτό είχε συσχετιστεί με καλύτερη ΠΖ (Giannouli et al., 2012).

Τέλος, όσον αφορά τη λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ), μόλις το 13% απάντησε ότι είχε λάβει και αφορούσε αποκλειστικά γυναίκες που διέμεναν στην Αθήνα και όχι στην επαρχία. Ο μέσος χρόνος λήψης της θεραπείας ήταν τα 2 έτη (ενδ. εύρος: 1 – 4 έτη). Κύριες αιτίες μη λήψης ήταν: το 61,3% έκρινε ότι δεν ήταν απαραίτητο, το 23,4% φοβόταν τις παρενέργειες, το 21,8% προτιμούσε τα μη φαρμακευτικά σκευάσματα-συμπληρώματα, το 19% φοβόταν τον καρκίνο από τις ορμόνες, το 6,5% είχε λάβει αρνητική συμβουλευτική και στο 3,2% υπήρχε έλλειψη ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας. Όταν αξιολογήθηκε η ΘΟΥ ως μονομεταβλητή δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, ούτε παρατηρήθηκε στατιστική βελτίωση στην ΠΖ ή στα κλιμακτηριακά συμπτώματα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τον σχεδιασμό της μελέτης, αφού ζητούνταν από τις γυναίκες να αναφέρουν τα τωρινά συμπτώματα και όχι να τα συγκρίνουν με την κατάσταση τους πριν από τη λήψη της ΘΟΥ. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη συχνότητα αναζήτησης βοήθειας από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης σχετιζόταν με μεγαλύτερη πιθανότητα λήψης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, καθώς επίσης και η διαμονή σε μεγάλο αστικό κέντρο (15,98 μεγαλύτερη πιθανότητα λήψης ΘΟΥ για όσες διέμεναν Αθήνα). Αντίθετα, οι υπέρβαρες/ παχύσαρκες γυναίκες ήταν 0,67 φορές λιγότερο πιθανό να λάβουν αγωγή, σε σχέση με τις φυσιολογικές/λιποβαρείς. Πολλές διεθνείς μελέτες έχουν συσχετίσει τη λήψη ΘΟΥ με τη βελτίωση της ΠΖ και την ύφεση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, αλλά η χρήση της συνεχίζει να είναι περιορισμένη

μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης WHI που την συσχέτισαν με αύξηση καρκίνου μαστού και θρομβοεμβολικών επεισοδίων (Santoro et al., 2021). Η πρόσφατη μελέτη ELISA σε πληθυσμό 5.004 Γαλλίδων έδειξε ότι μόνο το 6% χρησιμοποιούσε ΘΟΥ και οι κύριοι λόγοι μη χρήσης ήταν ο φόβος για τις ορμόνες (35%) και οι παρενέργειες (25%). Μάλιστα το 62 % των γυναικών ανέφεραν ότι η απόφαση να μην λάβουν ΜΗΤ υποστηρίχθηκε από τον γιατρό τους (Trémollières et al., 2022). Επίσης σε άλλη πρόσφατη πολυεθνική μελέτη βρέθηκε ότι το 83% των συμμετεχόντων στην Ευρώπη, το 81% στις ΗΠΑ και το 91% στην Ιαπωνία δεν είχαν λάβει ποτέ ΘΟΥ. Ο κυρίαρχος λόγος για τη μη λήψη ΘΟΥ ήταν η πεποίθηση ότι η εμμηνόπαυση θα περάσει από μόνη της (52% στην Ευρώπη, 53% στις ΗΠΑ, 66% στην Ιαπωνία). Άλλοι λόγοι περιελάμβαναν ανησυχίες για παρενέργειες, για μακροπρόθεσμους κινδύνους που σχετίζονται με την ΘΟΥ, έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την ΘΟΥ και βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό (Nappi et al., 2021). Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, οι Vlachou et al (2014) σε δείγμα 216 Ελληνίδων μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών που συνέκριναν την ομάδα γυναικών που ελάμβαναν ΘΟΥ με την ομάδα που δεν έλαβαν, κατέληξαν στην θετική συσχέτιση της ΘΟΥ με την ΣΥΠΖ καθώς και με τη διαμονή σε αστικό κέντρο και με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Vlachou et al., 2014). Στο ίδιο αποτέλεσμα θετικής συσχέτισης της ΘΟΥ με την ΠΖ, κατέληξαν και οι Koundi et al., με τη μεγαλύτερη χρήση να παρουσιάζουν οι νεότερες και πιο μορφωμένες γυναίκες (Koundi et al., 2006). Στη δική μας μελέτη επίσης συσχετίστηκε θετικά η διαμονή σε αστικό κέντρο με τη λήψη ΘΟΥ, όχι όμως το μορφωτικό επίπεδο. Οι περισσότερες γυναίκες που μεγαλώνουν σε αστικές περιοχές, είναι πιο ανοιχτόμυαλες, έχουν περισσότερα ερεθίσματα και διαφορετικό τρόπο σκέψης όσον αφορά την ΠΖ και την ευημερία. Αντίθετα, οι γυναίκες που μεγαλώνουν σε αγροτικές περιοχές εξακολουθούν να υιοθετούν παλιά στερεότυπα, όπως ότι η εμμηνόπαυση είναι μια φυσική διαδικασία, επομένως δεν χρειάζονται περαιτέρω θεραπεία. Αυτές επίσης είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων (Hakimi et al., 2018).

Συμπερασματικά λοιπόν, υπάρχει αναγκαιότητα ενδυνάμωσης των γυναικών για να διεκδικούν απαντήσεις στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και διεξοδική ενημέρωση για όλο το εύρος των θεραπευτικών επιλογών, φαρμακευτικά και μη σκευάσματα, αλλά και για την αναγκαιότητα υιοθέτησης ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και αλλαγής στο lifestyle. Όλες οι επιλογές πρέπει να αξιολογηθούν υπό το πρίσμα της εξατομίκευσης

και του “shared decision making.” Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν γυναίκες που βιώνουν μια ομαλή μετάβαση στην εμμηνόπαυση ενώ άλλες παρουσιάζουν σοβαρής έντασης συμπτώματα που επηρεάζουν καταλυτικά την ΠΖ τους. Επίσης, υπάρχουν γυναίκες με σοβαρές συνοσηρότητες, όπως κακοήθειες, ψυχιατρική νόσο, ιατρογενή εμμηνόπαυση ή πρόωγη εμμηνόπαυση, που βιώνουν με εντονότερο τρόπο την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, επηρεάζοντας τους πολύπλευρα σωματικά και ψυχολογικά, αλλά και στη γενικότερη ΠΖ τους, οπότε χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και περεταίρω έρευνας (Dibonaventura et al., 2012; Javadpour et al., 2021).

Επιπρόσθετα, είναι πολύ σημαντικό κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο η γυναίκα να λάβει την κατάλληλη στήριξη από την κοινωνία, την πολιτεία και την εργασία. Δεδομένου ότι υπάρχουν 657 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 45-59 ετών και περίπου οι μισές συνεισφέρουν στο εργατικό δυναμικό κατά τα χρόνια της εμμηνόπαυσης, κρίνεται απαραίτητο να διαμορφωθεί ένα υποστηρικτικό και ασφαλές εργασιακό πλαίσιο γι αυτές. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Εμμηνόπαυση και την Ανδρόπαυση (EMAS) έχει πρόσφατα εκδώσει οδηγίες-συστάσεις προς εργοδότες, διευθυντές, επαγγελματίες υγείας και γυναίκες για να καταστήσουν το περιβάλλον εργασίας πιο υποστηρικτικό και να βελτιώσουν την ευημερία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και την ικανότητά τους να παραμείνουν στην εργασία. Οι χώροι εργασίας θα πρέπει να δημιουργούν μια ανοιχτή, χωρίς αποκλεισμούς και υποστηρικτική κουλτούρα σχετικά με την εμμηνόπαυση, με τη δυνατότητα συμμετοχής επαγγελματιών υγείας στην εργασία και ευαισθητοποιημένων διευθυντών ανθρώπινων πόρων. Οι γυναίκες δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις, να περιθωριοποιούνται ή να απολύονται λόγω των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (Rees et al., 2021).

Δυστυχώς, η υπάρχουσα εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (όχι μόνο γυναικολόγων, αλλά και άλλων ειδικοτήτων) πάνω στην εμμηνόπαυση είναι ανεπαρκής. Υπάρχει ανάγκη να συμπεριληφθεί η εμμηνόπαυση στα βασικά προγράμματα σπουδών και να γίνεται μια πολύπλευρη και διεπιστημονική προσέγγιση του θέματος, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να διευρύνουν τις γνώσεις πάνω στην επιδημιολογία, τη φυσιολογία, τη συμπτωματολογία και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, αλλά και να βελτιώσουν τον τρόπο προσέγγισης και ενδυνάμωσης των εμμηνοπαυσιακών γυναικών (Christianson et al., 2013; Voedisch et al., 2021; Macpherson & Quinton, 2022). Τα τυπικά συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση μερικές φορές μιμούνται καρδιαγγειακές, ψυχιατρικές παθήσεις, ή

άλλα σωματικά προβλήματα. Σε μελέτη στην Ταιβάν που διερευνήθηκε η συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, έδειξε ότι οι συχνότερες επισκέψεις ήταν σε γυναικολόγους (37,0%), ακολουθούμενοι από γενικούς ιατρούς (28,2%), ψυχιάτρους (16,0%) και καρδιολόγους (11,6%) (Hsiao et al., 2009).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες κάτω των 40 ετών έχουν περιορισμένη εκπαίδευση και ενημέρωση για την εμμηνόπαυση και είναι επομένως απροετοίμαστες να αντιμετωπίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που σχετίζονται με αυτό το στάδιο της ζωής (Tariq et al., 2023). Οι γυναίκες κάτω των 20 ετών είναι πιο παθητικές στην προσέγγισή τους για την εκμάθηση της εμμηνόπαυσης σε σύγκριση με εκείνες άνω των 30, που είναι πιο προορατικές. Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές για την εμμηνόπαυση πρέπει να ξεκινούν από το σχολείο και να επεκτείνονται σε όλους τους εκπαιδευτικούς και κοινωνικούς φορείς, υιοθετώντας μια πολύπλευρη προσέγγιση. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η τηλεόραση, ο χώρος εργασίας και εκστρατείες δημόσιας υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση της εκπαίδευσης στην εμμηνόπαυση (Munn et al., 2022). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την αυτοφροντίδα είναι επίσης μια λύση για να βοηθηθούν οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες να αντιμετωπίσουν από μόνες τους σωστά τα προβλήματα της εμμηνόπαυσης. Οι νέες τεχνολογίες και οι εφαρμογές κινητής και ηλεκτρονικής υγείας (e-health, m-health) μπορούν επίσης να βοηθήσουν σ' αυτή την κατεύθυνση (Rafati et al., 2023; Vollrath et al., 2024). Τέλος, σημαντική είναι και η εκπαίδευση-ενημέρωση για υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, διαφοροποιώντας τη διατροφή και βάζοντας την άσκηση στην καθημερινότητα των εμμηνόπαυσιακών γυναικών (Sydora et al., 2020).

