



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΧΑΪΔΗ ΜΠΑΛΑΜΠΕΚΟΥ

A.M: 906

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα από τα κυριότερα ζητήματα που απασχολούν τις γυναίκες ηλικίας 45 έως 55 ετών, είναι η εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι κοινά στις περισσότερες περιπτώσεις με συνηθέστερα την κυκλοθυμία, τις εξάψεις, τη διαταραχή του ύπνου και φυσικά, τις ορμονικές αλλαγές. Δεν πρέπει να παραλείψουμε βέβαια και τις μεταβολές που μπορεί να υπάρξουν στην ψυχική υγεία κάθε γυναίκας. Για τον λόγο αυτόν, η στήριξη και η παροχή βοήθειας από το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο και έχει στόχο την βελτίωση του τρόπου ζωής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση και τα συμπτώματά της.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Google Scholar. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα, κατά κύριο λόγο, την τελευταία διετία στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Κατά την εμμηνόπαυση, κάθε γυναίκα βιώνει την δική της οδυνηρή καθημερινότητα, αντιμετωπίζοντας συμπτώματα που επιδρούν στην πνευματική, σωματική αλλά και την ψυχική της ισορροπία, καθιστώντας την αρκετά ευάλωτη. Με τη κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, όπως η ορμονοθεραπεία, ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει την κάθε γυναίκα ξεχωριστά, να αποκτήσει μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Γίνεται σαφές ότι ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην σωστή καθοδήγηση των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Είναι εκείνος που διαθέτει τις κατάλληλες επαγγελματικές δεξιότητες ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη

πρόληψη και θεραπεία της δυσάρεστης αυτής κατάστασης. Αξιοσημείωτη βέβαια είναι και η έγκαιρη ενημέρωση από τον γυναικολόγο.

Λέξεις-κλειδιά: εμμηνόπαυση, εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, ορμονοθεραπεία, νοσηλευτική υποστήριξη, νοσηλευτικό προσωπικό, ρόλος του νοσηλευτή.

ABSTRACT

Introduction: One of the main issues concerning women aged 45 to 55 is menopause. The occurring symptoms are common in most cases, with the most common being mood swings, hot flashes, sleep disturbance and, of course, hormonal changes. Of course, we should not miss the changes that could occur in every woman's mental health. For this reason, the nursing staff's support and assistance plays an important role and aims in the improvement of their lifestyle.

Purpose: The purpose of this work is the review of bibliography in order to identify nursing interventions in women experiencing menopause and its symptoms.

Material-Method: The international bibliography was reviewed in the electronic databases PubMed and Google Scholar. The material was collected after a thorough study of the relevant bibliography, which emerged from selected articles published, mainly, of the last two years both in English language.

Results: During menopause, each woman experiences her own painful daily life, dealing with symptoms that affect her mental, physical and spiritual balance, making her quite vulnerable. With the right psychological support and medication, such as hormone therapy, the nurse can encourage each woman individually to have a better quality of life.

Conclusions: It becomes clear that the nurse plays an important role in the proper guidance of women experiencing menopause. He is the one who has the appropriate professional skills in order to achieve the best prevention and treatment of this unpleasant condition. Of course, the timely information from the gynecologist is also remarkable.

Keywords: menopause, menopausal symptoms, hormone therapy, nursing support, nursing staff, role of the nurse.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΜΕΡΟΣ Α	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	9
2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	10
3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	11
3.1 ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.....	11
3.2 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ.....	12
3.2.1 ΕΞΑΨΕΙΣ.....	13
3.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	14
3.3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	14
3.3.4 ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ.....	15
3.3.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	16
3.3.6 ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	16
3.3.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	17
3.3.8 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ.....	17
4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	19
4.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	19
4.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	20
4.2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΥ ΚΥΚΛΟΥ.....	20
4.2.2 ΛΗΨΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ.....	21

4.2.3 ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ Ή ΑΠΟΒΟΛΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ.....	22
5. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	23
5.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	23
5.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	23
5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	24
5.4 ΑΣΚΗΣΗ.....	24
5.5 ΥΠΙΝΟΣ.....	25
6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
6.1 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	26
6.2 ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	27
6.2.1 ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ.....	27
6.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΙΝΟΥ.....	28
6.2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	29
6.2.4 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ.....	30
ΜΕΡΟΣ Β	
1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	31
2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	36
ΜΕΡΟΣ Γ	
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΑΡΘΡΑ.....	37

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως «εμμηνόπαυση» ορίζουμε την μόνιμη διακοπή της εμμήνου ρήσεως για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών, η οποία χαρακτηρίζεται ως «φυσιολογική εξελικτική διεργασία» κατά την οποία η λειτουργία των ωοθηκών παύει να υφίσταται και η έκκριση οιστρογόνων είναι μειωμένη. Εμφανίζεται μεταξύ 45^{ου} και 55^{ου} έτους, με μέσο όρο εμφάνισης τα 51,4 έτη. Οι γενετικοί παράγοντες είναι αυτοί που καθορίζουν την ηλικία εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης, υπάρχει όμως περίπτωση αυτή να κάνει την εμφάνιση της νωρίτερα, σε γυναίκες που καπνίζουν, σε άτοκες γυναίκες, ακόμη και σε εκείνες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση της μήτρας ή των ωοθηκών(Βιβιλάκη, 2016), (Osborn, Wraa, Wotson, 2014).

Η εμμηνόπαυση είναι μία ενδοκρινοπάθεια που προκύπτει φυσιολογικά στην αναπαραγωγική ζωή μιας γυναίκας. Χαρακτηρίζεται από την απώλεια της φυσιολογικής ωοθηκικής στεροειδογένεσης η οποία συμβαίνει λόγω ηλικίας, ακτινοβολίας, χημειοθεραπείας ή ακόμη και χειρουργικής επέμβασης και μπορεί να επιφέρει αρκετές δυσκολίες αλλά και σοβαρά προβλήματα υγείας στην καθημερινότητα της γυναίκας(Βιβιλάκη, 2016),(Smith, 2018).

Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στα 42 έτη και υποχωρούν στα 58 έτη. Περισσότερο από το 90% των γυναικών, ποσοστό αρκετά σύνηθες, δεν έχουν εμμηνορρυσία μετά τα 50 έτη όπως επίσης, γυναίκες οι οποίες έχουν εμφανίσει 1 έτος αμηνόρροιας θεωρούνται ως εμμηνοπαυσιακές(Osborn, Wraa, Wotson, 2014).

Κάθε γυναίκα για να φτάσει στο στάδιο της εμμηνόπαυσης, πρώτα διανύει το στάδιο της περιεμμηνόπαυσης, η οποία χωρίζεται σε πρόιμη και όψιμη και ξεκινάει στα μέσα ή τέλη της 4^{ης} δεκαετίας της ζωής έως και ένα έτος μετά την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, όπου στην συνέχεια, αρχίζει το στάδιο της μετεμμηνόπαυσης. Η μετεμμηνόπαυση χωρίζεται και αυτή με την σειρά της, σε πρόιμη στα πρώτα 4 έτη και όψιμη έπειτα από αυτά(Βιβιλάκη, 2016).

ΜΕΡΟΣ Α

1. ΤΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα, δηλαδή αυτά που είναι ορατά από έξω, τα οποία ονομάζονται και αιδοίο, αλλά και τα έσω γεννητικά όργανα. Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούνται από:

1. Το εφηβαίο (όρος της Αφροδίτης)
2. Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου
3. Την κλειτορίδα
4. Τον πρόδομο του κόλπου
5. Τους βορθολίνειους αδένες του προδόμου
6. Το έξω στόμιο της ουρήθρας
7. Τον παρθενικό υμένα
8. Τους βολβούς του προδόμου

Στα έσω γεννητικά όργανα ανήκουν:

1. Η μήτρα
2. Ο κόλπος ή κολεός
3. Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί
4. Οι ωοθήκες

Οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες συνιστούν τα επικουρικά γεννητικά όργανα τα οποία είναι γνωστά σαν εξαρτήματα(Platzer, Fritsch, Kohnel, 2005).

2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Όσον αφορά το κομμάτι της παθοφυσιολογίας, η διάρκεια της μεταβατικής αυτής περιόδου κατά την οποία παρατηρούνται μικρού ή μεγάλου βαθμού ανωμαλίες στον καταμήνιο κύκλο, διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Η περίοδος αυτή γίνεται αντιληπτή μόλις σταματήσει η παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης, οπότε και επέρχεται η λήξη της εμμήνου ρύσεως. Καθώς, τα επίπεδα των οιστρογόνων αρχίζουν να ελαττώνονται, το ενδομήτριο σταματά να πολλαπλασιάζεται ενώ, τα ωάρια που έχουν απομείνει στις ωοθήκες υπόκεινται σε ατρησία ή εκφυλίζονται. Η μείωση των οιστρογόνων μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους αφού, τα οιστρογόνα έχουν ευρεία δράση σε πολλά όργανα(Hart, Loeffler, 2014).

Κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης, οι ορμόνες αυτές μεταβάλλονται και αλλάζει σημαντικά η δραστηριότητα που επιτελούν. Στα πρώιμα στάδια της εμμηνόπαυσης η ελαττωμένη παραγωγή της ανασταλτίνης από τις ωοθήκες συνδέεται άμεσα με τις ενδοκρινικές αλλαγές που συμβαίνουν(Avis, 2005). Ταυτόχρονα, η γλυκοπρωτεΐνη αυτή είναι υπεύθυνη για την αναστολή της FSH από την πρόσθια υπόφυση, γεγονός που προκαλεί αύξηση της FSH στο πλάσμα. Επιπλέον, παρατηρείται πως οι τιμές της LH αυξάνονται περισσότερο από τα προεμμηνορρυσιακά όρια ενώ παράλληλα, μεγάλη ποσότητα ανδρογόνων παράγεται μετά την εμμηνόπαυση με διέγερση από την FSH και LH. Τέλος, κύρια θέση παραγωγής κατέχει ο λιπώδης ιστός, με μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη(Campbell and Monga, 2015).

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση, μέσω ενδοκρινών λειτουργιών, προκαλείται από την μείωση της προσφοράς ωοθυλακίων από τις ωοθήκες του γυναικείου οργανισμού. Το γεγονός αυτό αντιπροσωπεύει το στάδιο εκείνο της αναπαραγωγής που ολοκληρώνεται η μετάβαση του καταμήνιου κύκλου ωορρηξίας και ωοθηκικής λειτουργίας με αποτέλεσμα την διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Την ίδια στιγμή παρατηρείται σταδιακή αύξηση της συγκέντρωσης της ορμόνης FSH. Όλα αυτά σηματοδοτούν το στάδιο ολοκλήρωσης της ωορρηξίας καθώς, διακόπτεται η έμμηνος ρύση και ξεκινά η εμμηνόπαυση(Avis, 2005).

Πολλά από τα προβλήματα που προκαλούνται λόγω της εμμηνόπαυσης και της διαφοροποίησης των ορμονών που συμβαίνουν, υπάρχει πιθανότητα να εξαφανιστούν μόνα τους, όπως για παράδειγμα οι εξάψεις ενώ, υπάρχουν και προβλήματα που δεν θα υποχωρήσουν εξαιτίας των οιστρογόνων που χάνονται.

3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

3.1 ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η εμμηνορυσιακή αιμορραγία εμφανίζεται περίπου 14 μέρες μετά την ωοθυλακιωρρηξία και διαρκεί 2 έως 8 ημέρες. Περιλαμβάνει ενδομητρικό ιστό, αίμα, βλέννη και κύτταρα του τραχήλου και του κόλπου. Η ποσότητα του αίματος που αποβάλλεται είναι μόλις 40 με 80ml. Υπάρχει περίπτωση, η διάρκεια του κύκλου να επηρεαστεί από παράγοντες όπως είναι τα φάρμακα, το στρες, η διατροφή ή κάποια ασθένεια(DeWit, 2009). Για 3 με 5 ημέρες το έσω στρώμα του ενδομητρίου αποκολλάται και αποβάλλεται ως έμμηνη ρύση, δηλαδή υγρό και αίμα. Το ξεκίνημα της παραγωγικής φάσης επιτυγχάνεται με το ωοθυλάκιο που έχει ωριμάσει και επομένως παράγει οιστρογόνα. Σωληνοειδής αδένες σχηματίζονται καθώς, αυξάνεται ο αριθμός των σπειροειδών αρτηριών, ενώ το λειτουργικό σώμα αναπαράγεται και γίνεται παχύτερο. Επιπλέον, το σπέρμα μετακινείται προς την μήτρα, μέσω αυλών που έχουν δημιουργηθεί από την βλέννα του τραχήλου, η οποία τροποποιείται σε λεπτή, κρυσταλλική ουσία. Η τελική φάση διαρκεί 14 με 28 ημέρες και ονομάζεται εκκριτική φάση. Η προγεστερόνη που παράγεται από το ωχρό σωματίο έχει επίδραση στο ενδομήτριο και επιφέρει αυξημένη αγγειοβρίθεια, μετατρέποντας το έσω στρώμα σε εκκριτικό βλεννογόνο, ερεθίζοντας την έκκριση γλυκογόνου μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και προκαλώντας τη βλέννα του τραχήλου να ξαναγίνει παχιά, ώστε να φράξει το έσω στόμιο. Τέλος, τα επίπεδα των ορμονών μειώνονται, εάν δεν γίνει γονιμοποίηση και δημιουργείται υποξία των κυττάρων του ενδομητρίου τα οποία εκφυλίζονται και υποπίπτουν εφόσον, υπάρξει σπασμός των σπειροειδών αρτηριών(LeMone, Burke, Bauldoff, 2011).

Οι γυναικείες ορμόνες που σταδιακά παράγονται από τις ωοθήκες είναι τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και τα ανδρογόνα. Τα οιστρογόνα είναι στεροειδείς ορμόνες που φυσιολογικά υπάρχουν σε τρεις τύπους: οιστρόνη(E1), οιστραδιόλη(E2) και οιστριόλη(E3). Η προγεστερόνη έχει επίδραση κυρίως στην ωρίμανση του μαζικού αδενικού ιστού και του ενδομητρίου και τα ανδρογόνα είναι σημαντικά για την ανάπτυξη και διατήρηση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Όταν η παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης στις ωοθήκες παύει να υφίσταται, επέρχεται τερματισμός της εμμήνου ρύσεως(Hart, Loeffler, 2014). Καθώς οι ωοθήκες

αρχίζουν να έχουν μειωμένη ευαισθησία στην FSH, τα επίπεδα της ορμόνης αυτής αυξάνονται σε μία προσπάθεια να αντιροπήσουν την μειωμένη απόκριση. Παράλληλα, μειώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων εξαιτίας της ωρίμανσης λιγότερων ωοθυλακίων, αφού τα περισσότερα υφίστανται ατρησία, το ενδομήτριο σταματά να πολλαπλασιάζεται και η προγεστερόνη παρουσιάζει διακυμάνσεις, ενώ ορισμένοι κύκλοι μπορεί να είναι ανωορρηκτικοί(Βιβιλάκη, 2016).