8.2 Περιορισμοί μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σαφώς υπάρχουν περιορισμοί στη μελέτη μας που έχουν να κάνουν με τον ίδιο τον σχεδιασμό της. Ως συγχρονική, οι αιτιώδεις σχέσεις δεν μπορούν με σαφήνεια να αναγνωριστούν, καθώς και η κατεύθυνση της αιτιότητας. Ούτε η επίδραση της εμμηνόπαυσης *per se* πάνω στην ΠΖ μπορεί να αξιολογηθεί, μιας και δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε την επίδραση άλλων αιτιωδών παραγόντων ούτε τη χρονική τους διάρκεια. Επιπλέον, όλες οι παράμετροι αξιολογήθηκαν με βάση αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, οπότε είναι λογικό να υπήρξαν λάθη στην κατανόηση, ασυνέπειες και σφάλματα ανάκλησης (recall bias). Τέλος, η μελέτη βασίστηκε σε δείγμα ευκολίας και όχι σε τυχαία δειγματοληψία, οπότε κάνει επισφαλή οποιαδήποτε γενίκευση. Οι

μεθοδολογικές διαφορές, με τη χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της κλιμακτηριακής συμπτωματολογίας ή ΠΖ, περιορίζουν μια αυστηρή σύγκριση μεταξύ διαπολιτισμικών μελετών. Επιπλέον, η περίοδος ανάκλησης των συμπτωμάτων, της σοβαρότητας τους και το πόσο επηρέασαν την ΠΖ, συνήθως δεν είναι συγκρίσιμη μεταξύ των μελετών.

Αφ'ετέρου, η δύναμη αυτής της συγχρονικής μελέτης είναι ο ικανοποιητικός αριθμός δείγματος, η χρήση πολλών μεταβλητών και η στρωματοποιημένη ανά στάδιο εμμηνόπαυσης και γεωγραφική περιοχή, αστικές- επαρχιακές πόλεις, κατανομή του.

Ως μελλοντική πρόταση, θα είχε ενδιαφέρον να γίνει μια προοπτική μελέτη για διερεύνηση παραγόντων που θα βελτίωναν τη διαχείριση της εμμηνόπαυσης, όπως αλλαγή τρόπου ζωής, εξατομικευμένη χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, χρήση μη φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενημέρωση/ευαισθητοποίηση των γυναικών, ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, πρακτικές αυτοφροντίδας.

8.3 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, επηρεάζουν αρνητικά όλες τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής και επιπρόσθετα οι γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζονται με εντονότερα κλιμακτηριακά συμπτώματα. Όσον αφορά την επίδραση των διάφορων προσδιοριστικών παραγόντων στην τελική πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι μόνο η καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας, καθώς και η στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής στη συνολική κλίμακα, ενώ αντίθετα οι υπέρβαρες/παχύσαρκες είχαν χειρότερη συνολική ΠΖ. Ωστόσο, σημαντικό προγνωστικό ρόλο έπαιξαν κι άλλοι παράγοντες, όπως το κάπνισμα, ο έγγαμος βίος, η διαφοροποίηση της άσκησης και διατροφής, η τακτική επίσκεψη στον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, η ικανοποίηση από το οικονομικό και βιοτικό επίπεδο, η πληροφόρηση από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση. Όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης της εμμηνόπαυσης ήταν μικρά τα ποσοστά που τροποποίησαν τον τρόπο ζωής τους (άσκηση, διατροφή) ή αναζήτησαν βοήθεια από ειδικούς ή έλαβαν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, γεγονός που αναδεικνύει το κενό που υπάρχει στον τομέα της διαχείρισης, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τις ίδιες τις γυναίκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Βλάχου, Ε., Γκοβίνα, Ο., Κουτσοπούλου – Σοφικίτη, Β., Κελέση – Σταυροπούλου, Μ., Φούκα, Γ., Μουσιάδου, Ε. & Θεοδοσοπούλου, Ε. (2013). Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12 (1), σ. 82-102

Γιαννούλη, Π. (2012). *Η στάθμιση της κλίμακας Utian (Utian quality of life scale) στον ελληνικό πληθυσμό*. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κανταρτζή, Π.Δ., Πολυχρόνου, Π., Γουλής, Δ.Γ., Παπαδήμας, Ι. & Μπόντης, Ι.Ν. (2007). Μετάβαση στην εμμηνόπαυση. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 19(2):110-116.

Κρεατσάς, Γ. (2009). *Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις, Πασχαλίδης.

Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 254-266

Μηνασίδου, Ε., Κουράκος Μ. (2020) Κεφάλαιο 32: Ποιότητα ζωής ασθενών. Υπηρεσίες Υγείας –Συστήματα και Πολιτικές. Επιμέλεια: Σαράφης Π. Μπαμίδης Π. Εκδόσεις Broken Hill Publishers Ltd.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.

Παπάνης, Ε. (2011). Εισαγωγή: Αυτοεκτίμηση: Μια φιλοσοφική, κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση στο: *Αυτοεκτίμηση. Θεωρία και αξιολόγηση (1η έκδοση)*, (σελ. 59-61). Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Αθήνα.

Σταματόπουλος, Χ.Π., Μίκος, Θ.Δ. & Σταματόπουλος, Π.Χ. (2007). Απώτερες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 19(2):127-134.

Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 218-229.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Συμπλ. 1): 6-18.

Ξενόγλωση βιβλιογραφία

Abdullah, B., Moize, B., Ismail, B.A., Zamri, M., Mohd, Nasir, N.F. (2017). Prevalence of menopausal symptoms, its effect to quality of life among Malaysian women and their treatment seeking behaviour. *Med J Malaysia*.;72(2):94-99.

Adamopoulos, D.A., Karamertzanis, M., Thomopoulos, A., Pappa, A., Koukkou, E., Nicopoulou, S.C. (2002). Age at menopause and prevalence of its different types in contemporary Greek women. *Menopause*.;9(6):443-8

Afshari, P., Houshyar, Z., Javadifar, N., Pourmotahari, F., & Jorfi, M. (2016). The relationship between body image and sexual function in middle-aged women. *Electronic Physician*, 8 (11), 3302.

Alblooshi, S., Taylor, M., Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australas Psychiatry*.;31(2):165-173

Allshouse, A., Pavlovic, J., Santoro, N. (2018). Menstrual Cycle Hormone Changes Associated with Reproductive Aging and How They May Relate to Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.*;45(4):613-628.

Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F., Courtney, M. (2004). Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric*.;7(2):165-74.

Archer, D.F., Carr, B.R., Pinkerton, J.V., et al. (2015). Effects of ospemifene on the female reproductive and urinary tracts: translation from preclinical models into clinical evidence. *Menopause*.;22(7):786–796.

Armeni, E., Paschou, S.A., Goulis, D.G., Lambrinoudaki, I. (2021). Hormone therapy regimens for managing the menopause and premature ovarian insufficiency. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.*;35(6):101561.

Arnal, J.F., Scarabin, P.Y., Trémollières, F., Laurell, H., Gourdy, P. (2007). Estrogens in vascular biology and disease: where do we stand today? *Curr. Opin. Lipidol.*;18(5):554–560.

Augoulea, A., Moros, M., Kokras, N., Karageorgiou, V., Paschou, S.A., Lymberi, R., Panoulis, K., Kaparos, G., Lykeridou, A., Lambrinoudaki, I. (2019). Association of menopausal symptoms with sociodemographic factors and personality traits. *Prz Menopauzalny*.;18(4):191-197.

Avis, N.E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med*;52:345-356.

Avis, N.E., Assmann, S.F., Kravitz, H.M., Ganz, P.A., Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res.*;13(5):933-46.

Avis, N. E., Colvin, A., Bromberger, J.T., Hess, R., Matthews, K.A., Ory, M., & Schocken, M. (2009). Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 16(5), 860-869

Avis, N.E., Crawford, S.L., Greendale, G., Bromberger, J.T., Everson-Rose, S.A., et al; Study of Women's Health Across the Nation. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.*;175(4):531-9

Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, L. E., Brooks, M., Tepper, P.G., Greendale, G. A. (2017). Change in sexual functioning over the menopausal transition: Results from the study of women's health across the Nation. *Menopause*, 24(4), 379–390.

Avis, N. E., Crawford, S.L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences among women *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 629-640.doi:10.1016/j.org.2018.07.005

Ayers, B., Forshaw, M., Hunter, M.S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*.;65(1):28-36.

Ayranci, U., Orsal, O., Orsal, O., Arslan, G., Emeksiz, D.F. (2010). Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health* ;10:1.

Baker, L.J., O'Brien, P.M. (2012) Premenstrual syndrome (PMS): a peri-menopausal perspective. *Maturitas*.;72(2):121-5.

Baker, F.C., Lampio, L., Saaresranta, T., Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition. *Sleep Med Clin.*;13(3):443-456.

Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Qual Life Res.* ;21(4):625-31

Barrea, L., Pugliese, G., Laudisio, D., Colao, A., Savastano, S., Muscogiuri, G. (2021). Mediterranean diet as medical prescription in menopausal women with obesity: A practical guide for nutritionists. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*;61:1201–1211.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* ;163:888–9.

Bertakis, K.D.(2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns.*;76(3):356-60

Bhattacharya, S.M., Jha, A. (2010). A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical menopause. *Maturitas*.;66(4):431-4.

Boardman, H.M.P., Hartley, L., Eisinga, A, et al. (2015). Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*;CD002229. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002229.pub4>.

Borgström, F., Karlsson, L., Ortsäter, G., Norton, N., Halbout, P., Cooper, C., Lorentzon, M., McCloskey, E.V., Harvey, N.C., Javaid, M.K., Kanis, J.A; International Osteoporosis Foundation. (2020). Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. *Arch Osteoporos.*;15(1):59.