Καθώς η λειτουργία των ωοθηκών φθίνει, η παραγωγή οιστραδιόλης(E2), ελαττώνεται και τελικά αντικαθίσταται από την οιστρόνη ως κύριο ωοθηκικό οιστρογόνο. Με την λειτουργία των ωοθηκών εξασθενημένη, ελαττώνεται σημαντικά και η δεύτερη ωοθηκική ορμόνη, η προγεστερόνη, η οποία παράγεται κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης του κύκλου(LeMone, Burke, Bauldoff, 2011). Εφόσον υπάρχουν μεταβολές στην δραστηριότητα αυτών των ορμονών, εμφανίζεται, κατ'επέκταση, μείωση και της σεροτονίνης, μιας νευροδιαβιβαστικής ορμόνης στον εγκέφαλο, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα οιστρογόνα(Avis, 2005).

Λίγο πριν την ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης, τα επίπεδα ινχιμπίνης φτάνουν σε επίπεδα στα οποία καταργείται το αρνητικό feedback που προκαλούσαν στην υπόφυση. Πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα τα επίπεδα FSH και LH να αυξάνονται σημαντικά, προκαλώντας υπερδιέγερση των ωοθυλακίων και επίσπευση της ατρησίας τους. Αυτό έχει ως αντίκτυπο τα επίπεδα των οιστρογόνων να επιτρέπουν την πάχυνση του ενδομητρίου καθώς μειώνονται επιφέροντας την παύση της εμμήνου ρύσεως(Βιβιλάκη, 2016).

3.2 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Όσο τα επίπεδα των οιστρογόνων κάθε γυναίκας εξαντλούνται, μια σειρά από σημεία και συμπτώματα κάνουν την εμφάνισή τους, τα οποία διαφέρουν ως προς την ένταση με την οποία εμφανίζονται(Βιβιλάκη, 2016). Προσβάλλονται σε μεγάλο βαθμό πολλαπλά συστήματα όπως το νευρικό, το καρδιαγγειακό, το σκελετικό αλλά και το ουροποιογεννητικό λόγω των μεταβολών στα επίπεδα των οιστρογόνων στα όργανα στόχους. Κάποιοι από τους παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης είναι φυλετικοί, ψυχολογικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί καθώς συμβολή φαίνεται να έχει και ο δείκτης μάζας σώματος. Συνήθως,

στα πιο προχωρημένα στάδια της εμμηνόπαυσης εμφανίζονται και κάποιες πιο βραδείες μεταβολές όπως, η ατροφία των οιστρογονοεξαρτούμενων ιστών, ενώ παράλληλα συμβαίνει και η ελάττωση της οστικής πυκνότητας που είναι γνωστή ως οστεοπόρωση. Μεταξύ των γυναικών που διανύουν την εμμηνοπαυσιακή περίοδο, η σχέση της περιφερικής αρωματοποίησης με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης ποικίλλει. Αρωματοποίηση καλείται η διαδικασία κατά την οποία τα ανδρογόνα των ωοθηκών και των επινεφριδίων μπορούν να μετατραπούν σε οιστρογόνα από το λιπώδη ιστό και τους θυλάκους των τριχών(McPhee, 2009).

3.2.1 ΕΞΑΨΕΙΣ

Οι εξάψεις είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην κλιμακτήριό τους. Προκύπτουν στο 75% των γυναικών κατά την εμμηνόπαυση και μόνο το 30% αυτών επιζητούν την ιατρική περίθαλψη. Είναι επιρρεπείς στο να εμφανίζονται τον πρώτο χρόνο έπειτα από την τελευταία έμμηνο ρύση απροειδοποίητα τις πρωινές ή βραδινές ώρες και τείνουν να είναι πιο σοβαρές και με μεγαλύτερη διάρκεια σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, οι εξάψεις που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της νύχτας διαταράσσουν πολύ πιο εύκολα τον ύπνο της κάθε γυναίκας, γεγονός που καταλήγει σε αϋπνία, ευερεθιστότητα και διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης. Χαρακτηρίζονται επίσης, από εφίδρωση στο πρόσωπο, τον λαιμό και το στήθος, απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος αλλά και περιφερειακή αγγειοδιαστολή. Υπάρχουν διακυμάνσεις ακόμη και στην ηλεκτροκαρδιογραφική γραμμή, μειωμένη αντοχή του δέρματος και δείκτη ελέγχου του κόλπου(Bruce, Rymer, 2009). Οι γυναίκες οι οποίες έχουν περισσότερες εξάψεις τείνουν να έχουν και μεγαλύτερη υπέρταση λευκής ύλης σε απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού. Η διάρκεια των συμπτωμάτων που αφορούν τις εξάψεις υφίσταται για 4 με 5 ημέρες(Santoro, 2016).

3.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος και συγκεκριμένα ο ανήσυχος ύπνος, είναι ένα από τα συχνότερα κλινικά συμπτώματα που επηρεάζουν, σε παγκόσμιο επίπεδο, τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Το 40% με 60% των γυναικών αναφέρουν αϋπνία, διαταραχές αλλά και ανήσυχο ύπνο(Harris, Harrison, 2020). Οι επιπλοκές αυτές ξεκινούν από την περίοδο μετάβασης στην εμμηνόπαυση μέχρι και την εγκατάστασή της. Σχετίζονται περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας και τα ποσοστά είναι 39-47% στην περιεμμηνόπαυση και 35-60% στην μετεμμηνόπαυση. Οι μεταβολές των ορμονών της FSH και της οιστραδιόλης έχουν επιπτώσεις στην διατήρηση της συνεχόμενης διάρκειας του ύπνου αλλά και στη δυσκολία αυτός να επέλθει και στην πρόωρη και συχνή έγερση κατά το μέσο της νυκτός. Οι ορμονικές αλλαγές είναι εκείνες οι οποίες στην ουσία φαίνεται να έχουν άμεση επιρροή στην δυσκολία του ύπνου κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Ακόμη, κάποιοι επιπλέον παράγοντες που συνδέονται με τον ύπνο είναι η διαταραχή των βιορυθμών οι οποίοι έχουν άμεση επιρροή από τις γοναδοτροπίνες, η ηλικία, τυχόν άγχος ή κατάθλιψη, δυσμενής διάθεση και αρθρίτιδα συχνά συμπτώματα στην συγκεκριμένη περίοδο(Βιβιλάκη, 2016).

3.3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης που βιώνουν οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης(Santoro, 2016). Το ποσοστό εμφάνισης είναι 30% μεγαλύτερο αναφορικά με τις γυναίκες που βρίσκονται στην προεμμηνόπαυση, ενώ όσες έχουν θετικό ιστορικό κατάθλιψης είναι ακόμα πιο επιρρεπείς στο να την εμφανίσουν. Η αντίληψη για το επίπεδο υγείας και ποιότητας ζωής επηρεάζονται σημαντικά καθώς, υπάρχει μεγάλη επίδραση όσων αφορά την προσωπικότητα εκ των οποίων η εσωστρέφεια και η εξωστρέφεια. Επιπλέον, ο κίνδυνος καταθλιπτικών επεισοδίων είναι αυξημένος σε γυναίκες που πάσχουν από υψηλά επίπεδα νευρωτισμού(Βιβιλάκη, 2016).

Σχετικά με την μνήμη, γίνεται γνωστό πως η οιστρογονική ένδεια αποτελεί απειλή για την εμφάνιση κατάθλιψης αφού τα οιστρογόνα επηρεάζουν τις νευρικές λειτουργίες μέσω πλήθους νευροβιολογικών και γονιδιακών μηχανισμών(Βιβιλάκη, 2016).

Εξάψεις, αγχωτικά γεγονότα, κάπνισμα, κακή κοινωνική υποστήριξη, οικονομική πίεση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ο υψηλότερος ΔΜΣ πυροδοτούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιαστούν(Santoro, 2016).

3.3.4 ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ

Ήδη από την περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο, η ελάττωση των οιστρογόνων έχει μεγάλη επίδραση τόσο στο γεννητικό όσο και στο ουροποιητικό σύστημα της γυναίκας καθώς, αυτά τα δύο συστήματα βρίσκονται κάτω από οιστρογινικό έλεγχο. Η ατροφία της ουρογεννητικής οδού είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στην εμμηνόπαυση και επηρεάζει τουλάχιστον το 50% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών προκαλώντας αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους(Βιβιλάκη, 2016).

Σε όλη την ουρογεννητική οδό υπάρχουν υποδοχής οιστρογόνου και προγεστερόνης οι οποίοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι σε κάθε ορμονική αλλαγή που συμβαίνει κατά την εμμηνόπαυση. Οι πιο συχνές και ταυτόχρονα χαρακτηριστικές αλλαγές που δημιουργούνται στους ιστούς είναι η επιθηλιακή αραίωση, η μειωμένη αγγείωση, ο μειωμένος όγκος των ιστών και η εναπόθεση λίπους. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων εντοπίζονται στα τοιχώματα του κόλπου πριν αλλά και μετά την εμμηνόπαυση και δημιουργούν πολλές αλλαγές στην κολπική περιοχή. Αυτές περιλαμβάνουν, μειωμένη ροή αίματος και μείωση της ελαστικότητας και της δυνατότητας εκτόνωσης των κολπικών τοιχωμάτων τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση δυσπαρευνίας. Επιπλέον, μέσω αυτών ο κόλπος γίνεται πιο στενός, το επιθήλιο γίνεται λιγότερο κυτταρικό και τραυματίζεται πιο εύκολα και μπορεί να εμφανιστεί μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Υπάρχει επίσης, απώλεια κυτταρικού γλυκογόνου και μειωμένο γαλακτικό οξύ, με αποτέλεσμα το κολπικό pH να αλλάζει από ένα πιο όξινο περιβάλλον (pH 4/5) στην προεμμηνοπαυσιακή φάση σε ένα πιο αλκαλικό περιβάλλον (pH 6-8) στη μετεμμηνοπαυσιακή φάση. Όλες αυτές οι αλλαγές είναι ικανές να προκαλέσουν ερεθισμό, ξηρότητα, κνησμό, νυκτουρία, μέχρι και μόλυνση της ουροδόχου κύστης(Bruce, Rymer, 2009).

3.3.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Στις περισσότερες εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η επιθυμία για σεξουαλική επαφή εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα ενός υγιούς και σεξουαλικά πρόθυμου συντρόφου, η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του ζευγαριού, η κατάσταση της υγείας, η εθνικότητα καθώς και κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες. Βασικότερος όμως παράγοντας είναι η ύπαρξη της ατροφίας χωρίς συνύπαρξη οργανικής διαταραχής(Βιβιλάκη, 2016).

Είναι σύνηθες να αναφέρονται μειωμένες συγκεντρώσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης με αποτέλεσμα ανεπάρκεια αυτών και ως επί το πλείστον καταλήγουν σε απώλεια της λίμπιντο και ευαισθησία κατά την σεξουαλική επαφή. Ακόμη, είναι γνωστό πως τα οιστρογόνα έχουν άμεση σχέση με τα την διατήρηση της επιθυμίας για σεξουαλική επαφή, την ικανότητα της γυναίκας για οργασμό και την συχνότητα των επαφών, οπότε εάν εκλείπουν αυτά τότε χάνεται και το ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή(Bruce, Rymer, 2009).

Όσον αφορά το ψυχολογικό κομμάτι που σχετίζεται με την συνεύρεση υπάρχουν θετικά και αρνητικά σημεία. Τα θετικά σημεία είναι πως υπάρχει φόβος εγκυμοσύνης οπότε αποφεύγονται και τα αντισυλληπτικά. Τα αρνητικά από την άλλη είναι η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής καθώς, υπάρχει ο φόβος της έλλειψης εμπιστοσύνης αλλά και για τον πόνο ή το τραύμα που είναι πιθανόν να προκληθεί. Έτσι, ο συνδυασμός των σωματικών και ψυχολογικών επιδράσεων είναι ικανό να οδηγήσει στην απώλεια της συνουσίας(Bruce, Rymer, 2009).

3.3.6 ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όσο η περίοδος της εμμηνόπαυσης προχωράει πολλές είναι οι γυναίκες που εκφράζουν παράπονα σχετικά με τις διαταραχές που εμφανίζονται στις γνωστικές τους λειτουργίες και ειδικότερα στην μνήμη. Εκείνες οι οποίες γενικά τείνουν να έχουν μεγαλύτερη απόδοση στην λεκτική μνήμη σε σχέση με τους άνδρες, αναφέρουν πως αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την οργάνωση και την συγκέντρωση της σκέψης τους. Το γεγονός αυτό τους δημιουργεί τον φόβο της άνοιας(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

Σε αρκετές μελέτες, έγινε αποδεκτό το γεγονός πως τα οιστρογόνα περιέχουν οφέλη που βοηθούν τις γυναίκες σε νεότερη ηλικία να διατηρήσουν την λεκτική τους μνήμη στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση. Σε ασθενείς που πιθανόν πάσχουν από πρόωμη άνοια ωφέλιμοι είναι οι αναστολείς της ακετυλοχολινστεράσης όμως δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να μειώσουν το ρυθμό με τον οποίο εξελίσσεται η άνοια σε ασθενείς με ήπια γνωστική εξάντληση. Επιπλέον, σημαντική βελτίωση της μνήμης μπορεί να επιφέρει η πρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ατομοξετίνης σε γυναίκες που εμφανίζουν γνωστικές δυσκολίες στην έναρξη της μέσης ηλικίας(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

3.3.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ως καρδιαγγειακή νόσος(CVD) ορίζεται μια ομάδα δυσλειτουργιών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων, η οποία περιλαμβάνει τη στεφανιαία νόσο, την αγγειακή εγκεφαλική νόσο, την ρευματική και εγγενής καρδιαγγειακή νόσο, την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή(Βιβιλάκη, 2016). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν ανεξάρτητα συσχετιστεί με την πρόωρη μετάβαση στην εμμηνόπαυση και ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά την διάρκειά αυτής(El Khoudary and Thurston, 2018).