Brinton, R.D., Yao, J., Yin, F., Mack, W.J., Cadenas, E. (2015). Perimenopause as a neurological transition state. *Nat. Rev. Endocrinol.*;11:393–405

Bromberger, J.T., Meyer, P.M., Kravitz, H.M., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., Ganz, P.A., Sutton-Tyrrell, K. (2001). Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health.*;91(9):1435-42

Burger, H.G., Dudley, E.C., Robertson, D.M., Dennerstein, L. (2002) Hormonal changes in the menopause transition. *Recent Prog Horm Res.*;57:257-75

Burger, H. (2008). The menopausal transition--endocrinology. *J Sex Med.*;5(10):2266-73

Burton, A., Maskarinec, G., Perez-Gomez, B, et al.(2017). Mammographic density and ageing: A collaborative pooled analysis of cross-sectional data from 22 countries worldwide. *PLoS Med* ;14(6):1–20.

C Pillay, O., Manyonda, I. (2022). The surgical menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*;81:111-118.

Canavez, F.S., Werneck, G.L., Parente, R.C., Celeste, R.K., Faerstein, E. (2011).The association between educational level and age at the menopause: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.*;283:83–90

Canivenc-Lavier, M.C., Bennetau-Pelissero, C. (2023). Phytoestrogens and Health Effects. *Nutrients.*;15(2):317.

Capozzi, A., Scambia, G., Lello, S. (2020). Calcium, vitamin D, vitamin K2, and magnesium supplementation and skeletal health. *Maturitas.*;140:55-63.

Castelo-Branco, C., Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Cancelo, M. J., Quereda, F. & Alberich, X. (2009). Impact of anthropometric parameters on quality of life during menopause. *Fertility and Sterility*, 92 (6), 1947-1952

Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turk J Obstet Gynecol.*;12(1):43-49.

Chedraui, P., Perez-Lopez, F.R., Schwager, G, et al. (2012). Resilience and related factors during female Ecuadorian mid-life. *Maturitas*;72:152-156

Christianson, M.S., Ducie, J.A., Altman, K., Khafagy, A.M, Shen, W. (2013). Menopause education: needs assessment of American obstetrics and gynecology residents. *Menopause.*;20(11):1120-5.

Ciano C, King TS, Wright RR, et al. (2017). Longitudinal study of insomnia symptoms among women during perimenopause. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*;46(6):804–13.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2019). Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: Individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet*; 394:1159-1168

Cordingley, L., Mackie, F., Pilkington, A., Bundy, C. (2009). Are gynaecologists confident addressing sexual issues with menopausal women? *Menopause Int.*;15(3):131-3.

Crandall, C.J., Tseng, C-H, Crawford, S.L., et al. (2011). Association of menopausal vasomotor symptoms with increased bone turnover during the menopausal transition. *J Bone Miner Res*; 26(4): 840–9

Daan, N.M., Fauser, B.C. (2015). Menopause prediction and potential implications. *Maturitas*.;82(3):257-65.

Dąbrowska-Galas, M., Dąbrowska, J. (2021). Physical Activity Level and Self-Esteem in Middle-Aged Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 8;18(14):7293.

Daley, A., Stokes-Lampard, H., Thomas, A., MacArthur, C. (2014). Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.*;2014(11):CD006108.

da Silva, A.R., d'Andretta Tanaka, A.C.(2013). Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. *Maturitas*.;76(1):64-9.

de Arruda Amaral, I. C. G., Baccaro, L. F., Lui-Filho, J. F., Osis, M. J. D., Pedro, A. O., & Costa-Paiva, L. (2019). Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women. *Menopause*, 26(10), 1154-1159.

de Kat, A.C., Broekmans, F.J.M., Lambalk, C.B. (2021) Role of AMH in Prediction of Menopause. *Front Endocrinol (Lausanne)*; 12:733731.

Del Río, J.P., Molina, S., Hidalgo-Lanussa, O., Garcia-Segura, L.M., Barreto, G.E. (2020). Tibolone as Hormonal Therapy and Neuroprotective Agent. *Trends Endocrinol Metab.*;31(10):742-759.

Dennerstein, L., Smith, A.M.A., Morse, C. (1994). Psychological wellbeing, mid-life and the menopause. *Maturitas*; 20: 1– 11.

Dennerstein, L., Lehert, P. & Guthrie, J. (2002). The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Archives of Women's Mental Health*; 5: 15–22.

Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe J, et al. (2002). Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* ;77:S42–8.

Dennerstein, L., Dudley, E.C., Guthrie, J.R. (2003). Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. *J Psychosom Res*;54: 147-153.

Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H. (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril.*;84(1):174–80.

Dibonaventura, M.D., Wagner, J.S., Alvir, J., Whiteley, J. (2012). Depression, quality of life, work productivity, resource use, and costs among women experiencing menopause and hot flashes: a cross-sectional study. *Prim Care Companion CNS Disord.*;14(6):PCC.12m01410.

Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G., Torrance, G. (2002). Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Duarte, G.V., Trigo, A.C., Paim, de Oliveira Mde F. (2016). Skin disorders during menopause. *Cutis*; 97: E16–23.

Duffy, O.K., Iversen, L., Aucott, L. & Hannaford, P.C. (2012). Factors associated with resilience or vulnerability to hot flushes and night sweats during the menopausal transition. *Menopause*; 20 (4): 383–92.

Gao, S., Zhao, Y. (2023). Quality of life in postmenopausal women with osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.*;32(6):1551-1565.

Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E. & Darviri, C. (2014). Rosenberg Self-Esteem Scale. Greek Validation on Student Sample. *Psychology*, 5: 819-827.

Giannouli, P., Zervas, I., Armeni, E., Koundi, K., Spyropoulou, A., b, Alexandrou, A., Kazani, A., Augoulea, A., Creatsa, M., Lambrinoudaki, I. (2012). Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*; 71: 154–161.

Girard, R., Météreau, E., Thomas, J., Pugeat, M., Qu, C., Dreher, J.-C. (2017). Hormone therapy at early post-menopause increases cognitive control-related prefrontal activity. *Sci. Rep.*;7:srep44917

Gracia, C.R., Freeman, E.W. (2018). Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.*;45(4):585-597.

Gracia, C.R., Sammel, M.D., Freeman, E.W., Liu, L., Hollander, L., Nelson, D.B. (2018). Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause*.;25(11):1238-1243

Greenblum, C.A., Rowe, M.A., Neff, D.F., Greenblum, J.S. (2013). Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*.;20(1):22-7.

Greene, J.G. (1998) Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*;29:25–31

Grigoriou, V., Augoulea, A., Armeni, E., Rizos, D., Alexandrou, A., Dendrinis, S., Panoulis, K., Lambrinoudaki, I. (2013). Prevalence of vasomotor, psychological, psychosomatic and sexual symptoms in perimenopausal and recently postmenopausal Greek women: association with demographic, life-style and hormonal factors. *Gynecol Endocrinol.*;29(2):125-8.

Gold, E.B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G.A., Powell, L., Sternfeld, B., Matthews, K. (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *Am J Public Health.*;96(7):1226-35.

- Gold, E.B. (2011). The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin N Am.*;38:425–40.
- Goldstein, S.R. (2004). Menorrhagia and abnormal bleeding before the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*;18(1):59-69.
- Gompel, A. (2018). Progesterone, progestins and the endometrium in perimenopause and in menopausal hormone therapy. *Climacteric.*; 21:321-325.
- Goumalatsos, G., Goumalatsos, N., Charalampidis, V., Kallianidis, K., Loutradis, D., Antsaklis, A. (2009). Menarche and menopause in a population cohort of Greek women. *Maturitas.*;63:S69.
- Guthrie, J. R., Dennerstein, L., Taffe, J. R., & Donnelly, V. (2003). Health care-seeking for menopausal problems. *Climacteric*, 6(2), 112-117.
- Guérin, E., Goldfield, G., Prud'homme, D. (2017). Trajectories of mood and stress and relationships with protective factors during the transition to menopause: results using latent class growth modeling in a Canadian cohort. *Arch Womens Ment Health.*;20(6):733-745.
- Graziottin, A., Leiblum, S.R. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med.* ;2 Suppl 3:133-45.
- Greendale, G.A., Sowers, M.F., Han, W.J., Huang, M.H., Finkelstein, J.S. et al (2012). Bone mineral density loss in relation to the final menstrual period in a multi-ethnic cohort: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Bone Miner Res*; 27(1): 111–118.
- Gümüşsoy, S., Öztürk, R., Keskin, G., Özlem Yıldırım, G. (2023). Effects of Surgical and Natural Menopause on Body Image, Self-Esteem, and Dyadic Adjustment: A Descriptive and Comparative Study. *Clin Nurs Res.*;32(4):712-722.
- Edwards, J.B. & Li, J. (2013). Endocrinology of menopause. *Periodontology 2000*, 61, 177–194.
- Elavsky, S., McAuley, E.(2007). Exercise and self-esteem in menopausal women: A randomized controlled trial involving walking and yoga. *Am. J. Health Promot.*;22:83–92.
- Engmann, N.J., Scott, C., Jensen, M.R., Winham, S.J., Ma, L et al. (2019). Longitudinal Changes in Volumetric Breast Density in Healthy Women across the Menopausal Transition. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*;28(8):1324-1330.
- Erdélyi, A., Pálfi, E., Túű, L., Nas, K., Szűcs, Z., Török, M., Jakab, A., Várbíró, S. (2023). The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause-A Review. *Nutrients.*;16(1):27.
- Faubion, S.S., Kuhle, C.L., Shuster, L.T., Rocca, W.A. (2015). Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric*;18(4):483-91.

Feduniw, S., Korczyńska, L., Górski, K., Zgliczyńska, M., Bączkowska, M. et al. (2022). The Effect of Vitamin E Supplementation in Postmenopausal Women-A Systematic Review. *Nutrients*;15(1):160.

Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1995 Jan-Feb;16(1):51-74.

Formoso, G., Perrone, E., Maltoni, S., Balduzzi, S., Wilkinson, J., Basevi, V. et al. (2016). Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*;10(10):CD008536.

Fortuño C. & Labarta E. (2014). Genetics of primary ovarian insufficiency: a review. *J. Assist Reprod. Genet*; 31 (12): 1573- 1585.

Freedman, R.R. (2014). Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. *J Steroid Biochem Mol Biol*;142:115-20.

Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., Nelson, D.B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* ;63:375–82

Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., Gracia, C.R., Kapoor, S. (2008). Symptoms in the menopausal transition: hormone and behavioral correlates. *Obstet Gynecol*;111(1):127–36.

Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H. (2009).Temporal associations of hot flashes and depression in the transition to menopause. *Menopause*;16(4):728–34.

Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., Gracia, C.R. (2010). Obesity and reproductive hormone levels in the transition to menopause. *Menopause*;17(4):718-26.

Hakimi, S., Haggi, H. B., Shojai, S. K., Farahbakhsh, M., & Farhan, F. (2018). Comparing the pattern of menopausal symptoms, concern and attitudes in urban and rural postmenopausal Iranian women. *Journal of menopausal medicine*, 24(1), 50-55.

Hale, G.E., Hughes, C.L., Burger, H.G., Robertson, D.M., Fraser, I.S. (2009). Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (LOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause*;16:50–9.

Hall, J.E. (2015). Endocrinology of the Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*; 44(3):485-96.

Hamoda, H., Sharma, A. (2024). Premature ovarian insufficiency, early menopause, and induced menopause. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*;38(1):101823.

Hamoda, H., Panay, N., Pedder, H., Arya, R., Savvas, M. (2020). The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reprod Health*; 26:181- 209.

Harlow, S.D., Gass, M., D, Hall, J.E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R.W., Sherman, S., Sluss, P.M. & de Villiers, T.J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging

reproductive aging. Menopause: *The Journal of The North American Menopause Society*, 19, (4), pp. 387-395.

Hess, R., Thurston, R.C., Hays, R.D., Chang, C.C., Dillon, S.N., Ness, R.B., Bryce, C.L., Kapoor, W.N., Matthews, K.A. (2012). The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Qual Life Res.*;21(3):535-44.

Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A., et al. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*;24:161-75

Hsiao, M.C., Chiang, P.H., Liu, C.Y., Lin, Y.H. (2009). Help-seeking behavior in Taiwanese woman with menopause-related mood symptoms. *Chang Gung Med J.*;32(3):313-9.

Huang, Z., Shi, J., Liu, W., Wei, S., Zhang, Z. (2020). The influence of educational level in peri-menopause syndrome and quality of life among Chinese women. *Gynecol Endocrinol.*;36(11):991-996.

Hunter, M. (1992). The Women's Health Questionnaire (WHQ): a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health*;7:45-54

Hunter, M.S. (2021). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric.*;24(1):51-56.

Jackson, K. L., Janssen, I., Appelhans, B. M., Kazlauskaitė, R., Karavolos, K., Dugan, S. A., Avery, E.A., Shipp-Johnson, K.J., Powell, L.H., Kravitz, H. M. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 177-187.

Jacobs, P., Hyland, M.E., Ley, A. (2000) Self rated menopausal status and quality of life in women aged 40-63 years. *Br J Health Psych*;5:395-411

Javadpour, S., Sharifi, N., Mosallanezhad, Z., Rasekhjahromi, A., Jamali, S. (2021). Assessment of premature menopause on the sexual function and quality of life in women. *Gynecol Endocrinol.*;37(4):307-311.

Jehan, S., Jean-Louis, G., Zizi, F., Auguste, E., Pandi-Perumal, S.R., Gupta, R. et al. (2017). Sleep, Melatonin, and the Menopausal Transition: What Are the Links? *Sleep Sci.*;10(1):11-18.

Johnson, A., Roberts, L., Elkins, G. (2019). Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *J Evid Based Integr Med.*;24:2515690X19829380.

Kamp, E., Ashraf, M., Musbahi, E., DeGiovanni, C. (2022). Menopause, skin and common dermatoses. Part 2: skin disorders. *Clin Exp Dermatol.*;47(12):2117-2122.

Kanis, J.A., Cooper, C., Rizzoli, R., Reginster, J.Y; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International

Osteoporosis Foundation (IOF). (2019). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.*;30(1):3-44.

Karaçam, Z., & Seker, S. E. (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*, 58(1), 75–82

Karlamangla, A.S., Burnett-Bowie, S.M, Crandall, C.J. (2018). Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.*;45(4):695-708.

Karsdal, M.A., Bay-Jensen, A.C., Henriksen, K, et al. (2012). The pathogenesis of osteoarthritis involves bone, cartilage and synovial inflammation: may estrogen be a magic bullet? *Menopause Int* ; 18: 139–146

Kawada, T. (2003). Self-rated health and life prognosis. *Arch Med Res*;34:343-347.

Kingsberg, S.A., Wysocki, S., Magnus, L., Krychman, M.L. (2013). Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med*. 2013 Jul;10(7):1790-9.

Khajavi, A., Moshki, M., Minaee, S., Vakilian, F., Montazeri, A., Hashemizadeh, H. (2023). Chronic heart failure health-related quality of life questionnaire (CHFQOLQ-20): development and psychometric properties. *BMC Cardiovasc Disord.*;23(1):165.

Kim, M.J., Yim, G., Park, H.Y. (2018). Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS One.*;13(2):e0192934.

Komorowska, B. (2016). Autoimmune premature ovarian failure. *Prz Menopauzalny*. 2016 Dec;15(4):210-214.

Koundi, K.L., Christodoulakos, G.E., Lambrinoudaki, I.V., Zervas, I.M., Spyropoulou, A., Fexi, P., Sakkas, P.N., Soldatos, C.R., Creatsas, G.C. (2006). Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: association with hormone therapy. *Gynecol Endocrinol.*;22(12):660-8.

Koukouliata, A., Nena, E., Koutlaki, N., Liberis, V., Constantinidis, T.C. (2017) Correlation of age at natural menopause with occupational status and other epidemiologic factors in women from Prefecture of Kavala, Greece. *Hippokratia.*;21(1):32-37

Koukouli, S., Vlachonikolis, I. G., & Philalithis, A. (2002). Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*, 2, 1-13.

Kourakou, A., Tigani, X., Bacopoulou, F., Vlachakis, D., Papakonstantinou, E., Simidala, S., Ktena, E., Katsaouni, S., Chrousos, G., Darviri, C. (2021). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in the Greek Language in Adolescents. *Adv Exp Med Biol.*;1339:97-103.

Kravitz, H.M., Janssen, I., Bromberger, J.T., Matthews, K.A., Hall, M.H., Ruppert, K., Joffe, H. (2017). Sleep Trajectories Before and After the Final Menstrual Period in The

Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Curr Sleep Med Rep.*;3(3):235-250

Krychman, M., Graham, S., Bernick, B., Mirkin, S., Kingsberg, S.A. (2017). The Women's EMPOWER survey: women's knowledge and awareness of treatment options for vulvar and vaginal atrophy remains inadequate. *J Sex Med.*;14(3):425-433

Larroy, C., Marin Martin, C., Lopez-Picado, A., & Fernandez Arias, I. (2020). The impact of perimenopausal symptomatology, sociodemographic status and knowledge of menopause on women's quality of life. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301, 1061-1068.

Le Floch, J.P., Colau, J.C.I., Zartarian, M. (1994). Validation d'une méthode d'évaluation de la qualité de vie en ménopause. *Refs en Gynécol Obstetr*;2:179-88

Lekovic, D., Miljic, P., Dmitrovic, A., Thachil, J. (2017). How do you decide on hormone replacement therapy in women with risk of venous thromboembolism? *Blood Rev.*; 31:151-157.

Lello, S., Capozzi, A., Scambia, G. (2017). The tissue-selective estrogen complex (bazedoxifene/conjugated estrogens) for the treatment of menopause. *Int J Endocrinol.* 2017:5064725

Lello, S., Capozzi, A., Scambia, G. (2020). Is there still a role for SERMs in menopause management? *Gynecol Endocrinol.*;36(7):567-568.

Lello, S., Capozzi, A., Scambia, G., Franceschini, G. (2023). Tibolone and Breast Tissue: a Review. *Reprod Sci.*; 30(12):3403-3409.

Lethaby, A., Marjoribanks, J., Kronenberg, F., Roberts, H., Eden, J., Brown, J. (2013). Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.*;2013(12):CD001395.

Lewis, J.E., Hilditch, J.R. & Wong, C.J. (2005). Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. *Maturitas*; 50: 209-221

Li, C., Borgfeldt, C., Samsioe, G., Lidfeldt, J., Nerbrand, C. (2005). Background factors influencing somatic and psychological symptoms in middle-age women with different hormonal status. A population-based study of Swedish women. *Maturitas*.;52(3-4):306-18.

Liu, J., Eden, J.A. (2008). The menopausal experience of Greek women living in Sydney. *Menopause*.;15(3):476-81.

Lock, M. (1995). Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America. University of California Press; <https://doi.org/10.1525/california/9780520082212.001.0001>

Lovejoy, J.C., Champagne, C.M., de Jonge, L., Xie, H., Smith, S.R. (2008). Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition. *J. Obes.*;32(6):949-958

- Low Dog, T. (2005). Menopause: a review of botanical dietary supplements. *Am J Med.*;118 Suppl 12B:98-108.
- Liu, J., Eden, J.A. (2008). The menopausal experience of Greek women living in Sydney. *Menopause*:476–81.
- Liu, K., He, L., Tang, X., Wang, J., Li, N., Wu, Y., Marshall, R., Li, J., Zhang, Z., Liu, J., Xu, H., Yu, L. & Hu, Y. (2014). Relationship between menopause and health-related quality of life in middle-aged Chinese women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 14:7.
- MacGregor, E.A. (2018). Migraine, menopause and hormone replacement therapy. *Post Reprod Health.*;24(1):11-18.
- Macpherson, B.E., Quinton, N.D. (2022). Menopause and healthcare professional education: A scoping review. *Maturitas.*;166:89-95.
- Marino, J.M. (2021). Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Midwifery Womens Health.*;66(6):729-739
- Martino, S., Cauley, J.A., Barrett-Connor E, et al. (2004). Continuing outcomes relevant to Evista: breast cancer incidence in postmenopausal osteoporotic women in a randomized trial of raloxifene. *J Natl Cancer Inst.*;96(23):1751–1761.
- Matthews, K.A., El Khoudary, S.R., Brooks, M.M., Derby, C.A., Harlow, S.D. et al. (2017). Lipid changes around the final menstrual period predict carotid subclinical disease in postmenopausal women. *Stroke.*;48(1):70–76.
- McCabe, C., Claxton, K., Culyer, A.J. (2008). The NICE Cost-Effectiveness Threshold. *Pharmacoeconomics*; 26(9), 733–744.
- Medeiros Capistrano, E.J., Dombek, K., Carioca da Costa, A.C. & Figueiredo Marinho, L.P. (2015). Factors associated with the severity of menopausal symptoms in postmenopausal Brazilian women. *Reprodução & Climatério*; 30(2):70–76.
- Megari, K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychol Res.*;1(3):e27.
- Melby, M.K. (2005). Vasomotor symptom prevalence and language of menopause in Japan. *Menopause.*;12(3):250-7.
- Meng, X., Li, Y., Li, S., Zhou, Y., Gan, R.Y., Xu, D.P., Li, H.B. (2017). Dietary Sources and Bioactivities of Melatonin. *Nutrients*. 2017;9:367.
- Minami, C.A., Freedman, R.A. (2020). Menopausal hormone therapy and long-term breast cancer risk: Further data from the Women's Health Initiative trials. *JAMA.*; 324:347- 349.
- Minkin, M.J. (2019). Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am.*;46(3):501-514.
- Mirhaghjou, S.N., Niknami, M., Moridi, M., Pakseresht, S., Kazemnejad, E. (2016). Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res.* ;30:252-6.

Mishra, GD, Chung HF, Cano A, Chedraui P, Goulis DG, Lopes P, Mueck A, Rees M, Senturk LM, Simoncini T, Stevenson JC, Stute P, Tuomikoski P, Lambrinoudaki I.(2019). EMAS position statement: Predictors of premature and early natural menopause. *Maturitas*.;123:82-88

Mishra, G.D. (2017). Menopause, A Stage in the Life of Women. In A. Cano (Ed.), *Menopause: A Comprehensive Approach, 1st Edition* (pp. 3-7), Springer, Cham. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59318-0>

Mohamed, H.A.A. & Lamadah, S.M. (2016). Improving women's practices for reducing the severity of menopausal symptoms. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4), 72-83

Møller, A.M.J., Delaissé, J.M., Olesen, J.B., Madsen, J.S., Canto, L.M., Bechmann, T., Rogatto, S.R., Søre, K. (2020). Aging and menopause reprogram osteoclast precursors for aggressive bone resorption. *Bone Res.*;8:27.

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—Global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*.

Moral, E., Delgado, J.L., Carmona, F., Caballero, B., Guillán, C., González, P.M., Suárez-Almaraz, J., Velasco-Ortega, S., Nieto, C; as the writing group of the GENISSE study. (2018). Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*.;21(2):167-173.

Morse, C.A., Smith, A., Dennerstein, L., Green, A, Hopper, J., Burger, H. (1994). The treatment-seeking woman at menopause. *Maturitas*;18:161-73.

Morssinkhof, M.W.L., van Wylick, D.W., Priester-Vink, S., van der Werf, Y.D., den Heijer, M., van den Heuvel, O.A., Broekman, B.F.P.(2020). Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* ;118:669-680.

Munn, C., Vaughan, L., Talaulikar, V., Davies, M.C., Harper, J.C.(2022). Menopause knowledge and education in women under 40: Results from an online survey. *Womens Health (Lond)*.;18:17455057221139660.

Nair, P.A. (2014). Dermatitis associated with menopause. *J Midlife Health*.;5(4):168-75

Nair, A.R., Pillai, A.J., Nair, N. (2021). Cardiovascular Changes in Menopause. *Curr Cardiol Rev.*;17(4):e230421187681.

Nappi, R.E., Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*.;63(2):138-41.

Nappi, R.E., Kokot-Kierepa, M. (2012). Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric*.;15(1):36-44.

Nappi, R.E., Kingsberg, S., Maamari, R., Simon, J. (2013). The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med.*;10(9):2232-41.

Nappi, R.E., Kroll, R., Siddiqui, E., Stoykova, B., Rea, C., Gemmen, E., Schultz, N.M. (2021). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*.;28(8):875-882.

Nazarpour, S., Simbar, M., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., Alavi Majd, H. (2022). The relationship between body image and quality of life in postmenopausal women: A correlational cross-sectional study. *Health Care Women Int.* ;43(10-11):1181-1196.

Nelson, H.D. (2008). Menopause. *Lancet*; 371(9614):760-70.

North American Menopause Society. (2006). The role of calcium in peri- and postmenopausal women: 2006 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*.;13(6):862-77; quiz 878-80.

North American Menopause Society (2023). “The 2023 Nonhormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society” Advisory Panel. *Menopause*. ;30(6):573-590.

Nguyen, T.M., Do, T.T.T., Tran, T.N., Kim, J.H. (2020). Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*.;17(19):7049.

Nguyen, T.T.P., Phan, H.T., Vu, T.M.T., Tran, P.Q., Do, H.T., Vu, L.G. et al.(2022). Physical activity and social support are associated with quality of life in middle-aged women. *PLoS One*.;17(5):e0268135.

OECD (2019), *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/soc_glance-2019-en.

Ojelabi, A.O., Graham, Y., Haighton, C., Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*.;15(1):241.

Ossewaarde, M.E., Bots, M.L., Verbeek, A.L., Peeters, P.H., van der Graaf, Y., Grobbee, D.E., van der Schouw, Y.T. (2005). Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology*;16(4):556-62

Palacios, S., Mustata, C., Rizo, J.M., Regidor, P.A. (2023). Improvement in menopausal symptoms with a nutritional product containing evening primrose oil, hop extract, saffron, tryptophan, vitamins B6, D3, K2, B12, and B9. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*.;27(17):8180-8189.

Pan, M., Pan, X., Zhou, J., Wang, J., Qi, Q., Wang, L. (2022). Update on hormone therapy for the management of postmenopausal women. *Biosci Trends*.;16(1):46-57.

Panay, N., Fenton, A. (2016). Iatrogenic menopause following gynecological malignancy: time for action! *Climacteric*;19(1):1-2.

Paschalis, E.P., Gamsjaeger, S., Hassler, N., Fahrleitner-Pammer, A., Dobnig, H. et al. (2017). Vitamin D and calcium supplementation for three years in postmenopausal osteoporosis significantly alters bone mineral and organic matrix quality. *Bone*.;95:41–46

- Patel, V., Ross, S., & Sydora, B. C. (2023). Assessing young adults' menopause knowledge to increase understanding of symptoms and help improve quality of life for women going through menopause; a student survey. *BMC Women's Health*, 23(1), 493.
- Pavlović, J.M., Allshouse, A.A., Santoro, N.F., Crawford, S.L., Thurston, R.C., Neal-Perry, G.S. et al. (2016). Sex hormones in women with and without migraine: Evidence of migraine-specific hormone profiles. *Neurology*;87(1):49-56
- Pérez-López, F.R., Pérez-Roncero, G., Fernández-Iñarrea, J., Fernández-Alonso, A.M., Chedraui, P. & Llaneza, P. (2013). Resilience, depressed mood, and menopausal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*;21 (2): 159–64.
- Perz, J.M. (1997). Development of the menopause symptom list: a factor analytic study of menopause associated symptoms. *Women Health*;25: 53–69
- Peycheva, D., Sullivan, A., Hardy, R. *et al.* (2022). Risk factors for natural menopause before the age of 45: evidence from two British population-based birth cohort studies. *BMC Women's Health* 22, 438.
- Pinkerton, J.V., Abraham. L., Bushmakina. A.G., Cappelleri, J.C., Komm, B.S. (2016). Relationship between changes in vasomotor symptoms and changes in menopause-specific quality of life and sleep parameters. *Menopause*;23(10):1060-6.
- Pinquart, M. (2020). Health-Related Quality of Life of Young People With and Without Chronic Conditions. *J Pediatr Psychol*;45(7):780-792
- Pirincci, E., Oguzoncul, A.F., Tasdemir, R. (2016). Age at the onset of menopause and its influencing factors in Turkish women in a rural area. *J Women Aging*;28(3):238-46
- Portman, D.J., Gass, M.L; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *J Sex Med*;11(12):2865-72
- Pothoff, P., Heinemann, L.A.J, Schneider, H.P.G., Rosemeier, H.P., Hauser, G.A. (2000). Menopause-Rating Skala (MRS): Methodische Standardisierung in der deutschen Bevoölkerung. *Zentralbl Gynakol*;122:280–6
- Prasad, J.B., Tyagi, N.K., Verma, P. (2021). Age at menopause in India: A systematic review. *Diabetes Metab Syndr*.15(1):373-377.
- Quiroga, A., Larroy, C., Gonzalez-Castro, P. (2017). Climacteric symptoms and their relation to female self-concept. *Climacteric*. 2017;20:274–279.
- Rafati, F., Pourshahrokhi, N., Bahador, R.S., Dastyar, N., Mehralizadeh, A. (2023). The effect of mobile app-based self-care training on the quality of marital relations and the severity of menopausal symptoms in postmenopausal women: a clinical trial study in Iran. *BMC Womens Health*;23(1):306.
- Ralston, S.H., Uitterlinden, A.G. (2010). Genetics of osteoporosis. *Endocr Rev*. 2010 Oct;31(5):629-62.

- Ran, S.Y., Yu, Q., Chen, Y., Lin, S.Q. (2017). Prevention of postmenopausal osteoporosis in Chinese women: A 5-year, double-blind, randomized, parallel placebo-controlled study. *Climacteric*; 20:391-396.
- Randolph, J.F. Jr, Zheng, H., Sowers, M.R., Crandall, C., Crawford, S., Gold, E.B., Vuga, M. (2011). Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. *J Clin Endocrinol Metab*; 96(3):746-54.
- Rees, M., Bitzer, J., Cano, A., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Geukes, M., Godfrey, A., Goulis, D.G. et al. (2021) Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*; 151:55-62.
- Rees, M., Abernethy, K., Bachmann, G., Bretz, S., Ceausu, I., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Fistonc, I., Gambacciani, M., Geukes, M., et al. (2022). The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*; 158:70–77.
- Reynolds, F. (2002). Exploring self-image during hot flushes using a semantic differential scale: associations between poor self-image, depression, flush frequency and flush distress. *Maturitas*, 42: 201–207.)
- Robinson, R. (1993). Cost-utility analysis. *BMJ*; 307(6908): 859–862
- Rossouw, J.E., Anderson, G.L., Prentice, R.L., LaCroix, A.Z., Kooperberg, C., et al. Writing Group for the Women's Health Initiative I. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*; 288:321-333.
- Rossouw, J.E., Prentice, R.L., Manson, J.E., Wu, L., Barad, D., Barnabei, V.M. et al (2007). Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA*. ; 297:1465-1477.
- Santen, R.J. (2015). Vaginal administration of estradiol: Effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. *Climacteric*; 18:121-134.
- Santoro, N., Epperson, C.N., Mathews, S.B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am*; 44 (3): 497- 515.
- Santoro, N., Crawford, S.L., El Khoudary, S.R., Allshouse, A.A. et al. (2017). Menstrual Cycle Hormone Changes in Women Traversing Menopause: Study of Women's Health Across the Nation. *J Clin Endocrinol Metab*; 102(7):2218-2229.
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1-15.
- Sarrel, P., Portman, D., Lefebvre, P., Lefeuvre, M.H., Grittner, A.M., Fortier, J., Gravel, J., Duh, M.S., Aupperle, P.M. (2015). Incremental direct and indirect costs of untreated vasomotor symptoms. *Menopause* ;22(3):260-6.