Καθώς, τα οιστρογόνα έχουν προστατευτικοί δράση στο ενδοθήλιο των αγγείων, η οιστρογονική ένδεια, σε συνδυασμό με τη μείωση της έκφρασης των οιστρογονικών υποδοχέων στα τοιχώματα των αγγείων, επιφέρει μια επιπλέον επιβάρυνση στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ειδικότερα, μέσα στα 3 με 5 χρόνια εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης, προκαλείται αύξηση της ολικής χολιστερόλης, των τριγλυκεριδίων και της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης(LDL, ενώ σε γυναίκες που έχουν κάνει αφαίρεση των ωοθηκών η αύξηση αυτών εμφανίζεται 6 εβδομάδες μετά το χειρουργείο(Βιβιλάκη, 2016).

3.3.8 ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι η νόσος του σκελετικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα με αποτέλεσμα την εξασθένιση του σκελετού και την πρόκληση καταγμάτων. Σχετίζεται περισσότερο με το χρονικό διάστημα στο οποίο η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση παρά με την ηλικία εγκατάστασής της (Βιβιλάκη, 2016). Χωρίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή οστεοπόρωση και κατά προσέγγιση, το 20% των γυναικών και το 40% των ανδρών πάσχουν από δευτερογενή αίτια (Kamel, 2006).

Η πρωτογενής οστεοπόρωση περιλαμβάνει την οστεοπόρωση τύπου Ι (μετεμμηνοπαυσιακή) και την οστεοπόρωση τύπου ΙΙ (γεροντική). Η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση είναι το αποτέλεσμα της ανεπάρκειας οιστρογόνων, η οποία προκαλεί την αύξηση των ρυθμίσεων των κυτοκινών και απορρόφηση των οστών. Η γεροντική οστεοπόρωση επηρεάζει συχνότερα, άτομα άνω των 70 ετών. Προκύπτει από ανεπάρκεια της βιταμίνης D η οποία συνδέεται με την ηλικία (Kamel, 2006).

Γενικότερα, η απώλεια των οιστρογόνων επιφέρει αύξηση του καταβολικού σκέλους του οστικού μεταβολισμού, με συνέπεια την μείωση της οστικής μάζας και την μεταβολή της ποιότητας του οστού. Η μείωση της οστικής πυκνότητας μετά την εμμηνόπαυση κυμαίνεται μεταξύ 3 με 5% σε γυναίκες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Βιβιλάκη, 2016).

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ύστερα από 12 μήνες αμηνόρροιας, χωρίς την ύπαρξη κάποιας παθολογικής αιτίας, επέρχεται η φυσιολογική εμμηνόπαυση. Είναι πιθανόν να προκύψει και έπειτα από χημειοθεραπεία, ακτινοβολία ή χειρουργική επέμβαση. Οι συγκεντρώσεις της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης(FSH) αυξάνονται, καθώς ο εμμηνορροϊκός κύκλος γίνεται ακανόνιστος λόγω μειωμένης συγκέντρωσης ορμονών στις ωοθήκες και τελικά σταματά όπως και η ωορρηξία. Στις περισσότερες γυναίκες, προγνωστικός παράγοντας εμμηνόπαυσης είναι οι 3 συνεχόμενοι μήνες αμηνόρροιας ή αλλιώς ο μέσος όρος διάρκειας του κύκλου που είναι μεγαλύτερος από 42 ημέρες(Nelson, 2008).

Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της έκπτωσης της ωοθηκικής λειτουργίας αρκεί η μέτρηση των επιπέδων της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης(FSH) στον ορό. Επίπεδα μεγαλύτερα από 100 mIU/mL είναι διαγνωστικά, αν και χαμηλότερα επίπεδα (40-50 mIU/mL) είναι επαρκή για να τεθεί η διάγνωση εάν υπάρχουν και συμπτώματα. Υπάρχει η δυνατότητα να μετρηθούν και τα επίπεδα οιστραδιόλης στον ορό, αλλά είναι λιγότερο αξιόπιστα. Επιπλέον, το τεστ κνήσεως έχει πάντοτε ένδειξη σε γυναίκες που είναι περιεμμηνοπαυσιακές, σεξουαλικά ενεργές και δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη. Ακόμη, η μέτρηση της οστικής πυκνότητας μπορεί να ενδείκνυται σε όσες έχουν ειδικό κίνδυνο. Εάν συμβεί μη κυκλική αιμορραγία σε αυτές τις ασθενείς, ενδείκνυται βιοψία του ενδομητρίου. Γυναίκες με ωοθηκική ανεπάρκεια σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών υποβάλλονται σε καρυότυπο(Smith, 2018).

4.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Για τις υγιείς και ταυτόχρονα φυσιολογικές γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στην ηλικία των 40 με 45 ετών, η διάγνωση της περιεμμηνόπαυσης βασίζεται στην αλλαγή του ενδοεμμηνορρουσιακού συστήματος(Harlow et al, 2012). Ο φυσιολογικός εμμηνορρουσιακός κύκλος έχει διάρκεια 25 με 35 ημέρες στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, με συχνότερο διάστημα τις 28 ημέρες και την ωοθυλακική φάση να διαρκεί 14 με 21 ημέρες, ενώ η ωχρινική μόνο 14(Λουτράδης και συν, 2018).

Για την επιβεβαίωση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση δεν κρίνεται απαραίτητη η αύξηση της FSH, χρειάζονται όμως ενδοκρινικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν την μέτρηση αυτής της ορμόνης αλλά και της χοριακής γοναδοτροπίνης και της προλακτίνης. Η διαδικασία στρατολόγησης των ωοθυλακίων ξεκινά αρκετούς μήνες πριν από κάθε εμμηνορρυσιακό κύκλο. Για περίπου 120 ημέρες, τα ωοθυλάκια που δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί, εξελίσσονται σε πρωτογενή, δευτερογενή και προ-άντρου, μέσω κάποιων ενδογενών ωοθηκικών παραγόντων. Στο επόμενο διάστημα των 75 ημερών τα ωοθυλάκια ευαισθητοποιούνται στην FSH και περνάνε στο στάδιο του άντρου χωρίς φυσικά, να δέχονται κάποια επιρροή από τις κυκλικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια έκκρισης της γοναδοτροπίνης (Λουτράδης και συν, 2018).

Η διάγνωση της περιεμμηνόπαυσης, σε υγιείς και φυσιολογικές γυναίκες ηλικίας 45 ετών και άνω, βασίζεται στα ίδια κριτήρια με τις γυναίκες ηλικίας 40 με 45 ετών, με τη μόνη διαφορά ότι οι αιτίες της εμμηνορρυσιακής δυσλειτουργίας δεν είναι απαραίτητο να διερευνηθούν περαιτέρω σε αυτές τις γυναίκες (Harlow et al, 2012).

4.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

4.2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Φυσιολογικά η έμμηνος ρύση έχει διάρκεια από 2 έως 7 ημέρες και η απώλεια του αίματος αναμένεται κάθε φορά να είναι έως 30ml ανά κύκλο. Εάν η απώλεια αυτή είναι μεγαλύτερη από 80ml, τότε θεωρείται παθολογική και ονομάζεται μηννορραγία (Λουτράδης και συν, 2018).

Γενικότερα, οι ανωμαλίες του καταμήνιου εμμηνορρυσιακού κύκλου χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα προβλήματα που αφορούν τις δομικές ανωμαλίες της μήτρας και του τραχήλου δηλαδή, οι πολύποδες, η αδеноμύωση, το λυωμύωμα και η κακοήθεια – υπερπλασία, ενώ στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι διαταραχές πηκτικότητας και ωοθυλακιόρρυξίας αλλά και η ενδομητρίτιδα. Επιπλέον, οι αιμορραγίες κατά την διάρκεια του κύκλου διακρίνονται σε χρόνιες εάν είναι παρούσες το τελευταίο εξάμηνο και οξείες εάν η απώλεια αίματος είναι τέτοια ώστε να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση (Λουτράδης και συν, 2018).

Τέλος, μια από τις βασικότερες ενδοκρινοπάθειες του εμμηνορρυσιακού κύκλου είναι το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών(PCOS), το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερανδρογονισμό, διαταραχή της ωοθηλακιορρηξίας και πολυκυστική μορφολογία των ωοθηκών. Η διαταραχή της ωοθηλακιορρηξίας συνοδεύεται από αμηνόρροια, συχνομηνόρροια, πολυμηνόρροια, υπερμηνόρροια και δυσμηνόρροια(Λουτράδης και συν, 2018).

4.2.2 ΛΗΨΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

Έχει παρατηρηθεί πως η μακροχρόνια λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών συμβάλλει στην καταστολή της συγκέντρωσης της FSH προκαλώντας καθυστέρηση στην μετάβαση της εμμηνόπαυσης. Αυτό συμβαίνει λόγω των υψηλών δόσεων οιστρογόνων και προγεστινών(Vries et al., 2001). Οι προγεστίνες έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την ωορρηξία για τουλάχιστον 14 εβδομάδες. Όλες οι χρήστριες παρουσιάζουν επεισόδια απρόβλεπτης σταγονοειδούς αιμόρροιας και αιμορραγίας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους χρήσης. Μπορεί η αιμόρροια και η αιμορραγία να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, η αμηνόρροια όμως κάνει την εμφάνισή της(Katzung, 2009). Όταν τα επίπεδα FSH είναι μεγαλύτερα από 25 IU/L, αυτό σημαίνει ότι η ασθενής πιθανότατα εισήλθε στην εμμηνόπαυση και προτείνεται η διακοπή της λήψης αντισυλληπτικών καθώς, από την ηλικία των 50 ετών και έπειτα η πιθανότητα σύλληψης είναι μειωμένη(Vries et al., 2001).

4.2.3 ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ Ή ΑΠΟΒΟΛΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Υστερεκτομή ή αποβολή του ενδομητρίου μπορεί να εφαρμοστεί όταν η φαρμακευτική αντιμετώπιση των αιμορραγικών διαταραχών είναι ανεπιτυχής ή υπάρχει κάποιου είδους κακοήθεια. Σε γυναίκες που βρίσκονται στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο οι ωοθήκες συνήθως δεν αφαιρούνται, ενώ σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες διενεργείται ολική υστερεκτομή με αφαίρεση μήτρας, σαλπίγγων και ωοθηκών. Είναι σημαντικό να καθορίζεται σε ποια ακριβώς φάση βρίσκεται η κάθε γυναίκα. Η εμμηνόπαυση στην οποία μπορεί να βρίσκονται κάποιες από αυτές τις γυναίκες είναι δύσκολο να καθοριστεί από κριτήρια εμμηνορροϊκής αιμορραγίας. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να βοηθήσουν ενδοκρινικοί δείκτες γήρανσης των ωοθηκών(Katzung, 2009).

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

5.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο τυπικός προληπτικός έλεγχος στον οποίο είναι σημαντικό να υποβάλλονται οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση περιλαμβάνει μαστογραφία, υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων, τεστ Παπανικολάου καθώς και γυναικολογική εξέταση. Υπάρχουν βέβαια και συμπληρωματικές διαγνωστικές εξετάσεις όπως η κολονοσκόπηση, ο έλεγχος του σακχαρώδη διαβήτη και του λιπιδαιμικού προφίλ, ώστε να υπάρχει μια πιο σαφής και ταυτόχρονα ασφαλείς προσέγγιση της μετάβαση στην εμμηνόπαυση(Βιβιλάκη, 2016).

5.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Λόγω της μειωμένης έκκρισης οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση, συμβαίνουν διάφορες αλλαγές οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη μάζα λίπους, επηρεάζοντας τον δείκτη του μεταβολικού ρυθμού. Καθώς, οι μεταβολές αυτές είναι δυνατόν να προκαλέσουν είτε παχυσαρκία, είτε κάποια καρδιαγγειακά προβλήματα, είναι ωφέλιμο οι γυναίκες να ακολουθούν ένα σωστό πρότυπο διατροφής(Ko, S. H., & Kim, H. S, 2020).

Προτείνεται, ως μη φαρμακευτική θεραπεία και κατά πρώτη προσέγγιση, η υιοθέτηση ενός σωστού και ισορροπημένου προγράμματος διατροφής. Το πρόγραμμα αυτό, καλό είναι να περιλαμβάνει την πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής όπως βιταμίνη D, ασβέστιο και Ω-3 λιπαρά οξέα. Επιπλέον, η τακτική σωματική άσκηση, η διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, η διακοπή του καπνίσματος και ο περιορισμός κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης, είναι συνήθειες που μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην καλή υγεία και ευεξία κατά την διάρκεια της δύσκολης αυτής περιόδου(Λουτράδης και συν, 2018).

5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος παίζει βασικό ρόλο κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, καθώς οι γυναίκες που καπνίζουν μπαίνουν πολύ νωρίτερα σε αυτήν και πάσχουν από σοβαρά αγγειοκινητικά προβλήματα σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Έρευνες δείχνουν πως το κάπνισμα την περίοδο αυτή μπορεί να

οδηγήσει στην οστεοπόρωση λόγω χαμηλής οστικής πυκνότητας που έχουν οι καπνίστριες(Noble, Holloway).

5.4 ΑΣΚΗΣΗ

Η δραστηριότητα παίζει σπουδαίο ρόλο στην διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας και συμβάλλει στην βελτίωση της διάθεσης, της γνωστικής λειτουργίας, στην πρόληψη αγγειοκινητικών, σεξουαλικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων αλλά και της συνολικής ποιότητας ζωής.

Για την εμμηνόπαυση, η καθημερινή δραστηριότητα είναι εξαιρετικά ωφέλιμη καθώς, αποτρέπει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων, μεταβολικού συνδρόμου, καρκίνου ακόμα και τις παθήσεις των μυών και των οστών. Οι σωματικά ενεργές γυναίκες κατά την κλιμακτήριο δείχνουν να έχουν καλύτερη μυϊκή δύναμη και πιο βελτιωμένη αρτηριακή πίεση σε σχέση με εκείνες που ασκούνται ελάχιστα ενώ, παράλληλα είναι ψυχικά υγιείς και σεξουαλικά ενεργές. Η καρδιοαναπνευστική άσκηση ενέχει θετικές επιδράσεις στο μεταβολικό σύνδρομο όπως επίσης, και η αερόβια η οποία βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και προστατεύει από τη μείωση της οστικής πυκνότητας(Stojanovska et al, 2014).

5.5 ΥΠΝΟΣ

Οι διαταραχές του ύπνου κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης μπορεί να οφείλονται είτε στην ίδια την εμμηνόπαυση ή ακόμα και στα αγγειοκινητικά συμπτώματα που προκύπτουν από αυτή και μπορεί να είναι αϋπνία, νυχτερινές διαταραχές της αναπνοής και σχετικές διαταραχές ύπνου. Επιπλέον, ο πόνος στα οστά και τις αρθρώσεις, το άγχος, η κατάθλιψη, τα φάρμακα, είναι μερικοί παράγοντες που εύκολα επηρεάζουν την σωστή ποσότητα και ποιότητα του ύπνου, με αποτέλεσμα προκύπτουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία(Guidozi, 2013).

6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Αρχικά, η θεραπεία των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων βασίζεται, τις περισσότερες φορές, σε μη φαρμακευτική αγωγή, στόχος της οποίας είναι η εξάλειψη των συμπτωμάτων μέσω της υιοθέτησης ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Εφόσον αυτό δεν λειτουργήσει, τότε συστήνεται η ορμονοθεραπεία(ΗΤ) σε γυναίκες που παραπονιούνται για έντονη συμπτωματολογία. Η ΗΤ έχει ως κύριο μέλημά της την αποκατάσταση των επιπέδων των οιστρογόνων σε φυσιολογικά επίπεδα, γι' αυτό και η συνιστώμενη δόση που θα αποτρέψει την επιδείνωση των συμπτωμάτων είναι 2 έως 8 φορές μικρότερη από την συνήθη δόση υποκατάστασης. Θεωρείται μία από τις πιο ιδανικές μεθόδους αντιμετώπισης των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, ενέχει όμως αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης και ουρογεννητικής ατροφίας(Λουτράδης και συν, 2018).

Ειδικότερα, η ΗΤ διαφέρει όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης και σύνθεσής της καθώς, μπορεί να χορηγηθεί διαδερμικά, τοπικά ή από του στόματος. Χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, την θεραπεία με οιστρογόνα(ΕΤ) και την θεραπεία οιστρογόνου-προγεστερόνης(ΕΡΤ), ο συνδυασμός των οποίων είναι πολύ ωφέλιμος για την θεραπεία των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων. Φυσικά, πριν από κάθε ενέργεια χρειάζεται να ληφθούν υπ'όψιν τα οφέλη και οι κίνδυνοι για μια γυναίκα, τα οποία είναι ανάλογα με την ηλικία της ίδιας αλλά και την χρονική περίοδο που βρίσκεται η εμμηνόπαυση, την προηγούμενη χρήση ΗΤ, εάν υπάρχει, και τον αρχικό κίνδυνο της ασθένειας.

Ακόμη, η ΕΤ ενδείκνυται για την θεραπεία μέτριων έως σοβαρών συμπτωμάτων ουρογεννητικής ατροφίας. Σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ουρογεννητικής ατροφίας, συνίσταται η χρήση τοπικού ή κολπικού οιστρογόνου διότι με την συγκεκριμένη μέθοδο μειώνεται η συστηματική απορρόφηση(Bachmann, Doty, 2010).

Τέλος, για την αντιμετώπιση των κλινικών εκδηλώσεων που αφορούν την οστεοπόρωση, κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, προτείνεται η ραλοξιφένη που αποτελεί έναν εκλεκτικό τροποποιητή των οιστρογόνων υποδοχέων, εκδηλώνοντας οιστρογονική δράση σε κάποιους ιστούς και αντι-οιστρογονική δράση σε κάποιους

άλλους. Σε γυναίκες στις οποίες τα μετεμηνοπαυσιακά συμπτώματα δεν έχουν κάνει ακόμα την εμφάνισή τους, οι θεραπευτικές επιλογές για την οστεοπόρωση περιλαμβάνουν ασβέστιο, βιταμίνη D, διφωσφονικά, ραλοξιφενη, τιμπολόνη και ορμονική θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα των 5 ετών. Σε όλες τις περιπτώσεις βέβαια συστήνεται ετήσιος έλεγχος(Λουτράδης και συν, 2018).

6.2 ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

6.2.1 ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ

Η υγεία της κολπικής περιοχής πρέπει να αποτελεί βασικό κομμάτι στην ζωής της γυναίκας από την μέση ηλικία και έπειτα. Η λειτουργία των ουρογεννητικών ιστών μπορεί εύκολα να επηρεαστεί και ως συνέπεια να επέλθει ουρογεννητική ατροφία(VVA), εξαιτίας της οποίας προκύπτουν προοδευτικά και χρόνια συμπτώματα στην σεξουαλική δραστηριότητα αλλά και στην ποιότητα ζωής γενικότερα. Ο ορισμός του ουρογεννητικού συνδρόμου της εμμηνόπαυσης απαρτίζεται από συμπτώματα όπως η ξηρότητα, η δυσπαρευνία, ακόμα και η δυσουρία. Έτσι, οι συμβουλές για την λήψη αποτελεσματικών θεραπειών είναι ποικίλες(Nappi et al., 2019).

Κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων των ατροφικών αλλαγών του κόλπου, θα πρέπει να βρεθεί η συνταγογράφηση μιας αποτελεσματικής θεραπείας η οποία θα συνεχιστεί με την πάροδο του χρόνου, ώστε να διατηρηθούν τα οφέλη της. Επειδή η υποβολή σε μια συγκεκριμένη θεραπεία δεν είναι εύκολη υπόθεση, η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Σύμφωνα με πολλές επιστημονικές εταιρείες η ορμονική θεραπεία πρώτης γραμμής είναι η τοπική θεραπεία οιστρογόνων(LET), σημαντική για την θεραπεία των συμπτωμάτων της κολπικής περιοχής και σε συνδυασμό με συστηματική ορμονική θεραπεία περισσότερο αποτελεσματική(Nappi et al., 2019).

Κάποιες νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως είναι τα τοπικά ανδρογόνα, στα οποία συγκαταλέγεται η κρέμα τεστοστερόνης, είναι σε αναμονή για περεταίρω επιβεβαίωση αποτελεσματικής χρήσης. Μία επιπλέον επιλογή που εγκρίθηκε από τις Ιατρικές Αρχές είναι η χρήση της οσπεμιφένης, ενός εκλεκτικού διαμορφωτή

υποδοχέων οιστρογόνων τρίτης γενιάς, η οποία λαμβάνεται από του στόματος. Ενδείκνυται για γυναίκες που δεν είναι υποψήφιες για LET ή για εκείνες που δεν βρήκαν ανταπόκριση με την χρήση άλλων θεραπειών(Nappi et al., 2019).

Τέλος, η χρήση ενυδατικών και λιπαντικών αλλά και η διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας, μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή της ξηρότητας και της ατροφίας του κόλπου. Ωστόσο, λίγες είναι οι κλινικές δοκιμές που έχουν γίνει για την απόδειξη αποτελεσματικής δράσης τέτοιων προϊόντων(Nappi et al., 2019).

6.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Για ορισμένες γυναίκες, κατά την διάρκεια της κλιμακτηρίου, οι διαταραχές του ύπνου είναι παροδικές και χωρίς κάποια δυσφορία, οπότε δεν υπάρχει λόγος σχετικής θεραπείας. Για κάποιες άλλες όμως, οι επιπτώσεις είναι σοβαρές επηρεάζοντας την ποιότητα του ύπνου σε σημαντικό επίπεδο. Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές επιλογές όπως είναι η ορμονική θεραπεία, η φαρμακολογική και μη φαρμακολογική θεραπεία και οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης(Baker et al, 2018).

Μία κύρια παρέμβαση για τις ασθενείς που υποφέρουν από αϋπνία θεωρείται η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία του ύπνου(CBT-I), η οποία φαίνεται να μειώνει κατά πολύ τα συμπτώματα που προκύπτουν. Με 8 εβδομάδες CBT-I προέκυψε μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων αϋπνίας και οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν μέχρι και 6 μήνες μετά την θεραπεία, καθώς επίσης και σε μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης(Baker et al, 2018).

Κάποιες άλλες προσεγγίσεις όσον αφορά τον ύπνο στην εμμηνόπαυση είναι ο βελονισμός, η γιόγκα, το μασάζ, η άσκηση και τα συμπληρώματα διατροφής με σόγια που παρέχουν βελτίωση στην ποιότητα ζωής και φυσικά στην ανάπαυση. Φυσικά υπάρχει και η εναλλακτική της ορμονικής θεραπείας, η οποία όμως προσφέρει σε μέτριο βαθμό βελτίωση(Baker et al, 2018).

6.2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να συνοδεύει τις γυναίκες καθ' όλη την διάρκεια της εμμηνοπαυσιακής τους περιόδου. Σε κάθε καταθλιπτικό επεισόδιο ο κίνδυνος υποτροπής μεγαλώνει. Έτσι η ανάγκη ιατρικής περίθαλψης μεγαλώνει και οι θεραπευτικοί στόχοι είναι η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων βραχυπρόθεσμα, η πρόληψη της υποτροπής και η αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας, τα οποία ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο επανεμφάνισής της κατά 70%(Stute et al., 2020).

Υπάρχουν επιλογές θεραπείας που ξεκινούν από υποστηρικτικές, μη φαρμακολογικές θεραπείες μέχρι και την πιο εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία. Στην πρώτη κατηγορία συγκαταλέγονται τακτική άσκηση, ψυχοεκπαίδευση, υποστηρικτική κοινοτική θεραπεία και διάφορες φυσιοπαθητικές θεραπείες. Παρόλο όμως που τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί με αυτόν τον τρόπο να μειωθούν, είναι γνωστό ότι ένα εικονικό φάρμακο είναι αποτελεσματικό μόνο για τα πιο ήπια συμπτώματά της. Επιπλέον, εδώ εφαρμόζεται η εγκεφαλική διέγερση, όπως η διακρανιακή μαγνητική διέγερση, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η διέγερση του κολπικού νεύρου ή η βαθιά διέγερση του εγκεφάλου τα οποία συνήθως προορίζονται για σοβαρή ανθεκτική κατάθλιψη και πρέπει να χορηγείται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα(Stute et al., 2020).

Στην δεύτερη κατηγορία οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων που είναι πιο εξειδικευμένες για αυτό το κομμάτι. Φυσικά σε ασθενείς οι οποίοι δεν είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν κάποια από αυτές τις μεθόδους και εμφανίζουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη καλό είναι να υποβάλλονται σε αντικαταθλιπτική ψυχοθεραπεία(Stute et al., 2020). Αντικαταθλιπτικά οφέλη ακόμη, έχουν η οιστραδιόλη και η τιμπολόνη σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανεξάρτητα από το εάν τα συμπτώματα είναι σοβαρά ή όχι. Στα εγκεκριμένα αντικαταθλιπτικά υπάγονται τα SSRIs, SNRIs, άτυπα αντικαταθλιπτικά, ρυθμιστές σεροτονίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs)(Stute et al., 2020).

6.2.4 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Πολλές είναι οι γυναίκες που παραπονιούνται για αλλαγές στην γνωστική τους λειτουργία κατά την μετάβαση στην εμμηνοπαυσιακή περίοδο. Παρατηρείται δυσκολία στην συγκράτηση πληροφοριών και στον τρόπο έκφρασης, ενώ συχνά είναι και τα προβλήματα οργάνωσης ή ακόμα και συγκέντρωσης. Οι αλλαγές αυτές ονομάζονται ήπια γνωστική εξασθένηση(MCI), και αποτελούν εκδήλωση πρόωμης άνοιας. Όσες έχουν διαγνωστεί με MCI έχουν αυξημένο κίνδυνο μετατροπής σε άνοια όπως αυτή στη νόσο Alzheimer (AD), με περίπου 10% να εμφανίζουν άνοια κάθε χρόνο. Ο AD είναι ο πιο συχνός τύπος άνοιας, αλλά υπάρχουν και άλλες μορφές οι οποίες μπορούν να προκύψουν(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

Τα οιστρογόνα, έχει αποδειχθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στον κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας. Επιδρούν παράλληλα με τα χολινεργικά και τα σεροτονινεργικά και όλα μαζί εμπλέκονται στην φυσιολογική απόδοση της μνήμης. Επιπλέον, μελέτες δείχνουν πως η οιστραδιόλη βελτιώνει τα γνωστικά ελλείμματα που είναι δυνατόν να προκύψουν από αντιχολινεργικούς παράγοντες. Βέβαια, όλα αυτά έχουν καλύτερες αποδόσεις μόνο σε νεότερες γυναίκες που βρίσκονται στην μετεμμηνοπαυσιακή τους φάση και όχι σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

Ακόμη, φαίνεται πως οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης έχουν ευεργετικά οφέλη στην πρόωμη άνοια, αλλά δεν γίνεται σαφές εάν μειώνουν την εξέλιξή της. Ένας άλλος εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, είναι η ατομοξετίνη η οποία βοηθάει σε μεγάλο βαθμό στην θεραπεία της διαταραγμένης μνήμης. Παρέχει σημαντική βελτίωση στην συγκέντρωση και την προσοχή σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που παρουσιάζουν γνωστικές δυσκολίες(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν την ικανότητα βελτίωσης της σκέψης και της γνώσης εάν προϋπάρχει κατάθλιψη(Santoro, Epperson and Mathews, 2015).

ΜΕΡΟΣ Β

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η θέση που κατέχει ο νοσηλευτής καθίσταται ζωτικής σημασίας όσον αφορά την προαγωγή της υγείας του ασθενή, την πρόληψη της ασθένειας αλλά και την διευκόλυνση της ανάρρωσής του. Ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία του κάθε νοσηλευτή είναι η νοσηλευτική διεργασία, η οποία του παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις και πληροφορίες έτσι ώστε να καταφέρει να δημιουργήσει ένα κατάλληλο και εξειδικευμένο πλάνο φροντίδας καλύπτοντας την κάθε ανάγκη του ασθενούς ξεχωριστά. Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
- Η πρόληψη της ασθένειας
- Η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της ευεξίας του ατόμου

Το μέσο για την διεκπεραίωση των παραπάνω αποτελεί η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή, η οποία βοηθάει στην παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας (Osborn, 2014).

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχετε στις γυναίκες με εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είναι επικεντρωμένη όχι μόνο στην ελαχιστοποίησή τους, αλλά και στην πλήρη αντιμετώπισή τους εάν αυτό είναι εφικτό. Έτσι, στοχεύει στην βελτίωση των ορμονικών αλλαγών, στη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο και οστεοπόρωση και στην εκπαίδευση κάθε γυναίκας για τις αλλαγές του τρόπου ζωής που είναι σημαντικές για την υγεία της (Lemone et al, 2011).

Σημαντικές παρεμβάσεις από έναν νοσηλευτή είναι:

- Έλλειμμα γνώσεων

Οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνοπαυσιακή περίοδο χρειάζεται να είναι καλά ενημερωμένες σχετικά με τα συμπτώματα που μπορεί να προκύψουν, ώστε να προβούν και στην καλύτερη αντιμετώπισή τους. Χρειάζεται:

1. Συζήτηση για τις φυσιολογικές εκδηλώσεις, όπως εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις.

2. Διατροφικές συμβουλές που θα περιλαμβάνουν και την πρόσληψη ασβεστίου.
3. Καθημερινή άσκηση, κυρίως με βάρη για την μείωση της απώλειας οστικής μάζας και την διατήρηση του ιδανικού βάρους.
4. Ενημέρωση για τα οφέλη και τους κινδύνους της HTR.
5. Ενθάρρυνση για ετήσια μαστογραφία και Test Παπανικολάου(Lemone et al, 2011).

- Κίνδυνος για σεξουαλική δυσλειτουργία

Είναι γεγονός πως η ξηρότητα του κόλπου αλλά και η ατροφία μπορούν εύκολα να επηρεάσουν αρνητικά την σεξουαλική δραστηριότητα. Για τον λόγο αυτό καλό είναι, η γυναίκα και ο σύντροφός της να γνωρίζουν πως μπορούν να διαχειριστούν αυτές τις αλλαγές. Η ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων και των ανησυχιών κατά την εμμηνόπαυση είναι σημαντική, όπως επίσης και η κατανόηση από την γυναίκα του χρόνου που χρειάζεται για την επίτευξη της ύγρανσης του κόλπου και του οργασμού σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι οδηγίες για την βελτίωση της ποιότητας της σεξουαλικής εμπειρίας που θα βοηθούσαν είναι η αφιέρωση περισσότερου χρόνου στα πρωκαταρκτικά, όπως επίσης και η χρήση υδατοδιαλυτού τζελ και κολπικής κρέμας (Lemone et al, 2011).

- Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση

Κάποιοι από τους παράγοντες που διαταράσσουν την αυτοεκτίμηση κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης είναι η απώλεια της νεότητας, το αίσθημα κενού αλλά και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας και του ρόλου. Πολλές γυναίκες δίνουν τόσο μεγάλη βάση σε αυτούς, που φτάνουν σε σημείο να βιώνουν μια επώδυνη ψυχολογική διαταραχή. Σπουδαίο ρόλο εδώ παίζει η ενθάρρυνση της έκφρασης φόβου και ανησυχίας, η παρότρυνση εθελοντικής δραστηριότητας, ώστε να νιώθουν ενεργά μέλη και η εφαρμογή ενός αξιόλογου και υγιεινού τρόπου ζωής για την διατήρηση της φυσικής γοητείας(Lemone et al, 2011).

- Διαταραχή της εικόνας του σώματος

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στην εμφάνιση της γυναίκας είναι εκείνες που την οδηγούν στο να αισθάνεται μειονεκτικά. Αυτές είναι η αυξημένη τριχοφυΐα του προσώπου, οι έντονες εφιδρώσεις και η αύξηση βάρους. Σημαντική εδώ είναι η ενθάρρυνση περιγραφής της αντίληψης του εαυτού και η έκφρασης συναισθημάτων για να γίνει πιο εύκολη η αποδοχή των νέων αλλαγών, η έμφαση στην σπουδαιότητα της αναγνώρισης της εσωτερικής δύναμης κάθε ανθρώπου και συζήτηση για ενίσχυση της ευεξίας και της αυτοεκτίμησης μέσω κατάλληλων κέντρων διαχείρισης άγχους ή διαιτολογικών συμβουλών(Lemone et al, 2011).

- Επιστημονική επάρκεια – συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Μία από τις πιο σημαντικές προϋποθέσεις για την διαχείριση των ασθενών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση είναι η σωστή παροχή φροντίδας από τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει καλά τις φυσιολογικές μεταβολές που μπορεί να προκύψουν, αλλά και την κλινική εικόνα που συνοδεύει την εμμηνόπαυση, διότι έτσι θα μπορεί να παρέμβει σωστά. Επίσης, θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για τις προληπτικές και θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν και οι γνώσεις του να είναι επικαιροποιημένες, ώστε να προσφέρει τεκμηριωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες(Βιβιλάκη, 2016).

- Διεπιστημονική συνεργασία

Λόγω του ότι η συμπτωματολογία της εμμηνόπαυσης είναι ευρεία, απαιτείται διεπιστημονική συνεργασία από τους επαγγελματίες υγείας, στην οποία ο νοσηλευτής κατέχει κεντρικό ρόλο, αφού είναι εκείνος που θα δεχθεί πρώτος την γυναίκα που βρίσκεται στην κλιμακτήριο. Η γραμμή επικοινωνίας είναι σημαντική καθώς, όλοι μπορεί να χρειαστεί να συνεργαστούν ώστε να έχει η ασθενής την καλύτερη φροντίδα. Η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να στελεχώνεται από Μαιές, Γυναικολόγους, Ενδοκρινολόγους, Γενικό Ιατρό, Ορθοπεδικούς, Καρδιολόγους, Ψυχολόγους, αλλά και Διατροφολόγους(Βιβιλάκη, 2016).

- Προγράμματα παρέμβασης

Σπουδαίο ρόλο δείχνει να έχει η στάση ζωής της κάθε γυναίκας όσον αφορά την εμμηνόπαυση, με την αντίληψή τους για την υγεία, την ποιότητα ζωής, καθώς και την ένταση με την οποία αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τα συμπτώματα που βιώνουν. Όσο πιο αρνητική είναι η στάση τους, τόσο εντονότερα φαίνεται να είναι τα συμπτώματα, ενώ παράλληλα υπάρχουν και παράγοντες που μπορούν να τις επηρεάσουν όπως είναι η απουσία υποστήριξης, η αυτοπεποίθηση και η αίσθηση του να είναι χρήσιμες ως άτομα.

Προγράμματα παρέμβασης που βελτιώνουν σημαντικά την αντίληψή τους προς την εμμηνόπαυση είναι εκείνα που στοχεύουν στις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της εμμηνόπαυσης, καθώς και των τρόπων με τους οποίους θα διαχειριστούν καλύτερα την γενικότερη κατάσταση σε νοητικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Με λίγα λόγια, όλα αυτά συνοψίζονται στην ολιστική προσέγγιση, το πιο σημαντικό εργαλείο του νοσηλευτή(Βιβιλάκη, 2016).

- Ιστορικό υγείας

Η χρήση ενός πλήρους ιστορικού αρχείου για τις ασθενείς που βρίσκονται στην κλιμακτήριο βοηθάει τον νοσηλευτή να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το πλάνο φροντίδας του. Απαραίτητη προϋπόθεση για ένα σωστό αρχείο είναι οι αναλυτικές πληροφορίες για τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής, ακόμα και τα αποτελέσματα προληπτικών ελέγχων στα οποία έχουν υποβληθεί αυτές οι γυναίκες. Μία από τις ειδικές κλίμακες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι η Menopause Rating Scale(Βιβιλάκη, 2016).

- Επικοινωνιακές δεξιότητες

Είναι εξαιρετικής σημασίας το να μπορεί μια εμμηνοπαυσιακή γυναίκα να εκφράζεται ελεύθερα, ως προς τις αλλαγές που τη συνοδεύουν κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου. Η προσωπική επαφή μαζί της έχει πολλά πλεονεκτήματα όμως, δεν είναι όλες οι γυναίκες εξίσου πρόθυμες να μοιραστούν αυτά που αντιμετωπίζουν. Έτσι λοιπόν, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι διακριτικός και να τηρεί όλους τους δεοντολογικούς κανόνες. Η ιδιωτικότητα τόσο κατά την λήψη του ιστορικού, όσο και κατά την διάρκεια της εξέτασης και η διαβεβαίωση για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου αποτελούν χαρακτηριστικά υψηλής ποιοτικά φροντίδας(Βιβιλάκη, 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από την παραπάνω βιβλιογραφική αναζήτηση, η εμμηνόπαυση είναι μια φυσιολογική διαδικασία που επέρχεται στην ηλικία των 45 με 55 ετών, ως αποτέλεσμα της μείωσης οιστρογόνων και της διακοπής πολλαπλασιασμού του ενδομητρίου. Το προηγούμενο στάδιο είναι η περιεμμηνόπαυση και το αμέσως επόμενο η μετεμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα που μια γυναίκα θα αντιμετωπίσει στην διάρκεια αυτής της περιόδου είναι ποικίλα, όμως όχι μη αναστρέψιμα, καθώς η πρόληψη αλλά και η θεραπεία, η οποία χωρίζεται σε γενικευμένη και ειδικευμένη, μπορούν να προστατέψουν την γυναίκα χωρίς να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό η καθημερινότητα της. Η διάγνωση γίνεται μετά τους 12 μήνες. Τέλος, πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή, διότι είναι εκείνος που θα βρίσκεται στο πλευρό της, υποστηρίζοντας την όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχολογικά με τον πιο αξιόπιστο τρόπο, χρησιμοποιώντας το σημαντικότερο εργαλείο της δουλειάς του, την νοσηλευτική διεργασία.

ΜΕΡΟΣ Γ'

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΑΡΘΡΑ

1. Fistarol, M., Rezende, C. R., Figueiredo Campos, A. L., Kakehasi, A. M., & Geber, S. 2019. **Time since menopause, but not age, is associated with increased risk of osteoporosis**

Abstract

Objectives: This study aimed to determine whether estrogen deficiency is a sole risk factor for osteoporosis or is also associated with age, through indicators such as gender, age, and time since menopause.

Methods: A cross-sectional study was conducted evaluating 938 postmenopausal women who underwent bone mineral densitometry. We collected the following data: age, ethnic group, body mass index, smoking, and time since menopause. These data were correlated to the presence of osteoporosis, according to the *T*-score of the femur and lumbar spine.

Results: The prevalence of osteoporosis was 37.8%. Ethnic group ($p = 0.47$) and smoking habits ($p = 0.19$) were not associated with osteoporosis. In the group of women with osteoporosis, mean age was significantly higher ($p < 0.001$), mean body mass index was significantly lower ($p < 0.001$), and time since menopause was significantly higher ($p < 0.001$) than in the group of women with no osteoporosis. After multivariate analysis was performed, the only variables that remained independently associated with osteoporosis were body mass index and time since menopause. Higher body mass index was a protective factor (odds ratio = 0.80 [95% confidence interval 0.76; 0.84], $p < 0.001$). Time since menopause represented a risk factor for osteoporosis (odds ratio = 1.04 [1.02; 1.06], $p < 0.001$). When divided into categories, the risk increased after 20 years of menopause and gradually every 5 years.

Conclusion: Time since menopause and body mass index were the most important factors associated with osteoporosis, confirming that estrogen deficiency, and not age, is the major cause of the disease.

Περίληψη

Στόχοι: Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να καθορίσει εάν η ανεπάρκεια οιστρογόνων είναι αποκλειστικός παράγοντας κινδύνου για την οστεοπόρωση ή σχετίζεται επίσης με την ηλικία μέσω δεικτών όπως το φύλο, η ηλικία και ο χρόνος από την εμμηνόπαυση.

Μέθοδοι: Διεξήχθη μια μελέτη διατομής που αξιολόγησε 938 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε οστική πυκνότητα. Συλλέξαμε τα ακόλουθα δεδομένα: ηλικία, εθνική ομάδα, δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα και χρόνος από την εμμηνόπαυση. Αυτά τα δεδομένα συσχετίστηκαν με την παρουσία οστεοπόρωσης, σύμφωνα με την βαθμολογία *T* του μηριαίου οστού και της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της οστεοπόρωσης ήταν 37,8%. Η εθνική ομάδα ($p = 0,47$) και οι συνήθειες καπνίσματος ($p = 0,19$) δεν συσχετίστηκαν με την οστεοπόρωση. Στην ομάδα των γυναικών με οστεοπόρωση, η μέση ηλικία ήταν σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,001$), ο μέσος δείκτης μάζας σώματος ήταν σημαντικά χαμηλότερος ($p < 0,001$) και ο χρόνος από την εμμηνόπαυση ήταν σημαντικά υψηλότερος ($p < 0,001$) από ό, τι στην ομάδα των γυναικών χωρίς οστεοπόρωση. Αφού πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση, οι μόνες μεταβλητές που παρέμειναν ανεξάρτητα συνδεδεμένες με την οστεοπόρωση ήταν ο δείκτης μάζας σώματος και ο χρόνος από την εμμηνόπαυση. Ο υψηλότερος δείκτης μάζας σώματος ήταν προστατευτικός παράγοντας (λόγος πιθανότητας = 0,80 [διάστημα εμπιστοσύνης 95% 0,76; 0,84], $p < 0,001$). Ο χρόνος από την εμμηνόπαυση αντιπροσώπευε παράγοντα κινδύνου οστεοπόρωσης (λόγος πιθανότητας = 1.04 [1.02; 1.06], $p < 0.001$). Όταν χωρίζεται σε κατηγορίες, ο κίνδυνος αυξάνεται μετά από 20 χρόνια εμμηνόπαυσης και σταδιακά κάθε 5 χρόνια.

Συμπέρασμα: Ο χρόνος από την εμμηνόπαυση και ο δείκτης μάζας σώματος ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την οστεοπόρωση, επιβεβαιώνοντας ότι η έλλειψη οιστρογόνων και όχι η ηλικία, είναι η κύρια αιτία της νόσου.

2. El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C. & Matthews, K., 2019. **The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN).**

Abstract

Objective:

Our initial understanding of the menopause transition (MT) has been framed by clinical samples of women seeking treatment rather than by population-based studies. The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) initiated in 1996 with an overall goal to define the MT, to characterize its biological and psychosocial antecedents and sequelae in an ethnically and racially diverse sample of midlife women.

Methods:

This review summarizes the central findings of SWAN to date that can inform women and their healthcare providers about the impact of the MT and midlife aging on overall health and well-being.

Results:

SWAN characterized changes in reproductive axis and menstrual cycle patterns that informed the development of the reproductive aging staging system Staging of Reproductive Aging Workshop+10; MT-related symptoms and mental health (vasomotor symptoms, sleep complaints, psychological symptoms, cognitive performance, and urogenital and sexual health); and physiological systems and functions (cardiovascular and cardiometabolic health, bone health, physical function performance) that are influenced by the MT. SWAN demonstrated substantial interrelations among these changes and significant racial/ethnic differences in the rate and magnitude of change in multiple health indicators in midlife women. The findings point to midlife as a critical stage for adopting healthy behavior and preventive strategies.

Conclusions:

Over the past 23 years, SWAN has advanced our understanding of the impact of the MT and midlife aging on health and well-being in women. SWAN will be instrumental to determine whether MT-related changes during midlife are related to unfavorable health and well-being in early old age.

Keywords: Midlife, Menopause transition, Women, Aging, Symptoms

Περίληψη

Αφηρημένη

Σκοπός:

Η αρχική μας κατανόηση της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (MT) έχει πλαισιωθεί από κλινικά δείγματα γυναικών που αναζητούν θεραπεία και όχι από μελέτες βάσει πληθυσμού. Η Μελέτη για την Υγεία των Γυναικών σε όλο το Έθνος (SWAN) ξεκίνησε το 1996 με γενικό στόχο τον καθορισμό του MT, τον χαρακτηρισμό των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών προηγθέντων και συνεπειών του σε ένα εθνοτικά και φυλετικά ποικίλο δείγμα γυναικών μέσης ηλικίας.

Μέθοδοι:

Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει τα κεντρικά ευρήματα του SWAN μέχρι σήμερα που μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες και αυτούς που τους παρέχουν υγειονομική περίθαλψη για τον αντίκτυπο της γήρανσης στο MT και τη μέση ηλικία για την συνολική υγεία και ευημερία.

Αποτελέσματα:

Το SWAN χαρακτήρισε τις αλλαγές στον αναπαραγωγικό άξονα και τα πρότυπα του εμμηνορροϊκού κύκλου που ενημέρωσε την ανάπτυξη του συστήματος σταδιοποίησης της αναπαραγωγικής γήρανσης Staging of Reproductive Aging Workshop+10; Τα συμπτώματα και η ψυχική υγεία που σχετίζονται με MT

(αγγειοκινητικά συμπτώματα, παράπονα κατά τον ύπνο, ψυχολογικά συμπτώματα, γνωστική απόδοση και ουρογεννητική και σεξουαλική υγεία). και φυσιολογικά συστήματα και λειτουργίες (καρδιαγγειακή και καρδιομεταβολική υγεία, υγεία των οστών, φυσική λειτουργία) επηρεάζονται από την MT. Το SWAN απέδειξε ουσιαστικές σχέσεις μεταξύ αυτών των αλλαγών και σημαντικές φυλετικές/εθνοτικές διαφορές στο ποσοστό και το μέγεθος της αλλαγής σε πολλούς δείκτες υγείας σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Τα ευρήματα υποδεικνύουν τη μέση ηλικία ως ένα κρίσιμο στάδιο για την υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς και προληπτικών στρατηγικών.

Συμπεράσματα:

Τα τελευταία 23 χρόνια, το SWAN μας έχει κάνει να κατανοήσουμε τον αντίκτυπο της γήρανσης του MT και της μέσης ηλικίας στην υγεία και την ευημερία των γυναικών. Το SWAN θα είναι οργανωτικό ώστε να καθοριστεί εάν οι αλλαγές που σχετίζονται με τη MT κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας σχετίζονται με δυσμενείς συνθήκες υγείας και ευεξίας στην πρόωμη ηλικία.

Λέξεις κλειδιά: Μέση ηλικία, μετάβαση στην εμμηνόπαυση, γυναίκες, γήρανση, συμπτώματα

3. Karakoç, H., Uçtu, A. K., & Özerdoğan, N., 2019. **Genitourinary syndrome of menopause: effects on related factors, quality of life, and self-care power.**

Abstract

Introduction

This study aimed to determine the effects of genitourinary syndrome of menopause on related factors, quality of life, and self-care power.

Material and methods

This case-control epidemiological study included 300 postmenopausal women aged 48-60 years who were divided into two groups: the case group (141) with genitourinary syndrome and the control group (159) without genitourinary syndrome. Data were evaluated by chi-square and *t*-tests in independent groups and logistic regression analysis.

Results

The incidence of genitourinary syndrome of menopause was 0.61 times higher in women with a lower educational level than in those with a high educational level, 0.44 times higher in those with chronic disease than in those without, 2.54 times higher in those who continuously used medication than in those who did not, and 2.45 times higher in those with urinary incontinence than in those without. The mean Self-Care Power Scale score was significantly higher in the control group (101.52 ± 21.50) than in the case group (83.96 ± 25.64). The mean Menopause-Specific Quality of Life Scale score was significantly higher in the case group (65.52 ± 33.47) than in the control group (37.06 ± 25.81).

Conclusions

Low educational level, chronic disease, urinary incontinence, and continuous drug use are associated with genitourinary syndrome of menopause, which negatively affects the quality of life and self-care power in women.

Keywords: genitourinary syndrome, quality of life, self-care power

Περίληψη

Αφηρημένη

Εισαγωγή

Αυτή η μελέτη στοχεύει στον προσδιορισμό των επιπτώσεων του ουρογεννητικού συνδρόμου της εμμηνόπαυσης σε συναφείς παράγοντες, ποιότητα ζωής και δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Υλικό και μέθοδοι

Αυτή η επιδημιολογική μελέτη ελέγχου περιελάμβανε 300 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 48-60 ετών που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την ομάδα περιπτώσεων (141) με ουρογεννητικό σύνδρομο και την ομάδα ελέγχου (159) χωρίς ουρογεννητικό σύνδρομο. Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν με χ^2 -τετράγωνο και t -tests σε ανεξάρτητες ομάδες και λογιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα

Η συχνότητα εμφάνισης του ουρογεννητικού συνδρόμου της εμμηνόπαυσης ήταν 0,61 φορές υψηλότερη σε γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από ό, τι σε εκείνες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, 0,44 φορές υψηλότερη σε εκείνες με χρόνια νόσο σε σχέση με εκείνες χωρίς, 2,54 φορές υψηλότερη σε εκείνες που χρησιμοποιούσαν συνεχώς φάρμακα από εκείνες που δεν το έκαναν και 2,45 φορές υψηλότερη σε εκείνες με ακράτεια ούρων από ό, τι σε αυτές χωρίς ακράτεια. Η μέση βαθμολογία Power Scale Power Scale ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα ελέγχου ($101,52 \pm 21,50$) από ό, τι στην ομάδα περιπτώσεων ($83,96 \pm 25,64$). Η μέση βαθμολογία κλίμακας για την ποιότητα της εμμηνόπαυσης ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα περιπτώσεων ($65,52 \pm 33,47$) από ό, τι στην ομάδα ελέγχου ($37,06 \pm 25,81$).

Συμπεράσματα

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χρόνια ασθένεια, η ακράτεια ούρων και η συνεχής χρήση ναρκωτικών συνδέονται με το ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης, το

οποίο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και τη δυνατότητα αυτοφροντίδας στις γυναίκες.

Λέξεις κλειδιά: ουρογεννητικό σύνδρομο, ποιότητα ζωής, δυνατότητα αυτοφροντίδας

4. Kamdaeng, P. 2020. The Management of Menopausal Symptoms.

Abstract

Golden age is the period of life that women cannot avoid. Women of reproductive age in general, the body produces sex hormones called estrogen, which acts as a sexual development from girls as young women and its play a role with other hormones to control the cycle of menstruation and pregnancy. But when entering the golden age, the endocrine function of reproductive system decreases, resulting in changes in the structure and function of the body. And various symptoms that disturbs feelings and the mind as a result of reduced sex hormones. Such menopausal symptoms may result in discomfort and affect the quality of life of postmenopausal women until the elderly. Menopause will cause health problems or not, depending on the fertility and health of women. Including preparation for dealing with change. Seek to deal with adverse reactions that may occur, including self-care, such as food care, regular exercise, vaginal muscle exercise, mental health promotion activities, support from family and society, and the use of hormone replacement drugs. The management of these menopausal symptoms is to alleviate the discomfort that affects the lives of menopause women. Which was a period of success in both the family institution and the work of most women.

Περίληψη

Η χρυσή εποχή είναι η περίοδος της ζωής που οι γυναίκες δεν μπορούν να αποφύγουν. Οι γυναίκες στην γεννητική ηλικία γενικά, το σώμα τους παράγει ορμόνες φύλου που ονομάζονται οιστρογόνα, οι οποίες λειτουργούν ως σεξουαλική ανάπτυξη από τα κορίτσια ως νεαρές γυναίκες και παίζουν σημαντικό ρόλο μαζί με άλλες ορμόνες για τον έλεγχο του κύκλου της εμμήνου ρύσεως και της εγκυμοσύνης. Αλλά όταν μπαίνει στη χρυσή εποχή, η ενδοκρινική λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος μειώνεται, με αποτέλεσμα να υπάρξουν αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του σώματος. Και διάφορα συμπτώματα που διαταράσσουν τα συναισθήματα και το μυαλό έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση των ορμονών του φύλου. Τέτοια συμπτώματα της εμμηνόπαυσης μπορεί να οδηγήσουν σε δυσφορία και να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών μέχρι τους τρίτη ηλικία. Η εμμηνόπαυση θα προκαλέσει προβλήματα υγείας ή όχι, ανάλογα με τη γονιμότητα και την υγεία των γυναικών. Συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής. Επιδιώξτε να αντιμετωπίσετε τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν, όπως η φροντίδα του εαυτού σας, όπως η φροντίδα του φαγητού, η τακτική άσκηση, η άσκηση του κοιλιακού μυός, οι δραστηριότητες προαγωγής της ψυχικής υγείας, η υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινωνία και τη χρήση φαρμάκων υποκατάστασης ορμονών. Η διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης είναι η ανακούφιση στη δυσφορία που επηρεάζει τη ζωή των γυναικών στην εμμηνόπαυση. Αυτή είναι μια περίοδος επιτυχίας τόσο στον οικογενειακό θεσμό όσο και στο έργο των περισσότερων γυναικών.

5. Moore, A., 2019. **Menopause from an integrative evolutionary and historical perspective.**

Abstract

The concept of menopause appears only to be found in the modern world. Is menopause then purely a cultural invention? Perhaps women ancestrally did not live long enough to have to worry about it? In fact, humans, like orcas and short-finned pilot whales, have always had substantial female populations living well beyond reproductive age. The possible evolutionary advantage of non-reproductive older females in hunter-gatherer contexts has been referred to as the ‘grandmother hypothesis’ and has been substantiated in several extant hunter-gather cultures. But other studies have been unable to find a greater reproductive fitness in the offspring of grandmothers among historical agrarian populations. It appears that ancient and early-modern medical sources first began to see menopause as inherently pathological in the context of its lost evolutionary advantage with substantial agrarian settlement. On the other hand, the modern view of menopause as a distinct set of inflammatory symptoms emerged only in the context of nineteenth-century industrialization and urbanization. What is the truly ancestral way for a woman to pass through this phase of life? In this paper I suggest a few lines of inquiry that might help us to think this through.

Περίληψη

Η έννοια της εμμηνόπαυσης φαίνεται να βρίσκεται μόνο στον σύγχρονο κόσμο. Είναι λοιπόν η εμμηνόπαυση καθαρά πολιτιστική εφεύρεση; Ίσως οι προγονικές γυναίκες να μην έζησαν αρκετά για να πρέπει να ανησυχούν για αυτό; Στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι, όπως οι όρκες και τα τροπικά μαυροδέλφια με κοντό πτερύγιο, είχαν πάντα σημαντικούς θηλυκούς πληθυσμούς που ζούσαν πολύ πέρα από την αναπαραγωγική ηλικία. Το πιθανό εξελικτικό πλεονέκτημα των μη αναπαραγωγικών ηλικιωμένων θηλυκών σε περιβάλλον κυνηγών-τροφοσυλλεκτών έχει αναφερθεί ως η

«υπόθεση της γιαγιάς» και έχει τεκμηριωθεί σε αρκετούς υπάρχοντες πολιτισμούς κυνηγών-τροφοσυλλεκτών. Αλλά άλλες μελέτες δεν μπόρεσαν να βρουν μεγαλύτερη αναπαραγωγική ικανότητα στους απογόνους των γιαγιάδων μεταξύ των ιστορικών αγροτικών πληθυσμών. Φαίνεται ότι οι αρχαίες και οι πρώιμες σύγχρονες ιατρικές πηγές άρχισαν να βλέπουν την εμμηνόπαυση ως εγγενώς παθολογική στο πλαίσιο του χαμένου εξελικτικού της πλεονεκτήματος με την ουσιαστική αγροτική εγκατάσταση. Από την άλλη πλευρά, η σύγχρονη θεώρηση της εμμηνόπαυσης ως ένα ξεχωριστό σύνολο φλεγμονωδών συμπτωμάτων εμφανίστηκε μόνο στο πλαίσιο της εκβιομηχάνισης και της αστικοποίησης του δέκατου ένατου αιώνα. Ποιος είναι ο πραγματικός προγονικός τρόπος για να περάσει μια γυναίκα από αυτή τη φάση της ζωής; Σε αυτό το άρθρο προτείνω μερικές γραμμές έρευνας που θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν να το σκεφτούμε καλά.

6. Noble N., Holloway D., 2019. *The Menopause*.

Abstract

This chapter covers the menopause, looking at the symptoms and the treatments, from lifestyle to hormone replacement therapy and alternatives such as complementary therapies and prescribed alternatives. The chapter also looks at women who have premature ovarian insufficiency and its impact on their long-term health. The role of the clinical nurse specialist is also covered.

Περίληψη

Αυτό το κεφάλαιο καλύπτει την εμμηνόπαυση, εξετάζοντας τα συμπτώματα και τις θεραπείες, από τον τρόπο ζωής έως τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και τις εναλλακτικές λύσεις όπως οι συμπληρωματικές θεραπείες και οι συνταγογραφούμενες εναλλακτικές. Το κεφάλαιο εξετάζει επίσης τις γυναίκες που έχουν πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια και τις επιπτώσεις της στη μακροπρόθεσμη υγεία τους. Καλύπτεται επίσης ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή.

7. Pace, D. T., Chism, L. A., Graham, S., & Amadio, J., 2020. **How Nurse Practitioners Approach Treatment of Genitourinary Syndrome of Menopause.**

Abstract

This online survey from the American Association of Nurse Practitioners examined how nurse practitioners (NPs) identify, discuss, and treat the genitourinary syndrome of menopause (GSM) in postmenopausal women. Most NPs were either extremely (49%) or somewhat (30%) comfortable discussing vulvar and vaginal health with their patients but were not familiar with the term GSM. NPs (72%) frequently prescribed vaginal estrogen products for dyspareunia/vulvar and vaginal atrophy, but patients refusing this treatment primarily stated their concerns about safety. An opportunity exists to improve NP and patient knowledge about GSM symptoms and the safety and efficacy of associated treatment options.

Περίληψη

Αυτή η διαδικτυακή έρευνα από την American Association of Nurse Practitioners εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές (NPs) εντοπίζουν, συζητούν και θεραπεύουν το ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης (GSM) σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα περισσότερα NP ήταν είτε εξαιρετικά (49%) είτε κάπως (30%) άνετα συζητώντας την υγεία του αιδoίου και του κόλπου με τους ασθενείς τους, αλλά δεν ήταν εξοικειωμένοι με τον όρο GSM. Τα NP (72%) καθόριζαν συχνά τα κολπικά προϊόντα των οιστρογόνων για δυσπαρευνία/αιδοίο και κολπική ατροφία, αλλά οι ασθενείς που αρνήθηκαν αυτήν τη θεραπεία δήλωσαν κυρίως τις ανησυχίες τους για την ασφάλεια. Υπάρχει μια ευκαιρία να βελτιωθεί η γνώση του NP και του ασθενούς σχετικά με τα συμπτώματα του GSM και την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των σχετικών θεραπευτικών επιλογών.

8. Pinkerton, J. V., 2020. **Hormone therapy for postmenopausal women.**

Abstract

Hormone therapy is highly effective for the management of vasomotor symptoms in postmenopausal women; vaginal estrogen is used for genitourinary symptoms only. Hormone therapy is not recommended for primary or secondary prevention of coronary heart disease or dementia. Several nonhormonal therapies are also effective for vasomotor symptoms.

Περίληψη

Η ορμονική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική για τη διαχείριση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Το κολπικό οιστρογόνο χρησιμοποιείται μόνο για συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος. Η ορμονική θεραπεία δεν συνιστάται για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη στεφανιαίας νόσου ή άνοιας. Αρκετές μη ορμονικές θεραπείες είναι επίσης αποτελεσματικές για τα αγγειοκινητικά συμπτώματα.

9. Szadowska-Szlachetka, Z. C., Stasiak, E., Leziak, A., Irzmańska-Hudziak, A., Łuczyk, M., Stanisławek, A. & Domżał-Drzewicka, R. 2019. Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women.

Abstract

Menopause is a difficult period in a woman's life, associated not only with the end of menstruation, but also with symptoms such as hot flashes, sweating, dizziness, and palpitations which occur due to fluctuations in the hormones oestrogen and progesterone. The aim of this study was to evaluate the quality of life of women (aged 48-55 years) in the physical, mental and social spheres, to determine the intensity of menopause symptoms and to ascertain whether the above indicators are influenced by sociodemographic factors. The study was conducted by diagnostic survey using two tools – the WHOQOL-BREF questionnaire for the measurement of the quality of life and the Kupperman index, which measures the severity of menopause symptoms. A total of 161 women not using hormone replacement therapy were examined. In their case, the intensity of menopause symptoms was moderate. The respondents assessed their functioning in the social sphere with the highest number of points (3.65) and in the physical sphere with the lowest number of points (3.14). The intensity of menopause symptoms positively correlated with the evaluation of the quality of life

by the respondents. Higher assessment of the quality of life was reported by women working in a given period of time, with good material status, sexually active. The respondents suffered from chronic diseases, most often arterial hypertension. The occurrence of chronic diseases – arterial hypertension, coronary artery disease, diabetes and osteoporosis – negatively affected the quality of life of the respondents.

Keywords: menopause, quality of life, chronic diseases

Περίληψη

Η εμμηνόπαυση είναι μια δύσκολη περίοδος στη ζωή μιας γυναίκας, που σχετίζεται όχι μόνο με το τέλος της εμμήνου ρύσεως, αλλά και με συμπτώματα όπως εξάψεις, εφίδρωση, ζάλη και ταχυκαρδία που εμφανίζονται λόγω των διακυμάνσεων των ορμονών οιστρογόνων και προγεστερόνης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των γυναικών (ηλικίας 48-55 ετών) στον σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό τομέα, ο προσδιορισμός της έντασης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η διαπίστωση εάν οι παραπάνω δείκτες επηρεάζονται από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Η μελέτη διεξήχθη με διαγνωστική έρευνα χρησιμοποιώντας δύο εργαλεία – το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και τον δείκτη Kupperman, ο οποίος μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Εξετάστηκαν συνολικά 161 γυναίκες που δεν έκαναν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Στην περίπτωση τους, η ένταση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης ήταν μέτρια. Οι ερωτηθέντες αξιολόγησαν τη λειτουργία τους στον κοινωνικό τομέα με τον υψηλότερο αριθμό μορίων (3,65) και στη φυσική σφαίρα με τον μικρότερο αριθμό μορίων (3,14). Η ένταση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης συσχετίστηκε θετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τους ερωτηθέντες. Υψηλότερη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αναφέρθηκε από γυναίκες που εργάζονταν σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, με καλή φυσική κατάσταση, σεξουαλικά ενεργές. Οι ερωτηθέντες έπασχαν

από χρόνιες παθήσεις, πιο συχνά από αρτηριακή υπέρταση. Η εμφάνιση χρόνιων παθήσεων – αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, διαβήτης και οστεοπόρωση επηρέασε αρνητικά την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων.

Λέξεις κλειδιά: εμμηνόπαυση, ποιότητα ζωής, χρόνιες παθήσεις

10. Willi, J., & Ehlert, U., 2020. Symptoms Assessed in Studies on Perimenopausal Depression: A narrative Review.

Abstract

The menopausal transition constitutes a phase of major biopsychosocial changes associated with an elevated risk for the development of depression. Perimenopausal depression is highly prevalent and usually characterized by core symptoms of a major depressive disorder combined with menopausal complaints such as vasomotor symptoms or other physical complaints. However, a distinct definition of the condition is lacking. The aim of this review is to portray the symptoms assessed in studies on perimenopausal depression in order to provide relevant information on the current understanding of this condition.

A literature search was conducted using the databases PubMed, Cochrane Library, and PsycINFO. A total of 37 studies were included.

Various assessment tools have been used to measure symptoms related to perimenopausal depression. Fifteen symptoms were identified. Depressed mood was assessed across all studies. Low energy or sleep disturbances, as acknowledged symptoms of a major depressive disorder, were surveyed in most studies. However, the assessment of menopausal complaints was rather heterogeneous. While vasomotor symptoms were often measured, other menopausal symptoms such as mood swings or pain were investigated less frequently. Sexual problems were only rarely assessed.

Studies on perimenopausal depression regularly include the assessment of core symptoms of a major depressive disorder, but the assessment of menopausal complaints is inconsistent. While certain symptoms are commonly measured, others are not assessed. Such inconsistencies underline an ambiguous understanding of perimenopausal depression, which in turn affects the evaluation and treatment of the condition. Thus, the use of the existing guidelines on perimenopausal depression is recommended.

Περίληψη

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση αποτελεί μια φάση σημαντικών βιοψυχοκοινωνικών αλλαγών που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης. Η περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και συνήθως χαρακτηρίζεται από βασικά συμπτώματα μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε συνδυασμό με εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα όπως αγγειοκινητικά συμπτώματα ή άλλα σωματικά προβλήματα. Ωστόσο, λείπει ένας σαφής ορισμός της πάθησης. Ο στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να απεικονίσει τα συμπτώματα που αξιολογήθηκαν σε μελέτες για την περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη προκειμένου να παράσχει πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα κατανόηση αυτής της πάθησης.

Μια βιβλιογραφική έρευνα πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane Library και PsycINFO. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 37 μελέτες.

Διάφορα εργαλεία αξιολόγησης έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη. Εντοπίστηκαν δεκαπέντε συμπτώματα. Η καταθλιπτική διάθεση αξιολογήθηκε σε όλες τις μελέτες. Οι διαταραχές χαμηλής ενέργειας ή ύπνου, ως αναγνωρισμένα συμπτώματα μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ερευνήθηκαν στις περισσότερες μελέτες. Ωστόσο, η αξιολόγηση των παραπόνων στην εμμηνόπαυση ήταν μάλλον ετερογενής. Ενώ τα αγγειοκινητικά συμπτώματα μετρούνταν συχνά, άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, όπως εναλλαγές διάθεσης

ή πόνος, ερευνήθηκαν λιγότερο. Τα σεξουαλικά προβλήματα αξιολογήθηκαν μόνο σπάνια.

Οι μελέτες για την περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη περιλαμβάνουν τακτικά την αξιολόγηση των βασικών συμπτωμάτων μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά η αξιολόγηση των καταγγελιών στην εμμηνόπαυση είναι ασυνεπής. Ενώ ορισμένα συμπτώματα μετρώνται συνήθως, άλλα δεν αξιολογούνται. Τέτοιες ασυνέπειες υπογραμμίζουν μια διφορούμενη κατανόηση της περιεμμηνοπαυσιακής κατάθλιψης, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την αξιολόγηση και τη θεραπεία της πάθησης. Έτσι, συνιστάται η χρήση των υφιστάμενων οδηγιών για την περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη.

11. DeNeui, T., Berg, J., & Howson, A., 2019. Best practices in care for menopausal patients: 16 years after the Women's Health Initiative.

Abstract

The Women's Health Initiative (WHI) was a large, randomized clinical trial funded by the National Institutes of Health to determine whether menopause hormone therapy (MHT) prevented heart disease, breast and colorectal cancer, and osteoporotic fractures in postmenopausal women. Two WHI trials were stopped early, and the findings had a profound effect on the clinical practice guidelines related to postmenopausal health. This article provides an overview of the WHI MHT clinical trials and findings, discusses the early stoppage of the trials and subsequent implications, and details the current nomenclature and treatment options for women transitioning through menopause in light of the WHI. This study is based on a comprehensive literature review and an education activity developed by the American Association of Nurse Practitioners. To best serve patients and individualize therapy, clinicians must provide the best estimate of potential risks or benefits to the individual

patient. It is important to balance evidence of symptom relief with long-term risks and benefits that fit the patient's characteristics of family and personal health history. Armed with evidence to support various hormonal and non-hormonal options, well-informed clinicians can counsel women about MHT and potentially avoid negative impact on quality of life.

Περίληψη

Η Πρωτοβουλία για την Υγεία των Γυναικών(WHI) ήταν μια μεγάλη, τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που χρηματοδοτήθηκε από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας για να προσδιορίσει εάν η ορμονική θεραπεία της εμμηνόπαυσης (MHT) προλαμβάνει τις καρδιακές παθήσεις, τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου και τα οστεοπορωτικά κατάγματα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Δύο δοκιμές WHI διακόπηκαν νωρίς και τα ευρήματα είχαν βαθιά επίδραση στις οδηγίες κλινικής πρακτικής που σχετίζονται με την μετεμμηνοπαυσιακή υγεία. Αυτό το άρθρο παρέχει μια επισκόπηση των κλινικών δοκιμών και ευρημάτων του WHI MHT, εξετάζει την πρόωπη διακοπή των δοκιμών και τις επακόλουθες επιπτώσεις και περιγράφει λεπτομερώς την τρέχουσα ονοματολογία και τις θεραπευτικές επιλογές για γυναίκες που περνούν στην εμμηνόπαυση υπό το φως του WHI. Αυτή η μελέτη βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και σε μια εκπαιδευτική δραστηριότητα που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και την εξατομίκευση της θεραπείας, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να παρέχουν την καλύτερη εκτίμηση των πιθανών κινδύνων ή οφελών στον μεμονωμένο ασθενή. Είναι σημαντικό να εξισορροπηθούν οι ενδείξεις ανακούφισης των συμπτωμάτων με τους μακροπρόθεσμους κινδύνους και τα οφέλη που ταιριάζουν με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, του οικογενειακού και του προσωπικού ιστορικού υγείας. Οπλισμένοι με στοιχεία που υποστηρίζουν διάφορες ορμονικές και μη ορμονικές επιλογές, οι καλά ενημερωμένοι κλινικοί γιατροί μπορούν να συμβουλευθούν τις γυναίκες σχετικά με την MHT και ενδεχομένως να αποφύγουν τον αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

12. Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G., 2020. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options.

Abstract

Context

Menopause, the permanent cessation of menses, reflects oocyte depletion and loss of gonadal steroids. It is preceded by a transition state, the perimenopause, which is characterized by the gradual loss of oocytes, altered responsiveness to gonadal steroid feedback, wide hormonal fluctuations, and irregular menstrual patterns. The goal of this mini-review is to discuss the basic pathophysiology of the menopausal transition and the hormonal and nonhormonal management of clinicopathology attributed to it.

Evidence Acquisition

A Medline search of epidemiologic, population-based studies, and studies of reproductive physiology was conducted. A total of 758 publications were screened.

Evidence Synthesis

The reproductive hormonal milieu of the menopausal transition precipitates bothersome vasomotor symptoms, mood disruption, temporary cognitive dysfunction, genitourinary symptoms, and other disease processes that reduce the quality of life of affected women. The endocrine tumult of the menopause transition also exposes racial and socioeconomic disparities in the onset, severity, and frequency of symptoms. Hormone therapy (HT) treatment can be effective for perimenopausal symptoms but its use has been stymied by concerns about health risks observed in postmenopausal HT users who are older than 60 and/or women who have been postmenopausal for greater than 10 years.

Conclusions

The menopause transition is a disruptive process that can last for over a decade and causes symptoms in a majority of women. It is important for clinicians to recognize early signs and symptoms of the transition and be prepared to offer treatment to mitigate these symptoms. Many safe and effective options, including HT, are available.

Περίληψη

Συμφραζόμενα

Η εμμηνόπαυση, η οριστική διακοπή της εμμήνου ρύσεως, αντικατοπτρίζει την εξάντληση των ωαρίων και την απώλεια των στεροειδών των γονάδων. Προηγείται μια μεταβατική κατάσταση, η περιεμμηνόπαυση, η οποία χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή απώλεια ωοκυττάρων, μεταβαλλόμενη ανταπόκριση στην ανατροφοδότηση των γοναδικών στεροειδών, μεγάλες ορμονικές διακυμάνσεις και ακανόνιστα εμμηνορροϊκά πρότυπα. Ο στόχος αυτής της μίνι ανασκόπησης είναι να συζητήσει τη βασική παθοφυσιολογία της μετάβασης στην εμμηνόπαυση και την ορμονική και μη ορμονική διαχείριση της κλινικοπαθολογίας που της αποδίδεται.

Απόκτηση αποδεικτικών στοιχείων

Διεξήχθη έρευνα Medline επιδημιολογικών, πληθυσμιακών μελετών και μελετών αναπαραγωγικής φυσιολογίας. Προβλήθηκαν συνολικά 758 δημοσιεύσεις.

Σύνθεση αποδεικτικών στοιχείων

Το αναπαραγωγικό ορμονικό περιβάλλον της εμμηνοπαυσιακής μετάβασης επιταχύνει ενοχλητικά αγγειοκινητικά συμπτώματα, διαταραχή της διάθεσης, προσωρινή γνωστική δυσλειτουργία, συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος και άλλες ασθένειες που μειώνουν την ποιότητα ζωής των προσβεβλημένων γυναικών. Η ενδοκρινική αναταραχή της μετάβασης στην εμμηνόπαυση εκθέτει επίσης φυλετικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην έναρξη, τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των συμπτωμάτων. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης(ΗΤ) μπορεί να είναι αποτελεσματική για τα περιεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, αλλά η χρήση της έχει παρεμποδιστεί από ανησυχίες σχετικά με κινδύνους για την υγεία που παρατηρούνται σε μετεμμηνοπαυσιακούς χρήστες ΗΤ που είναι άνω των 60 ετών και/ή γυναίκες που ήταν μετεμμηνοπαυσιακές για περισσότερα από 10 χρόνια.

Συμπεράσματα

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση είναι μια διασπαστική διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει για πάνω από μια δεκαετία και προκαλεί συμπτώματα στην πλειονότητα των γυναικών. Είναι σημαντικό για τους κλινικούς γιατρούς να αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα της μετάβασης και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν θεραπεία για τον μετριασμό αυτών των συμπτωμάτων. Πολλές ασφαλείς και αποτελεσματικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένου του ΗΤ, είναι διαθέσιμες.

13. Santoro, Nanette, 2016. **“Perimenopause: From Research to Practice”**.

Abstract

The menopausal transition, or perimenopause, is associated with profound reproductive and hormonal changes. These changes have been well chronicled and matched with concomitant symptoms. The pattern of appearance of menopausal symptoms and their natural history have become increasingly clear thanks to the conduct of several long-term, longitudinal cohort studies that have examined many aspects of women's biology and psychology through this time of life. Menopausal symptoms are highly prevalent; they are sufficiently bothersome to drive almost 90% of women to seek out their healthcare provider for advice on how to cope.¹ The classic symptom of menopause is the hot flash, which is experienced by most women, and is moderately to severely problematic for about 1/3 of women. While most women will have an experience of hot flashes limited to just a year or two, others will experience them for a decade or more, and a small proportion of women will never be free of them. Poor sleep becomes more common in perimenopausal women not only in association with the menopausal transition but also in relation to aging. Depressed mood and increased anxiety also increase during the transition, with an abrupt rise in prevalence as women approach the later stages of the menopausal transition and have longer bouts of amenorrhea. These common symptoms often interact with one another such that depressed women tend to experience worse hot flashes along with worse sleep. As women enter the latter stages of the transition, vaginal dryness and dyspareunia also become more likely, affecting about 1/3 of the population. Unlike hot flashes, mood issues, and sleep, vaginal symptoms will not go away without treatment. Clinical approaches to these problems often involve hormone therapy, which can be safely given to most perimenopausal women on a short-term basis. Therapeutic strategies that are nonhormonal and behavioral can also be deployed.

Περίληψη

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση, ή περιεμμηνόπαυση, σχετίζεται με βαθιές αναπαραγωγικές και ορμονικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές έχουν καταγραφεί καλά και έχουν συνδυαστεί με συνοδά συμπτώματα. Το μοτίβο εμφάνισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και η φυσική τους ιστορία έγιναν ολοένα και πιο ξεκάθαρα χάρη στη διεξαγωγή αρκετών μακροπρόθεσμων, διαχρονικών ομαδικών μελετών που εξέτασαν πολλές πτυχές της βιολογίας και της ψυχολογίας των γυναικών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ζωής. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα, είναι αρκετά ενοχλητικά για να οδηγήσουν σχεδόν το 90% των γυναικών να αναζητήσουν τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για συμβουλές σχετικά με το πώς να τα αντιμετωπίσουν. Το κλασικό σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης είναι οι εξάψεις, που βιώνουν οι περισσότερες γυναίκες και είναι μέτρια έως σοβαρά προβληματικές για περίπου το 1/3 των γυναικών. Ενώ οι περισσότερες γυναίκες θα έχουν μια εμπειρία εξάψεων που περιορίζεται σε μόλις ένα ή δύο χρόνια, άλλες θα τις βιώσουν για μια δεκαετία ή περισσότερο, και ένα μικρό ποσοστό γυναικών δεν θα απαλλαγεί ποτέ από αυτές. Ο κακός ύπνος γίνεται πιο συχνός στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες όχι μόνο σε σχέση με την εμμηνόπαυση αλλά και σε σχέση με τη γήρανση. Η καταθλιπτική διάθεση και το αυξημένο άγχος αυξάνονται επίσης κατά τη μετάβαση, με απότομη αύξηση του επιπολασμού καθώς οι γυναίκες πλησιάζουν τα τελευταία στάδια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση και έχουν μεγαλύτερες περιόδους αμηνόρροιας. Αυτά τα κοινά συμπτώματα συχνά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, έτσι ώστε οι καταθλιπτικές γυναίκες τείνουν να βιώνουν χειρότερες εξάψεις μαζί με χειρότερο ύπνο. Καθώς οι γυναίκες εισέρχονται στα τελευταία στάδια της μετάβασης, η κολπική ξηρότητα και η δυσπαρεύνια γίνονται επίσης πιο πιθανές, επηρεάζοντας περίπου το 1/3 του πληθυσμού. Σε αντίθεση με τις εξάψεις, τα προβλήματα διάθεσης και ύπνου και τα κολπικά συμπτώματα δεν θα υποχωρήσουν χωρίς θεραπεία. Οι κλινικές προσεγγίσεις σε αυτά τα προβλήματα περιλαμβάνουν συχνά ορμονοθεραπεία, η οποία μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια στις περισσότερες γυναίκες στην εμμηνόπαυση σε βραχυπρόθεσμη βάση. Θεραπευτικές στρατηγικές που είναι μη ορμονικές και συμπεριφορικές μπορούν επίσης να εφαρμοστούν.

14. Ko, S. H., & Kim, H. S. 2020. Menopause-associated lipid metabolic disorders and foods beneficial for postmenopausal women.

Abstract

Menopause is clinically diagnosed as a condition when a woman has not menstruated for one year. During the menopausal transition period, there is an emergence of various lipid metabolic disorders due to hormonal changes, such as decreased levels of estrogens and increased levels of circulating androgens; these may lead to the development of metabolic syndromes including cardiovascular diseases and type 2 diabetes. Dysregulation of lipid metabolism affects the body fat mass, fat-free mass, fatty acid metabolism, and various aspects of energy metabolism, such as basal metabolic ratio, adiposity, and obesity. Moreover, menopause is also associated with alterations in the levels of various lipids circulating in the blood, such as lipoproteins, apolipoproteins, low-density lipoproteins (LDLs), high-density lipoproteins (HDL) and triacylglycerol (TG). Alterations in lipid metabolism and excessive adipose tissue play a key role in the synthesis of excess fatty acids, adipocytokines, proinflammatory cytokines, and reactive oxygen species, which cause lipid peroxidation and result in the development of insulin resistance, abdominal adiposity, and dyslipidemia. This review discusses dietary recommendations and beneficial compounds, such as vitamin D, omega-3 fatty acids, antioxidants, phytochemicals—and their food sources—to aid the management of abnormal lipid metabolism in postmenopausal women.

Περίληψη

Η εμμηνόπαυση διαγιγνώσκεται κλινικά ως κατάσταση όταν μια γυναίκα δεν έχει έμμηνο ρύση για ένα χρόνο. Κατά τη μεταβατική περίοδο της εμμηνόπαυσης, εμφανίζεται μια σειρά διαφόρων μεταβολικών διαταραχών των λιπιδίων λόγω ορμονικών αλλαγών, όπως μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων και αυξημένα επίπεδα κυκλοφορούντων ανδρογόνων. Αυτά μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μεταβολικών συνδρόμων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων και

του διαβήτη τύπου II. Η απορρύθμιση του μεταβολισμού των λιπιδίων επηρεάζει τη σωματική μάζα λίπους, τη μάζα χωρίς λίπος, το μεταβολισμό των λιπαρών οξέων και διάφορες πτυχές του μεταβολισμού της ενέργειας, όπως ο βασικός μεταβολικός ρυθμός και η παχυσαρκία. Επιπλέον, η εμμηνόπαυση σχετίζεται επίσης με μεταβολές στα επίπεδα διαφόρων λιπιδίων που κυκλοφορούν στο αίμα, όπως λιποπρωτεΐνες, απολιποπρωτεΐνες, λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL), λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (HDL) και τριακυλογλυκερόλη (TG). Οι αλλαγές στον μεταβολισμό των λιπιδίων και στον υπερβολικό λιπώδη ιστό παίζουν βασικό ρόλο στη σύνθεση περίσσειας λιπαρών οξέων, λιποκυτταροκινών, προφλεγμονωδών

κυτοκινών και δραστικών ειδών οξυγόνου, που προκαλούν υπεροξειδωση λιπιδίων και έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη, κοιλιακή παχυσαρκία και δυσλιπιδαιμία. Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει διατροφικές συστάσεις και ευεργετικές ενώσεις, όπως βιταμίνη D, ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, αντιοξειδωτικά, φυτοχημικά - και τις πηγές τροφής τους - για να βοηθήσουν στη διαχείριση του μη φυσιολογικού μεταβολισμού των λιπιδίων και στη δυσλιπιδαιμία σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

15. Fantasia, H. C., & Sutherland, M. A. 2014. Hormone therapy for the management of menopause symptoms.

Abstract

Many women will undergo menopause without incident, but others will experience bothersome effects resulting from declining estrogen levels. Vasomotor symptoms, which manifest as intense feelings of warmth, flushing, and perspiration, are the most common symptoms for which women seek treatment. Hormone therapy is indicated for the relief of vasomotor symptoms related to menopause. We review current Food Drug Administration-approved options for hormone therapy and discuss implications for practice and patient education.

Περίληψη

Πολλές γυναίκες θα υποστούν την εμμηνόπαυση χωρίς επεισόδια, αλλά άλλες θα βιώσουν ενοχλητικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, που εκδηλώνονται ως έντονα αισθήματα ζεστασίας, έξαψη και εφίδρωση, είναι τα πιο κοινά συμπτώματα για τα οποία οι γυναίκες αναζητούν θεραπεία. Η ορμονική θεραπεία ενδείκνυται για την ανακούφιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση. Εξετάζουμε τις τρέχουσες επιλογές που έχουν εγκριθεί από τον Οργανισμό Φαρμάκων Τροφίμων για ορμονοθεραπεία και συζητάμε τις συνέπειες για την πρακτική και την εκπαίδευση των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βιβιλάκη Β. 2016. Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η μαία στην Π.Φ.Υ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππα Κ., 2018. Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Katzung B., 2009. Βασική & Κλινική Φαρμακολογία.

- LeMone P., Burke K., Bauldoff G, 2011. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική.
- McPhee S., 2009. Παθολογική Φυσιολογία.
- Osborn K., Wraa C., Wotson A., Holleran R., 2014. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική.
- Platzer W., Fritsch H., Kohnel W., Kahle W., Frotscher M., 2005. Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής.
- Smith P. Roger., 2018. Μαιευτική & Γυναικολογία.

ΑΡΘΡΑ

- Avis, N.E. (2005). A universal menopause syndrome? *The American journal of Medicine*, 118, 378-381.
- Bachmann G., Nora J. Doty, in [Principles of Gender-Specific Medicine \(Second Edition\)](#), 2010.
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep medicine clinics*, 13(3), 443-456.
- Bruce, D., & Rymer, J. (2009). Symptoms of the menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23(1), 25-32.
- Campbell, S.& Monga, A. 2000. “ Gynecology by Ten Teachers” Τόμος 2. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Μαλιάγκα και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- El Khoudary, Samar R., and Rebecca C. Thurston. (2018) “Cardiovascular Implications of the Menopause Transition.” *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 45, no. 4: 641–61
- Fantasia, H. C., & Sutherland, M. A. (2014). Hormone therapy for the management of menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(2), 226-235.
- Guidozzi, F. (2013). Sleep and sleep disorders in menopausal women. *Climacteric*, 16(2), 214-219.

- Harris, A. L., & Harrison, A. (2020). Examining sleep disturbance during the menopausal period. *Nursing for women's health*, 24(2), 134-142.
- Harlow, S. D. , Gass, M. , Hall, J. E. , Lobo, R. , Maki, P. , Rebar, R. W. , ... de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97, 1159–1168. 10.1210/jc.2011-3362.
- Kamel, Hosem K. (2006) “Postmenopausal Osteoporosis.” *Journal of Managed Care Pharmacy* 12, no. 6 Supp A : S4–9.
- Ko, S. H., & Kim, H. S. (2020). Menopause-associated lipid metabolic disorders and foods beneficial for postmenopausal women. *Nutrients*, 12(1), 202.
- Nappi, R. E., Martini, E., Cucinella, L., Martella, S., Tiranini, L., Inzoli, A., ... & Gardella, B. (2019). Addressing vulvovaginal atrophy (VVA)/genitourinary syndrome of menopause (GSM) for healthy aging in women. *Frontiers in endocrinology*, 10, 561.
- Nelson, Heidi D. (2008) “Menopause.” *The Lancet* 371, no. 9614: 760–70
- Noble, N., & Holloway, D. (2019). The menopause. In *Nursing Management of Women's Health* (pp. 193-214). Springer, Cham.
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 44(3), 497-515.
- Santoro, Nanette, C. Neill Epperson, and Sarah B. Mathews. (2015) “Menopausal Symptoms and Their Management.” *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 44, no. 3.
- Santoro, Nanette. (2016) “Perimenopause: From Research to Practice.” *Journal of Women's Health* 25, no. 4: 332–39
- Stojanovska, L., Apostolopoulos, V., Polman, R., & Borkoles, E. (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*, 77(4), 318-323.
- Stute, P., Spyropoulou, A., Karageorgiou, V., Cano, A., Bitzer, J., Ceausu, I., ... & Lambrinoudaki, I. (2020). Management of depressive symptoms in peri-

and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas*, 131, 91-101.

- Vries, E. D., Den Tonkelaar, I., Van Noord, P. A. H., Van der Schouw, Y. T., te Velde, E. R., & Peeters, P. H. M. (2001). Oral contraceptive use in relation to age at menopause in the DOM cohort. *Human Reproduction*, 16(8), 1657-1662.

.