Satwik, R., Sinha, D., Tiwari, B. (2024). Prevalence of poor body image and its correlation with self-esteem and depression in middle-aged women. *Climacteric*.;27(2):202-209.

Schaafsma, M., Homewood, J., Taylor, A. (2010). Subjective cognitive complaints at menopause associated with declines in performance of verbal memory and attentional processes. *Climacteric*.;13:84–98

Schoenaker, D.A., Jackson, C.A., Rowlands, J.V., Mishra, G.D. (2014). Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*.;43(5):1542-62

Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., Witkowska, A.M.(2022). Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients*.;14:1912.

Shifren, J.L., Gass, M.L. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*;21:1038e62

Schneider, H.P.G., Heinemann, L.A.J, Rosemeier, H.P., Potthoff, P., Behre, H.M. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*;3:50–8

Schneider, H.P., MacLennan, A.H., Feeny, D. (2008). Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *Climacteric*.;11(2):93-107.

Schneider, H.P.G., Birkhäuser, M. (2017). Quality of life in climacteric women. *Climacteric*.;20(3):187-194.

Séjourné, N., Got, F., Solans, C. & Raynal, P. (2019). Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem, and anxiodepressive symptoms: A comparative study between premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *J Women Aging*.; 31(1):18-29.

Shoukry, A., Shalaby, S.M., Etewa, R.L., Ahmed, H.S., Abdelrahman, H.M. (2015). Association of estrogen receptor beta and estrogen-related receptor alpha gene polymorphisms with bone mineral density in postmenopausal women. *Mol Cell Biochem*.;405 (1–2):23–31

Silberstein, S,D. (2000). Sex hormones and headache. *Rev Neurol (Paris)*.;156 Suppl 4:4S30-41

Simon, J.G., De Boer, J.B., Joung, I.M., Bosma, H., Mackenbach, J.P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health*;15:200-208

Simon, J.A., Kokot-Kierepa, M., Goldstein, J. (2013). Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views, & Attitudes survey. *Menopause*.;20(10):1043-1048

Simon, J.A., Goldstein, I., Kim, N.N., et al. (2018). The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause (GSM): International Society for

the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Menopause*.;25(7):837-847

Sjogren, L.L., Morch, L.S., Lokkegaard, E. (2016). Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: A systematic review. *Maturitas*.; 91:25-35.

Smith, Y.R., Stohler, C.S., Nichols, T.E., et al. (2006). Pronociceptive and antinociceptive effects of estradiol through endogenous opioid neurotransmission in women. *J Neurosci* 2006; 26: 5777–5785.

Smith-DiJulio, K., Woods, N.F., Mitchell, E.S. (2008). Well-being during the menopausal transition and early postmenopause: a longitudinal analysis. *Menopause*.;15(6):1095-102.

Soares, C.N. (2014). Mood disorders in midlife women: understanding the critical window and its clinical implications. *Menopause*;21:198–206

Sochocka, M., Karska, J., Pszczołowska, M., Ochnik, M., Fułek, M. et al (2023). Cognitive Decline in Early and Premature Menopause. *Int J Mol Sci*.;24(7):6566.

Song, Y.J., Li, S.R., Li, X.W., Chen, X., Wei, Z.X., Liu, Q.S., Cheng, Y. (2020). The effect of estrogen replacement therapy on Alzheimer's disease and Parkinson's disease in postmenopausal women: A meta-analysis. *Front Neurosci*.; 14:157.

Soules, M.R., Sherman, S., Parrott, E. et al. (2001). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) *Climacteric*.;4:267–272.

Stachenfeld, N.S. (2014). Hormonal changes during menopause and the impact on fluid regulation. *Reprod. Sci*.;21:555–561.

Stojanovska, L, Apostolopoulos, V, Polman, R, Borkoles, E. (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*.;77(4):318-23.

Strauss, J.F. III, Williams, C.J. (2014). The ovarian life cycle. In: Strauss III JF, Barbieri RL, editors. Yen & Jaffe's reproductive endocrinology. Philadelphia: Elsevier Saunders; p. 157–91

Suka, M., Taniuchi, A., Kudo, Y., Sato, S., Yoshida, K., Ishizuka, B. (2010). Self-assessed health and menopausal symptoms among 50-year-old Japanese women: cross-sectional surveys in Northern Kawasaki in 1998 and 2008. *Menopause*.;17(1):166-73.

Sydora, B.C., Alvaj, T., Malley, A., Mayan, M., Shandro, T., Ross, S. (2020). Walking together: women with the severe symptoms of menopause propose a platform for a walking program; outcome from focus groups. *BMC Womens Health*. ;20(1):165.

Szadowska-Szlachetka, Z., Stasiak, E., Leziak, A., Irzmańska-Hudziak, A., Łuczyk, M., Stanisławek, A., Ślusarska, B. Domżał-Drzewicka, R. (2019). Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 18(4), 217-221.

Takahashi, T.A, Johnson, K.M. (2015). Menopause. *Med Clin North Am*.; 99(3):521-34.

- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*; 81:3-7.
- Tarlatzis, B.C., Zepiridis, L. (2003). Perimenopausal conception. *Ann N Y Acad Sci.*;997:93-104.
- Tariq, B., Phillips, S., Biswakarma, R., Talaulikar, V., Harper, J.C. (2023). Women's knowledge and attitudes to the menopause: a comparison of women over 40 who were in the perimenopause, post menopause and those not in the peri or post menopause. *BMC Womens Health.*;23(1):460.
- Thulkar J, Singh S. (2015). Overview of research studies on osteoporosis in menopausal women since the last decade. *J Midlife Health*; 6 (3): 104- 107.
- Thurston, R.C., Bromberger, J.T., Joffe, H, Avis, N.E., Hess, R., Crandall, C.J., Chang, Y., Green, R., Matthews, K.A. (2008). Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? *Menopause*; 15:841–847
- Thurston, R.C., Joffe, H. (2011). Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.*;38(3):489-501.
- Trémollières, F.A., André, G., Letombe, B., Barthélemy, L., Pichard, A., Gelas, B., Lopès, P. (2022). Persistent gap in menopause care 20 years after the WHI: a population-based study of menopause-related symptoms and their management. *Maturitas.*;166:58-64
- Utian, W.H., Janata, J.W., Kingsberg, S.A., Schluchter, M., Hamilton, J.C. (2002). The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*;9:402–10
- Utian, W.H (2004). Menopause-related definitions. *Int Congress Series.* ;1266:133–138.
- Utian, W.H. (2005). Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*; 3:47
- Vincent, C., Bodnaruc, A.M., Prud'homme, D., Olson, V., Giroux, I. (2023). Associations between menopause and body image: A systematic review. *Womens Health (Lond).*; 19: 17455057231209536.
- Voedisch, A.J., Dunsmoor-Su, R., Kasirsky, J. (2021). Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. *Clin Obstet Gynecol.*; 64(3):528-554.
- Wasnik, V.B., Acharya, N., Mohammad, S. (2023). Genitourinary Syndrome of Menopause: A Narrative Review Focusing on Its Effects on the Sexual Health and Quality of Life of Women. *Cureus*;15(11):e48143.
- Watt, F.E. (2018). Musculoskeletal pain and menopause. *Post Reprod Health.*;24(1):34-43.
- Ward, T., Scheid, V., Tuffrey, V. (2010). Women's mid-life health experiences in urban UK: an international comparison. *Climacteric*;13(3):278-88

Weinstein, M., Gorrindo, T., Riley, A., Mormino, J., Niedfeldt, J., Singer, B., Rodríguez, G., Simon, J., Pincus, S. (2003). Timing of menopause and patterns of menstrual bleeding. *Am J Epidemiol.*158(8):782-91

Whiteley, J., Wagner, J.S., Bushmakina, A., Koppenhafer, L., Dibonaventura, M., Racketa, J. (2013). Impact of the severity of vasomotor symptoms on health status, resource use, and productivity. *Menopause* 2013; 20:518–524.

Williams, R.E., Levine, K.B., Kalilani, L., Lewis, J., Clark, R.V. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas.*;62(2):153-9.

Wilson, R.S., Leurgans, S.E., Boyle, P.A., Bennett, D.A.(2011). Cognitive decline in prodromal Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.* 68, 351–356

Włodarczyk, M., Dolińska-Zygmunt, G. (2017). Role of the body self and self-esteem in experiencing the intensity of menopausal symptoms. *Psychiatr Pol.*;51(5):909-921.

Wluka, A.E., Davis, S.R., Bailey, M, et al. (2001). Users of oestrogen replacement therapy have more knee cartilage than nonusers. *Ann Rheum Dis*; 60: 332–336.

Vlachou, E.D., Theodosopoulou, E., Kavga-Paltoglou, A., Fasoi-Barka, G., Kalemikerakis, J., Kelesi, M. & Govina, O. (2014). Sociodemographic Characteristics and Quality of life of Greek Menopausal Women treated with Hormone Therapy. *Health Science Journal*, 8 (3), 318-332.

Vollrath, S., Theis, S., Kolokythas, A., Janka, H., Schleich, S., Moreth, J., Kiesel, L., Stute, P. (2024). Self-management eHealth solutions for menopause - a systematic scoping review. *Climacteric.*;27(3):255-268.

Woods, N.F., Mitchell, E.S., Percival, D.B., Smith-DiJulio, K. (2009). Is the menopausal transition stressful? Observations of perceived stress from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause.*;16(1):90-7.

World Health Organization-WHO (2012). WHOQOL: Measuring Quality of Life. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1

Wu, M., Li, M., Yuan, J., Liang, S., Chen, Z., Ye, M., Ryan, P.M. et al (2020). Postmenopausal hormone therapy and Alzheimer's disease, dementia, and Parkinson's disease: A systematic review and time-response meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2020; 155:104693.

Yang, D., Haines, C. J., Pan, P., Zhang, Q., Sun, Y., Hong, S., ... & Liao, W. (2008). Menopausal symptoms in mid-life women in southern China. *Climacteric*, 11(4), 329-336.

Yang, Q., Mumusoglu, S., Qin, Y., Sun, Y., Hsueh, A.J. (2021). A kaleidoscopic view of ovarian genes associated with premature ovarian insufficiency and senescence. *FASEB J.*;35(8):e21753

Yazdkhasti, M., Negarandeh, R., Behboodi Moghadam, Z. (2019). An empowerment model of Iranian women for the management of menopause: a grounded theory study. *Int J Qual Stud Health Well-being*;14(1):1665958.

Young, T., Rabago, D., Zgierska, A., Austin, D., Laurel, F. (2003). Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women in the Wisconsin sleep cohort study. *Sleep*; 26:667–72.

Zhu. L., Jiang, X., Sun, Y., Shu, W. (2016). Effect of hormone therapy on the risk of bone fractures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause*.; 23:461-470.

Zhu, H., Jiang, J., Wang, Q., Zong, J., Zhang, L., Ma, T., Xu, Y., Zhang, L.(2018). Associations between ER α / β gene polymorphisms and osteoporosis susceptibility and bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Endocr Disord*.;18(1):11.

Zöllner, Y.F., Acquadro, C. & Schaefer, M. (2005). Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Quality of Life Research*, 14: 309–327

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ε.Α.Π.

Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι:

«Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των υποεκτιμημένων αναγκών σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες»

Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Σας ενημερώνω ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να δημοσιευθούν σε ελληνικά και ξένα περιοδικά ή να ανακοινωθούν σε επιστημονικά συνέδρια, τηρώντας πάντα την αρχή της ανωνυμίας.

Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης.

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

☐ Δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα

☐ Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα

Υπογραφή συμμετέχοντος

Κατερίνα Παπακωνσταντίνου PhD

Μαιευτήρας Γυναικολόγος,

Αν. Διευθύντρια Γυναικολογικής Κλινικής

Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, 6932276185, k_papakon@yahoo.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

2. Ύψος:

Βάρος:

3. Περιοχή διαμονής:

4. Καπνίζετε;

Ναι

Σπάνια

Όχι

5. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;

A. Απόφοιτος δημοτικού

B. Απόφοιτος γυμνασίου

Γ. Απόφοιτος λυκείου

Δ. Πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ

Ε. Κάτοχος μεταπτυχιακού

Στ. Κάτοχος διδακτορικού

6. Ποια η επαγγελματική σας ιδιότητα;

A. Άνεργη

B. Οικιακά

Γ. Δημόσιος Υπάλληλος

Δ. Ιδιωτικός Υπάλληλος

Ε. Ελεύθερος Επαγγελματίας

Στ. Συνταξιούχος

7. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οικονομικό σας εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης σας;

A. Καθόλου

Δ. Πολύ

B. Λίγο

Ε. Πάρα πολύ

Γ. Μέτρια

8. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

A. Άγαμη

B. Διαζευγμένη

Γ. Σε γάμο/συμβίωση

Δ. Σε γάμο/συμβίωση με παιδιά

Ε. Χήρα

9. Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σχέση σας με το σύζυγο/σύντροφο σας;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- Ε. Πάρα πολύ

10. Υπάρχει ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και λήψης φαρμάκων;

- Ναι Όχι

11. Έχετε κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα;

- Ναι (αναφέρετε επιγραμματικά):
Όχι

12. Επισκέπτεστε τακτικά (ανά 1-2 έτη) τον γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις (τεστ Παπανικολάου, μαστογραφία, υπέρηχο);

- Ναι Όχι

13. Σε ποιο στάδιο της εμμηνόπαυσης βρίσκεστε (αναγράψτε την ΤΕΡ-τελευταία αυτόματη έμμηνο ρύση);

- A. Μη συστηματική έμμηνος ρύση
- B. <12 μήνες διακοπή περιόδου
- Γ. >12 μήνες διακοπή περιόδου (ηλικία εμμηνόπαυσης:)

14. Λόγοι εμμηνόπαυσης:

- A. Φυσιολογική
- B. Χειρουργική (αναφέρεται τον λόγο):
- Γ. Χημειοθεραπεία/Ακτινοθεραπεία

15. Ποια είναι η στάση σας απέναντι στην εμμηνόπαυση;

- ☐ Θετική: (για παράδειγμα, τέλος ενοχλητικών συμπτωμάτων της περιόδου, αρχή μιας νέας φάσης της ζωής)
- ☐ Αρνητική: (για παράδειγμα, τέλος της δυνατότητας γονιμοποίησης, μη συμβιβασμός με αλλαγές που υπεισέρχονται)
- ☐ Αδιάφορη (π.χ, δεν έχω διαπιστώσει αλλαγές που με επηρέασαν)

16. Τι στήριξη είχατε από το κοινωνικό/οικογενειακό σας περιβάλλον κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Δ. Πολύ
- Γ. Μέτρια
- Ε. Πάρα πολύ

17. Έχετε αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης;

- A. Καθόλου Δ. Πολλές φορές
B. Λίγες φορές E. Πάρα πολλές φορές
Γ. Αρκετές φορές

Καθόλου» ή «Λίγο» αναφέρετε τον
λόγο:.....
.....
.....

18. Έχετε βρει ανταπόκριση από τους επαγγελματίες υγείας για επίλυση των εν λόγω προβλημάτων;

- A. Καθόλου Δ. Πολύ
B. Λίγο E. Πάρα πολύ
Γ. Αρκετά

Αν «Καθόλου» ή «Λίγο» αναφέρετε τις απαντήσεις που
λάβετε:.....
.....
.....

19. Ποιο το φύλο των επαγγελματιών υγείας που σας μίλησαν περισσότερο για τα συμπτώματα/επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και τις επιλογές αντιμετώπισης;

- Άνδρες Γυναίκες Και οι δύο

20. Ξέρετε ότι υπάρχουν φαρμακευτικές και άλλες λύσεις για την αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων;

- Ναι Όχι

21. Από ποια πηγή λάβατε την πληροφόρηση(δυνατότητα πολλαπλών επιλογών;)

- A. Επαγγελματίες υγείας
B. Κοινωνικό περιβάλλον
Γ. Social media
Δ. Τηλεόραση/Διαφημίσεις
E. Φαρμακεία
Στ. Άλλο.....

22. Λαμβάνετε ή λάβατε ποτέ (και για πόσο διάστημα) θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση (οιστρογόνα-προγεστερόνη);

- Ναι (για πόσο διάστημα) Όχι

23. Αν όχι, αναφέρετε τους λόγους απόρριψης (δυνατότητα πολλαπλών επιλογών)

- A. Φόβος για τις παρενέργειες
- B. Φόβος για καρκίνο από τις ορμόνες
- Γ. Έλλειψη ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας
- Δ. Αρνητική συμβουλευτική από επαγγελματίες υγείας
- Ε. Δεν κρίνω ότι είναι απαραίτητη
- ΣΤ. Προτιμώ τα μη φαρμακευτικά σκευάσματα-συμπληρώματα

24. Ποιο σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης θεωρείται πιο ενοχλητικό (δυνατότητα πολλαπλών επιλογών);

- A. Εξάψεις
- B. Ξηρότητα κόλπου
- Γ. Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας
- Δ. Ψυχολογικές μεταπτώσεις
- Ε. Οστεοπόρωση
- Στ. Αλλαγές στο μεταβολισμό
- Z. Αυπνίες
- Η. Κεφαλαλγίες-Ζάλη
- Θ. Ακράτεια ούρων- Ουρολοιμώξεις
- Ι. Άλλο (αναφέρετε).....

25. Έχετε διαφοροποιήσει την σωματική σας δραστηριότητα και τη διατροφή σας προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- Ε. Πάρα πολύ

26. Είστε ικανοποιημένη με το επίπεδο πληροφόρησης που λαμβάνετε από την επιστημονική κοινότητα για την εμμηνόπαυση και τις μακροχρόνιες συνέπειες της στη γυναικεία υγεία (καρδιαγγειακό, οστεοπόρωση, ουρογεννητικό);

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- Ε. Πάρα πολύ

27. Πώς κρίνεται το επίπεδο υγείας σας γενικότερα;

- A. Καθόλου ικανοποιητικό
- B. Λίγο ικανοποιητικό
- Γ. Αρκετά ικανοποιητικό
- Δ. Πολύ ικανοποιητικό
- Ε. Πάρα πολύ ικανοποιητικό

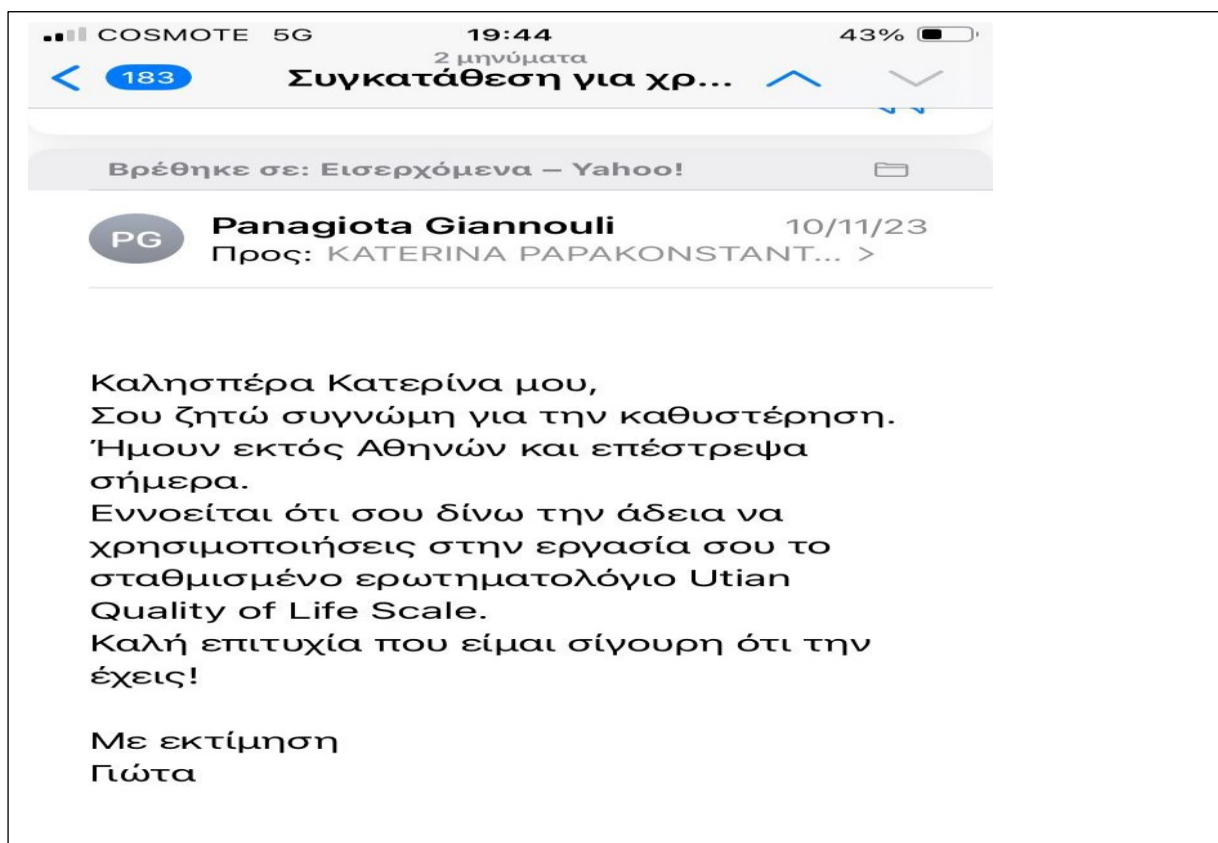
ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΥΤΙΑΝ

Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό συμφωνίας με τις ακόλουθες προτάσεις όπως ισχύουν για σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Σιγουρευτείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις απαντήσεις. Παρακαλώ βάλτε ✓ στην απάντηση σας σύμφωνα με την παρακάτω διαβάθμιση:

	1 Δεν ισχύει καθόλου	2 Ισχύει ελάχιστα	3 Ισχύει μερικώς	4 Ισχύει αρκετά	5 Ισχύει απολύτως
Τα καταφέρνω να ελέγχω εκείνα τα πράγματα που είναι σημαντικά για μένα στη ζωή μου					
Νιώθω ότι η δουλειά μου, μου προσφέρει ένα ενδιαφέρον πεδίο δράσης					
Πιστεύω ότι η εργασία μου ωφελεί την κοινωνία					
Δεν είμαι ικανοποιημένη από τη σεξουαλική μου ζωή					
Είμαι ικανοποιημένη από την αισθηματική μου ζωή					
Έχω εισπράξει μεγάλη προσωπική αναγνώριση από την απασχόληση μου ή τον κοινωνικό μου χώρο					
Με δυσαρεστεί η εμφάνιση μου					
Η διατροφή μου δεν είναι υγιεινή					
Νιώθω ότι ελέγχω τη διατροφική μου συμπεριφορά					
Συνήθως κάνω σωματική άσκηση τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα					
Γενικά η διάθεση μου είναι καταθλιπτική					
Συχνά με πιάνει άγχος					
Τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν είναι έξω από τον έλεγχο μου					
Είμαι ικανοποιημένη με τη συχνότητα των σεξουαλικών μου επαφών και με το σύντροφο μου					
Αυτή την εποχή αισθάνομαι σωματική ενόχληση ή πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή					

	1	2	3	4	5
Πιστεύω πως δεν έχω κανέναν έλεγχο πάνω στη σωματική μου υγεία					
Είμαι περήφανη για αυτά που έχω καταφέρει στους τομείς με τους οποίους ασχολούμαι					
Θεωρώ ενδιαφέρουσα τη ζωή μου					
Εξακολουθώ να θέτω νέους στόχους στην προσωπική μου ζωή					
Περιμένω ότι θα συμβούν καλά πράγματα στη ζωή μου					
Νιώθω σωματικά καλά					
Νιώθω ότι είμαι σε καλή φυσική κατάσταση					
Εξακολουθώ να θέτω νέους στόχους στην επαγγελματική μου ζωή					

Συγκατάθεση για χρήση ερωτηματολογίου UTIAN από την Παναγιώτα Γιαννούλη



Καλησπέρα Κατερίνα μου,
Σου ζητώ συγνώμη για την καθυστέρηση.
Ήμουν εκτός Αθηνών και επέστρεψα
σήμερα.
Εννοείται ότι σου δίνω την άδεια να
χρησιμοποιήσεις στην εργασία σου το
σταθμισμένο ερωτηματολόγιο Utian
Quality of Life Scale.
Καλή επιτυχία που είμαι σίγουρη ότι την
έχεις!

Με εκτίμηση
Γιώτα

ΚΛΙΜΑΚΑ GREENE

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Για τις παρακάτω μεταβλητές ισχύει η κωδικοποίηση:

0 καθόλου	1 Λίγο	2 Αρκετά	3 Πολύ
--------------	-----------	-------------	-----------

	0	1	2	3
Αίσθημα παλμών				
Αίσθημα έντασης ή νευρικότητας				
Δυσκολία επέλευσης ύπνου				
Κρίσεις πανικού				
Δυσκολία συγκέντρωσης				
Αίσθημα κόπωσης ή έλλειψη ενεργητικότητας				
Απώλεια ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα				
Αίσθημα θλίψης				
Ξεσπάσματα κλάματος				
Ευερεθιστότητα				
Αίσθημα ζάλης και τάσης προς λιποθυμία				
Αίσθημα τάσης στην κεφαλή ή το σώμα				
Κεφαλαλγία				
Αιμωδίες (μουνδιάσματα)				
Μυαλγίες-αρθραλγίες				
Απώλεια αισθήσεων στα χέρια ή στα πόδια				

	0	1	2	3
Αίσθημα δύσπνοιας				
Εξάψεις				
Νυκτερινές εφιδρώσεις				
Απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας				
Ξηρότητα κόλπου- δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη σεξ. επαφή)				

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ Rosenberg Self-Esteem Scale

Ακολουθεί μια λίστα από προτάσεις, οι οποίες σχετίζονται με το πώς αισθάνεστε με τον εαυτό σας. Επιλέξτε το κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

	1. Διαφωνώ απόλυτα	2. Διαφωνώ	3. Συμφωνώ	4. Συμφωνώ απόλυτα
1. Γενικά, είμαι ευχαριστημένος/ η με τον εαυτό μου.				
2. Κάποιες φορές, νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός/ή.				
3. Πιστεύω ότι έχω αρκετά καλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα.				
4. Είμαι ικανός/ή να κάνω πράγματα εξίσου καλά όπως και οι άλλοι άνθρωποι.				
5. Αισθάνομαι ότι δεν έχω κάνει πολλά πράγματα για τα οποία να νιώθω περήφανος/η.				
6. Υπάρχουν στιγμές που νιώθω άχρηστος/η.				
7. Αισθάνομαι ότι αξίζω ως άτομο, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι άνθρωποι.				
8. Εύχομαι να σεβόμουν περισσότερο τον εαυτό μου.				
9. Συνολικά, τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος/η ως άτομο.				
10. Έχω θετική στάση προς τον εαυτό μου.				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ
ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: 6/23
ΑΘΗΝΑ, 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2023

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 6ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ/2023

ΣΧΕΤ: α. Υπ. Σημ. Υπ. Αριθμ. 10/23 Υδνη ΝΝΑ από 20 Νοεμβρίου 2023

β. Άρθρο 25 ΚΟΛ/ΝΝΑ 2020

1. Σε εκτέλεση σχετικού (α) συνεδρίασε σήμερα Πέμπτη 30 Νοεμβρίου 2023 και ώρα 11:30 το Ε.Σ./Ν.Ν.Α. υπό την προεδρία του Πλοιάρχου (ΥΙ) Ε. Κασωτάκη ΠΝ, Υποδιευθυντή Ν.Ν.Α. και μέλη του τους:

α. Αρχιπλοίαρχο (ΥΝ) Μ. Ψαροπούλου ΠΝ - Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

β. Πλοίαρχο (ΥΙ) Ι. Κυριαζάνο ΠΝ – Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας

γ. Πλοίαρχο (ΥΙ) Μ. Μπουρλάκη ΠΝ - Διευθυντή Τομέα Επιχειρήσεων-Εκπαίδευσης- Οργάνωσης και Έρευνας (απών)

δ. Πλοίαρχο (ΥΙ) Ι. Σταυριανόπουλο ΠΝ - Διευθυντή Παθολογικού Τομέα

ε. Πλοίαρχο (ΥΙ) Ε. Καβαλαράκη ΠΝ - Διευθυντή Χειρουργικού Τομέα

στ. Πλοίαρχο (ΥΝ) Κ. Αναστοπούλου ΠΝ –Συντονίστρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

ζ. Πλοίαρχο (ΥΙ) Ι. Σοφούλη ΠΝ - Διευθυντή Εργαστηριακού Τομέα

η. Πλοίαρχο (ΥΟ) Φ. Μησιάνη ΠΝ – Επιτελή Γραφείου Τομεαρχών και Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος ΝΝΑ

θ. Πλοίαρχο (ΥΦ) Δ. Παπαδογούλα ΠΝ –Διευθυντή Φαρμακευτικού Τομέα (απών)

και αφού έλαβε υπόψη του:

- Τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών στο Νοσοκομείο

- Το γεγονός ότι όλοι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή μελετών
- Ότι από τη διενέργεια των μελετών δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο
- Τις προϋποθέσεις για παρακολούθηση εργασιών και πρακτικής άσκησης στο NNA
- Τις προτάσεις των επιτροπών για τον κανονισμό και λειτουργία ομάδων στο NNA

(Σημ.: α. Στα θέματα που είναι εισηγητές μέλη του Ε.Σ. δεν προσμετράται η ψήφος τους. β. Ο γραμματέας είναι άνευ ψήφου)

Ομόφωνα αποφασίζει και εγκρίνει το παρακάτω θέμα

Διεξαγωγή μελέτης στο NNA με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των υποεκτιμημένων αναγκών σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες» στα πλαίσια του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Επισημαίνεται ότι θα τηρηθούν όλα τα προβλεπόμενα από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΧΟΣ (ΥΙ) Α. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΠΝ

ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 14259/27.11.2023

2. Χειριστής: Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) Ε. Μαντζάρα Π.Ν., Γραμματέας Ε.Σ./Ν.Ν.Α.,
τηλ 210 7261458- 210 7261364



Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) Ε. Μαντζάρα Π.Ν

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Πλοίαρχος (ΥΙ) Ε. Κασωτάκης ΠΝ

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης