



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΕΥΠ**

**ΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΗ
ΦΑΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Σπουδάστριες:

**ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΣΤΑΘΟΥΛΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
Έννοιες – Ορισμοί.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. Στάδια- Φάσεις κλιμακτηρίου.....	9
2. i) Συμπτώματα.....	14
ii) Ανάλυση συμπτωμάτων.....	15
iii) Τρόπος διάγνωσης της εμμηνόπαυσης.....	18
iv) Τρόπος αντιμετώπισης των γυναικών κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου από την κοινωνία.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟ

1.i) Άγχος της γυναίκας κατά την κλιμακτήριο.....	22
ii) Αίτια δημιουργίας άγχους.....	24
iii) Συμπτώματα του άγχους.....	26
iv) Τρόποι αντιμετώπισης.....	28
2. i) Μελαγχολία της γυναίκα στην κλιμακτήριο.....	31
ii) Αίτια της μελαγχολίας.....	31
iii) Συμπτώματα της μελαγχολίας.....	33
iv) Μορφές μελαγχολίας.....	34
v) Τρόποι αντιμετώπισης.....	36
3.i) Μοναξιά και απόρριψη της γυναίκας στην κλιμακτήριο.....	38
ii) Αιτίες μοναξιάς και απόρριψη.....	38
iii) Τρόποι αντιμετώπισης.....	41
4.i) Κατάθλιψη της γυναίκας στην κλιμακτήριο.....	44
ii) Διάγνωση και θεραπεία.....	46
iii) Συμπτώματα Κατάθλιψης.....	47
iv) Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης- Αίτια.....	51
v) Μορφές κατάθλιψης.....	52
5.i) Συναισθηματική Κατάπτωση της γυναίκας στην κλιμακτήριο.....	55
ii) Τρόποι αντιμετώπισης.....	56
iii) Θεραπευτική αγωγή.....	56

6i) Απώλεια μνήμης της γυναίκας στη κλιμακτήριο.....	57
ii) Παράγοντες εμφάνισης.....	58
iii) Τρόποι αντιμετώπισης.....	59
7.i) Προσωπικότητα της γυναίκας.....	60
ii) Ο λόγος της διαφορετικής αντιμετώπισης της κλιμακτηρίου από την γυναίκα.....	62
iii) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της κλιμακτηρίου από την γυναίκα.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

1. i) Οστεοπόρωση.....	71
ii) Πώς και γιατί συμβαίνει.....	72
iii) Συμπτώματα οστεοπόρωσης.....	73
iv) Παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εκδήλωση της οστεοπόρωσης.....	74
v) Πρόληψη οστεοπόρωσης.....	76
vi) Θεραπεία οστεοπόρωσης.....	78
2. α) Καρδιακά νοσήματα.....	81
i) Αρτηριοσκλήρυνση.....	81
ii) Στεφανιαία νόσος.....	83
iii) Υπέρταση.....	84
β) Παράγοντες κινδύνου των καρδιακών νοσημάτων.....	85
3. Γυναικολογικοί καρκίνοι.....	87
α) Καρκίνος του μαστού.....	89
β) Καρκίνος των ωοθηκών.....	90
γ) Καρκίνος της μήτρας.....	82
4. i) Παχυσαρκία των γυναικών.....	94
ii) Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της παχυσαρκίας.....	95
iii) Τρόποι αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.....	97
5. i) Σακχαρώδης διαβήτης.....	99
ii) Τύποι σακχαρώδη διαβήτη και τρόπος διάγνωσης.....	99
iii) Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.....	100
iv) Συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.....	101
v) Επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη.....	102
vi) Τρόποι αντιμετώπισης.....	102
6. i) Σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες κατά την κλιμακτηριακή περίοδο και την περίοδο της εμμηνόπαυσης.....	104
ii) Ταξινόμηση σεξουαλικής δυσλειτουργίας.....	106
iii) Αιτίες σεξουαλικής δυσλειτουργίας.....	106
iv) Τρόπος αντιμετώπισης της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας.....	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ

1. i) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΗΡΤ)

ii) Πότε πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία και ποια η αναμενόμενη διάρκεια.....	113
iii) Οφέλη Θεραπείας Ορμονικής Υποκατάστασης (ΗΡΤ).....	114
iv) Οι κυριότερες αντενδείξεις και οι κυριότεροι κίνδυνοι της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης	116

2. i) ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ii) Είδη εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας.....	120
1. Γυμναστική.....	120
2. Ομοιοπαθητική.....	121
3. Βελονισμός και πίεση.....	122
4. Αρωματοθεραπεία	122
5. Υδροθεραπεία.....	123
6. Βοτανική.....	123
7. Γιόγκα.....	124
8. Μασάζ.....	124
9. Οστεοπαθητική.....	125
10. Χειροπρακτική.....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	128
2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	128
3. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	128
4. ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....	129
5. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	129
6. ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	129
7. ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	130
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	142
2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	145

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την διεκπεραίωση της Πτυχιακής εργασίας δεχτήκαμε πολύτιμη βοήθεια από ορισμένους ανθρώπους. Θα θέλαμε ιδιαίτερα να ευχαριστήσουμε:

- την καθηγήτρια κα. Κωνσταντίνα Γεωργίου που με την καθοδήγησή της και τη συμβουλευτική της υποστήριξη, βοήθησε στη διαμόρφωση και υλοποίηση της εργασίας.
- τους γυναικολόγους που μας δέχτηκαν και μέσω της συνέντευξης, βοήθησαν να υλοποιηθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η κλιμακτήριος είναι μια φάση πολύ σημαντική στη ζωή της σύγχρονης γυναίκας, αφού μπορεί να προβλέπει με ενδιαφέρον και αναμφισβήτητη ανακούφιση, ότι θα επιβιώσει για ένα ακόμα τρίτο της ζωής της. Αντίθετα, πριν από 100 χρόνια, όπου η μέση ηλικία και η διάρκεια ζωής της γυναίκας ήταν τα 50 έτη, αυτό φάνταζε σαν ουτοπία. Τα 50 έτη για τη μέση γυναίκα ήταν ένας προπομπός του τέρματος της αναπαραγωγικής της λειτουργίας, το οποίο φάνταζε ότι είναι και το τέρμα της βιολογικής της ύπαρξης.

Στην εποχή μας, όμως, η μέση διάρκεια της ζωής αυξάνεται σταθερά, με αποτέλεσμα μια γυναίκα 50 χρόνων που άλλοτε θα έλεγαν ότι τελειώνει η παραγωγική της ζωή, μόλις αρχίζει μια νέα. Αυτή θα διαρκέσει περίπου 30 χρόνια και μπορεί να αποδειχθεί όχι μόνο ενδιαφέρουσα, αλλά και πολύ ευχάριστη και ικανοποιητική. Τώρα πια, οι περισσότερες γυναίκες που αρχίζουν να συνειδητοποιούν τη νέα τους ζωή, έρχονται σε επαφή με νέες ευκαιρίες και δυνατότητες. Έτσι λοιπόν, μπορούν να χρησιμοποιούν εποικοδομητικά τη νεοαποκτηθείσα ελευθερία και να προσαρμόζουν σχέδια και πράξεις, ανάλογα με τις νέες τους δυνατότητες. (Stoppard, 2000)

Δεν είναι λίγες εκείνες που αντιμετωπίζουν την περίοδο της κλιμακτηρίου με μεγαλύτερη αισιοδοξία. Συγκεκριμένα εκμεταλλεύονται συνθήκες και καταστάσεις για να αποκτήσουν ωριμότητα, απελευθέρωση και να κάνουν δραστηριότητες που μέχρι εκείνη τη στιγμή τους φάνταζε αδύνατο να πραγματοποιηθούν (σεξουαλική απελευθέρωση, περισσότερος χρόνος για προσωπική ευχαρίστηση και ικανοποίηση, λιγότερες υποχρεώσεις). Δεν πρέπει, όμως, να φτάνουν στα όρια της

υπερβολής αναζητώντας διάφορους ερωτικούς συντρόφους για επιβεβαίωση και για να ξεπεράσουν τις ανασφάλειές τους.

Επιπλέον, η κλιμακτήριος μπορεί να αποτελέσει μια ψυχολογική, συναισθηματική, πνευματική και μια φυσική καμπή της ιδιοσυστασίας του σώματος. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι θα προκαλέσει και μια γενικότερη κατάπτωση στη γυναίκα. Παράλληλα, αυτή η περίοδος μπορεί να συμπέσει με την απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι (σύνδρομο της άδειας φωλιάς), καθώς επίσης με θανάτους συγγενικών προσώπων, φίλων, οπότε βιώνεται αρκετά έντονα.(Stoppard,2000)

Το χαρακτηριστικό στοιχείο της μέσης ηλικίας είναι η μείωση των ωαρίων και η αυξομείωση των δύο ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης, έχοντας σαν αποτέλεσμα τη διακοπή της περιόδου. Σχεδόν τα 3/4 των γυναικών έχουν ορισμένα συμπτώματα από την ξαφνική πτώση των ορμονών, η οποία επηρεάζει το σώμα καθώς και τον ψυχισμό.(Stoppard,2000 & Αυγουστής,2002)

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που συνδέεται με την κλιμακτήριο, η οποία προκαλεί φόβο στις γυναίκες. Ευτυχώς, καμία δεν αντιμετωπίζει όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλες δεν αντιλαμβάνονται κανένα από αυτά. Τα πιο χαρακτηριστικά σωματικά συμπτώματα είναι βραδινή εφίδρωση, έξαψη, ξηρότητα του κόλπου, αίσθημα κνησμού, εκκρίσεις, περιστασιακή αιμορραγία, καθώς και κολπικές λοιμώξεις. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξουν ουρογεννητικές διαταραχές, πόνοι στο στήθος και στην πλάτη, φαγούρα στο δέρμα, αϋπνίες, ταχυπαλμίες, μυρμήγκιασμα, ξαφνικές και έντονες ερυθριάσεις, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλοι και μπορεί να παρατηρηθεί απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας σε ορισμένες γυναίκες, κυρίως κατά την κλιμακτήριο.(Μακγκρέγκορ,2000 & Αυγουστής,2002)

Επίσης, εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα, υπάρχουν και κάποιες σωματικές επιπτώσεις που θα τις αντιμετωπίζει η γυναίκα εφ'

όρου ζωής. Περιλαμβάνουν κυρίως την οστεοπόρωση, τα καρδιακά νοσήματα, γυναικολογικούς καρκίνους, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη και σεξουαλική δυσλειτουργία.(Stoppard,2000)

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης συνίσταται η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT). Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, τη δεκαετία του 1950 και σταδιακά έχει βελτιωθεί η φαρμακευτική αγωγή, η οποία υπάρχει σε πολλά είδη όπως δισκία, έμπλαστρα, αλοιφές, κολπικά υπόθετα και μοσχεύματα. Για την αποφυγή πιθανών επιπτώσεων της HRT στη γυναίκα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συζήτηση με το γιατρό, προσαρμόζοντας την αγωγή στα δικά της δεδομένα.(Μαγκκρέγκορ,2000)

Εκτός από την ιατρική βοήθεια, υπάρχουν άλλες στρατηγικές που μπορεί να ακολουθήσει η γυναίκα, οι οποίες περιλαμβάνουν μια ποικιλία από εναλλακτικές θεραπείες, όπως ασκήσεις γιόγκα έως και αρωματοθεραπεία. Ιδανική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της θεραπείας HRT και εναλλακτικών μεθόδων.(Ντολατζάς,1998)

Υπάρχουν, όμως, κι εκείνες που η φάση αυτή τις επιβαρύνει ψυχολογικά ακόμα και περιπτώσεις γυναικών που μέχρι την εμμηνόπαυση ζούσαν μια φυσιολογική ζωή χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Το τέλος της ικανότητας για γονιμοποίηση, το συνδέουν στο ασυνείδητό τους με τον αποχαιρετισμό της νιότης τους. Όσο και να τους προκαλούσε, ο μηνιαίος κύκλος, παράπονα και δυσαρέσκεια, τους παρείχε την ικανοποίηση ότι μπορούν να δραστηριοποιηθούν ποικιλοτρόπως, αφού έχουν τη ζωή μπροστά τους. Υποτάσσονται, λοιπόν, παθητικά, δεν περιποιούνται τον εαυτό τους, το σώμα τους και γενικότερα την εμφάνισή τους. Αν δεν εκδηλώσουν κάποια εσωτερική αναταραχή, τότε μπορεί να εμφανίσουν μια απίστευτη λαιμαργία, η οποία δείχνει την ασυνείδητη αναζήτηση κάποιου αντισταθμίματος. Κυρίως οι γυναίκες εκείνες που δεν είναι προετοιμασμένες γι' αυτή την εμπειρία

και δεν έχουν δημιουργήσει κάποια ψυχολογικά στηρίγματα, εμφανίζουν έντονα συμπτώματα, που μπορεί να ξεκινήσουν από το απλό αίσθημα της δυσφορίας και να φτάσουν μέχρι τη βαθιά μελαγχολία.

Συγκεκριμένα μπορεί να παρουσιάσουν ευερεθιστότητα, απώλεια μνήμης, μοναξιά, απόρριψη, συναισθηματική κατάπτωση, άγχος, μελαγχολία και κατάθλιψη.(Stoppard,2000 & Katchadourian,1993)

Ο έλεγχος της υγείας της κάθε γυναίκας είναι το κλειδί για τη συνέχεια μιας υγιεινής και γεμάτης δραστηριότητας, ζωής. Έτσι, λοιπόν, παρέχεται η δυνατότητα ελέγχου του σώματος και η γυναίκα μπορεί να εντοπίσει έγκαιρα τις πιθανές επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη επιτυχία στην αντιμετώπισή τους.(Ντολατζάς,1998)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη, από σχετικά σύγχρονη βιβλιογραφία, της κλιμακτηρίου, η οποία αποτελεί μια σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική καμπή της γυναίκας. Η κλιμακτήριος είναι ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της μέσης ηλικίας και πιο συγκεκριμένα μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε την ποικιλία των ψυχοσωματικών αλλαγών που συνδέονται με την κλιμακτήριο. Επίσης, επιδιώκουμε να μελετήσουμε την αντιμετώπιση των σχετικών αλλαγών καθώς και άλλες στρατηγικές, όπως οι εναλλακτικές θεραπείες. Παράλληλα, το ενδιαφέρον μας είναι να μελετήσουμε αν η κλιμακτήριος είναι τελικά ο αποχαιρετισμός της νιότης της.

***ΕΝΝΟΙΕΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ**

Ορισμός Κλιμακτηρίου

□ *«Κλιμακτήριος είναι εκείνη η μεταβατική χρονική περίοδος, κατά κανόνα της ώριμης γυναίκας, μεταξύ του τέλους της σωστής λειτουργίας των ωοθηκών μέχρι την τελεία διακοπή της. Η διαδικασία αυτή αρχίζει με τη μείωση του αριθμού των ωαρίων, η έναρξή της είναι γενετικά προσδιορισμένη και επομένως σε διαφορετική ηλικία για κάθε γυναίκα. Αυτή λοιπόν η χρονική περίοδος μπορεί να αρχίσει πολύ νωρίς και ενδεχομένως να διαρκέσει αρκετά χρόνια μετά την τελευταία εμμηνορρυσία» (Zissopoulos.gr.htm, 03/2005, σελ. 3).*

Ορισμός Εμμηνόπαυσης

□ *«Σαν εμμηνόπαυση χαρακτηρίζουμε την τελευταία εμμηνορρυσία, που συνήθως αναμένεται στην ηλικία των 49-51 ετών. Πολλές γυναίκες έχουν όμως περιόδους αρκετά χρόνια μετά, ενώ σε πολλές εξαφανίζεται πολύ νωρίς (πρόωρη εμμηνόπαυση). Εξυπακούεται ότι είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί μια εμμηνορρυσία εκ προοιμίου σαν τελευταία.*

Γενικώς είναι αποδεκτό ότι η ώριμη γυναίκα που επί ένα χρόνο δεν είδε περίοδο, βρίσκεται στην εμμηνόπαυση. Η εμμηνόπαυση, όπως προαναφέραμε, είναι δυνατόν να εμφανιστεί νωρίτερα και καμιά φορά απότομα, χωρίς να προηγηθεί αισθητή κλιμακτηριακή συμπτωματολογία» (Zissopoulos.gr.htm, 03/2005, σελ. 4)

□ Ορισμός Εμμηνόπαυσης:

Σύμφωνα με τη Λάππα:

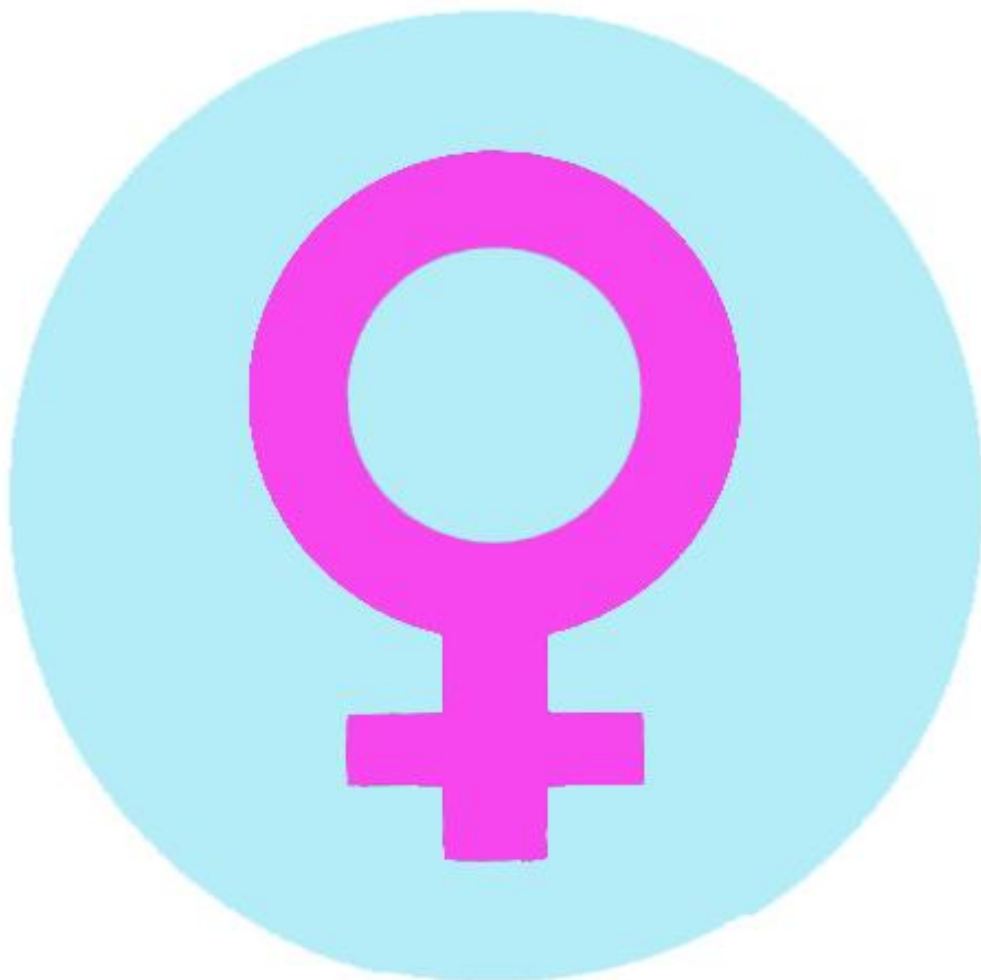
«η εμμηνόπαυση αποτελεί μια περίοδο αξιοσημείωτων αλλαγών για τη ζωή της γυναίκας που επηρεάζουν τόσο τη φυσική της εμφάνιση και ψυχολογική της κατάσταση, όσο και τις αρμονικές και μεταβολικές της λειτουργίες.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το εύρος της ζωής των γυναικών κατά μέσο όρο πλησιάζει τα 80 έτη, η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης τοποθετείται στα 51-52 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες θα ζήσουν 30 χρόνια, δηλαδή το 1/3 της ζωής τους, σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη οιστρογόνων. Η απώλεια αυτή των ορμονών επηρεάζει σχεδόν κάθε κύτταρο του γυναικείου σώματος και ειδικά αυτά των καρδιαγγειακών, μυοσκελετικών και αναπαραγωγικού συστήματος».

(Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων.gr, 03/2005, σελ.1)

□ Ορισμός Εμμηνόπαυσης:

«Είναι το χρονικό διάστημα που η γυναίκα δεν έχει περίοδο, δηλαδή σταματά η γυναίκα να κάνει παιδιά. Με τα σημερινά όμως δεδομένα θεωρητικά η γυναίκα μπορεί να κυοφορήσει σε οποιαδήποτε ηλικία (Εξωσωματική γονιμοποίηση)». (Ντολατζάς, 1998, σελ. 347).



* ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι *

1. Στάδια - Φάσεις της Κλιμακτηρίου

Είναι δύσκολο να υπολογιστεί, πότε ακριβώς θα σταματήσει η εμμηνορρυσία, γιατί στις περισσότερες γυναίκες εμφανίζεται με αυξανόμενη διακύμανση, πριν σταματήσει τελείως. Συμβατικά, η γυναίκα θεωρείται ότι έφτασε στην εμμηνόπαυση, εάν δεν έχει εμμηνορρυσία επί 1 χρόνο. Η εμμηνόπαυση ουσιαστικά, είναι η κατάσταση εκείνη που σηματοδοτεί την λήξη της προκαταρκτικής περιόδου (προεμμηνόπαυση) και την έναρξη των μεταγενέστερων (μετεμμηνόπαυση). Όλη αυτή η περίοδος είναι γνωστή ως κλιμακτήριος και διαιρείται σε 3 φάσεις. (Μαγκκρέγκορ.2000 & Novartis-Hellas.gr,03/05)

« **Προεμμηνόπαυση:** Συνήθως αρχίζει στα μέσα μετέλη της δεκαετίας των 40 και μπορεί να διαρκέσει 5 έως 7 χρόνια - μέχρι την εποχή που η γυναίκα δεν εμφανίζει πλέον έμμηνο ρύση. Κατά την προεμμηνόπαυση ο καταμήνιος κύκλος γίνεται ακανόνιστος και μπορεί να εμφανισθούν συμπτώματα όπως οι εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, μεταβολές της διάθεσης ή κατάθλιψη.

Εμμηνόπαυση: Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται από το τέλος των καταμηνίων κύκλων και σηματοδοτεί μια σημαντική μείωση της παραγωγής οιστρογόνου. Όταν μια γυναίκα στην τέταρτη ή πέμπτη δεκαετία της ζωής δεν έχει έμμηνο ρύση επί έξι ή περισσότερους μήνες, συνήθως σημαίνει ότι έχει επέλθει η εμμηνόπαυση. Εάν έχουν περάσει 12 μήνες από την τελευταία έμμηνο ρύση, η εμμηνόπαυση είναι σχεδόν βέβαιο γεγονός.

Μετεμμηνόπαυση: Η μετεμμηνόπαυση, είναι η τρίτη και τελευταία φάση, η οποία μπορεί να χωρισθεί σε δύο στάδια:

1. *Πρώιμη μετεμμηνόπαυση* (αντιστοιχεί στα πέντε πρώτα χρόνια περίπου μετά την εμμηνόπαυση). Η ανεπάρκεια οιστρογόνου που απελευθερώνεται από τις ωοθήκες, οδηγεί σε αριθμό σιωπηλών αλλαγών. Αυτές, περιλαμβάνουν την οστική απώλεια, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και άλλων λιπιδίων στο αίμα, και άλλες φυσικές μεταβολές που σχετίζονται τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Οι εξάψεις, οι νυχτερινές εφιδρώσεις και οι μεταβολές της διάθεσης συμβαίνουν αυτή τη φάση, αν και αυτά, γενικά διαρκούν για 1 ή 2 έτη.

2. *Όψιμη μετεμμηνόπαυση* (αρχίζει 5 χρόνια ή περισσότερο μετά από την εμμηνόπαυση). Οι σιωπηλές αλλαγές συνεχίζουν και μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα νοσημάτων των οστών (οστεοπόρωση), της καρδιάς (στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου), των αρτηριών (αρτηριοσκλήρυνση) και άλλα» (Iatroclab-Health Portal All About Health.htm, 03/2005 & Μαγκκρέγκορ,2000).

Σύμφωνα με τον Ζησσόπουλο (2005), η κλιμακτήριος χωρίζεται σε 2 φάσεις, την περιεμμηνόπαυση και την εμμηνόπαυση.

«**Περιεμμηνόπαυση:** Πρόκειται για όρο που περικλείει το χρονικό διάστημα πριν και μετά την εμμηνόπαυση, όπου εμφανίζεται η συμπτωματολογία διαταραχών κύκλου, εξάψεων, εφιδρώσεων, ταχυκαρδιών και ψυχολογικών επιδράσεων. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι διαφορετικό από γυναίκα σε γυναίκα και παρατείνεται μερικά χρόνια μετά την τελευταία εμμηνορρυσία, ανάλογα με το πόσο καιρό ακόμη λειτουργούν κατά κάποιο τρόπο οι ωοθήκες. Μπορούμε να πούμε ότι η περιεμμηνόπαυση είναι έννοια που συμπίπτει με τη κλιμακτήριο» (Ζησσόπουλος.gr, 03/2005, σελ. 4).

Παράλληλα σε λιγότερο από 1% των γυναικών και συγκεκριμένα σε ηλικία, νεότερη των 45 ετών μπορεί να παρατηρηθεί το φαινόμενο της **πρόωρης εμμηνόπαυσης**. Οι γυναίκες σε αυτή την ηλικία μπορεί να εμφανίσουν και να βιώσουν πολύ έντονα τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου, και βρίσκονται σε υψηλή κατηγορία κινδύνου κυρίως για την εμφάνιση οστεοπόρωσης και καρδιακών νοσημάτων.

Για την αντιμετώπισή τους, χορηγείται η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με πιο αυξημένη δόση ορμονών από την κανονική, η οποία πρέπει να ληφθεί όσο το δυνατόν νωρίτερα. Η εφαρμογή της συνίσταται μέχρι την ηλικία των 50 αλλά και περαιτέρω, αν κρίνεται απαραίτητο. Εξαιτίας αυτής της κατάστασης, το κατάλληλο χρονικό διάστημα για τεκνοποιία περιορίζεται αισθητά. Με την συνδυασμένη δράση οιστρογόνου και προγεστερόνης ορμόνης, μπορεί να επιτευχθεί η εγκυμοσύνη με την εμφύτευση ωραρίου από άλλη γυναίκα. (Μακγρέγκορ, 2000)

Αντίθετα, μια γυναίκα από 55 ετών και άνω να έχει έμμηνο ρύση, οπότε θα εμφανίσει όψιμη εμμηνόπαυση. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις παχύσαρκες γυναίκες ή σε αυτές που έχουν ινομυώματα. Η επίσκεψη στο γιατρό, σε αυτή την περίπτωση, θεωρείται απαραίτητη ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω κίνδυνοι της **όψιμης εμμηνόπαυσης**. Στη γυναίκα μπορεί να αυξηθεί ελαφρώς ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού και της μήτρας, σ' αυτήν την περίοδο, που υπάρχει ακόμα η δυνατότητα της τεκνοποιίας. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας της παρατεταμένης έκθεσης του σώματός της στην οιστρογόνου ορμόνη. (Stoppard, 2000)

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ



2.i) ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σχεδόν το 1/3 των γυναικών δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό μπορεί να έχουν αλλά να μην αντιλαμβάνονται τις μεταβολές, που συμβαίνουν. Αντίθετα, οι περισσότερες βιώνουν σε πολύ έντονο βαθμό. Συγκεκριμένα, παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα, εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις αλλά και ψυχολογικές, όπως άγχος, μελαγχολία, νευρικότητα, κατάθλιψη και απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας. Αυτά τα συμπτώματα διαρκούν καθ' όλη τη διάρκεια της κλιμακτηρίου και είναι πιθανό να λήξουν 2 χρόνια μετά την παύση της έμμηνου ρύσεως. Αντίθετα η μετεμμηνόπαυση, καθώς υποστηρίζουν ορισμένοι ειδικοί μπορεί να διαρκέσει μόλις λίγους μήνες.

Σύμφωνα με τον Αζακίδη, συνήθως η ηλικία της πρώτης και της τελευταίας εμμηνου ρύσεως κληροδοτείται έως ένα βαθμό, από τη μητέρα στην κόρη, αν δηλαδή η πρώτη περίοδος εμφανίστηκε νωρίς, τότε η λήξη της θα προκύψει αργά και αντιστρόφως. (Αυγουστής,2002 & Εμμηνόπαυση.htm,03/05)

Η άμεση αιτία της εμμηνόπαυσης είναι η οριστική παύση της ωοθηκικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα τη μείωση παραγωγής των ορμονών, που προκαλούν το φαινόμενο της εμμηνορρυσίας. Συνεπώς διαταράσσεται το ορμονικό ισοζύγιο, δηλαδή, παρουσιάζεται (οιστρογονική ανεπάρκεια) και παύση της έμμηνου ρύσεως. Οι γεννητικές ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη που παράγονται στις ωοθήκες, αρχίζουν να μειώνονται αισθητά.

Αυτές οι ορμόνες είναι σημαντικές γιατί προάγουν την ανάπτυξη και τη λειτουργία της μήτρας, του κόλπου, των μαστών και επιδρούν άμεσα και έμμεσα στη λειτουργία άλλων οργάνων, ενώ παράλληλα επηρεάζουν και τον ψυχισμό της γυναίκας. Συνεπώς, η μείωσή τους κατά τη διάρκεια

της κλιμακτηρίου, μπορεί να προκαλέσει πολυάριθμα δυσάρεστα συμπτώματα. Συνήθως εμφανίζονται στο 75% των γυναικών και επιμένουν για αρκετά χρόνια. Αυτά τα συμπτώματα είναι ευαίσθητα, κυρίως λόγω της ξαφνικής πτώσης της οιστρογόνου ορμόνης και αρκετά σοβαρά ώστε να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας. (Μαγκρέγκορ,2000)

ii) Ανάλυση Συμπτωμάτων

Η γυναίκα κατά την κλιμακτήριο μπορεί να αντιμετωπίσει μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, της οποίας πιθανόν, να της προκαλέσει φόβο. Ευτυχώς, όμως, καμιά γυναίκα δεν θα αντιμετωπίσει όλα τα συμπτώματα, ορισμένες δε κανένα από αυτά. Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

1. Βραδινές εφιδρώσεις: Οι γυναίκες κατά την κλιμακτήριο, συχνά ταλαιπωρούνται από βραδινές εφιδρώσεις, οι οποίες εμφανίζονται πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Αυτές, συνήθως, διαρκούν 1 με 2 λεπτά και συνοδεύονται από πιθανή. εμφάνιση πυρετού, ταχυπαλμίας και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Παράλληλα, μπορεί η γυναίκα να παγώσει με το πέρας του συμπτώματος, ενώ σε πολύ έντονες εφιδρώσεις, μπορεί να παρουσιάσει το αίσθημα της κατάπτωσης.(Katchadourian, 1993 & Μαγκρέγκορ,2000)

2. Ξαφνικές έντονες ερυθριάσεις: Εμφανίζεται στο 85% των γυναικών, ενώ η συχνότητα και η σοβαρότητα της κατάστασης ποικίλλει ανάλογα με το άτομο. Χαρακτηριστικά των ερυθριάσεων είναι η εφίδρωση και η αύξηση θερμοκρασίας του σώματος, καθώς μπορεί να παρατηρηθούν ταχυπαλμίες. Σπάνια, μπορεί να προκληθεί μέχρι και λιποθυμικό

επεισόδιο. Εντοπίζονται κυρίως στο κεφάλι, στο πρόσωπο και στο λαιμό και μπορεί να διαρκέσουν 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσουν ακόμα και 10 χρόνια.

(Stoppard,2000 & Μαγκκρέγκορ,2000)

3.Συμπτώματα στομάχου και εντέρων: Κατά την εμμηνόπαυση παρατηρείται δυσκοιλιότητα στις γυναίκες, που οι ορμόνες επηρεάζουν την κινητικότητα των εντέρων. Συγκεκριμένα, η προγεστερόνη περιορίζει τις κινήσεις των σπλάχνων, όμως τα οιστρογόνα την επιταχύνουν. Έτσι, η γυναίκα ενεργείται κανονικά. Παράλληλα, είναι σύνηθες το φαινόμενο η γυναίκα το πρωί να έχει επίπεδο στομάχι, ενώ κατά τη διάρκεια της μέρας να αυξάνεται σε μέγεθος. Αυτό οφείλεται στη διόγκωση του υπογαστρίου και του παχέως εντέρου.(Stoppard,2000)

4.Συμπτώματα του κόλπου και της ουρήθρας: Εξαιτίας της έλλειψης της οιστρογόνου ορμόνης, παρατηρείται ξηρότητα και λέπτυνση του κόλπου και της ουρήθρας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ουρογενετικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ακράτεια ούρων, φαγούρα στα γεννητικά όργανα και ξηρότητα. Αντίθετα, μπορεί να εμφανίσει δυσκολία στη διούρηση καθώς και συχνή και επείγουσα επιθυμία. Επιπλέον, λόγω της ξήρανσης του κόλπου, ο πόνος κατά την διάρκεια της συνουσίας είναι βέβαια γεγονός, με αποτέλεσμα να υπάρχει μείωση της απώλειας της σεξουαλικής επιθυμίας.(Αυγουστής,2002 & Εμμηνόπαυση-Αζακίδης.htm,03/05 & TherapeuticAreas.htm,03/05)

5.Συμπτώματα των μυών και των αρθρώσεων: Κατά την εμμηνόπαυση, οι μύες χάνουν τον όγκο και τη δύναμή τους, καθώς γίνονται πιο ευάλωτοι στον πόνο, ενώ οι αρθρώσεις γίνονται δύσκαμπτες και εμποδίζεται η κινητικότητά τους. Αυτό συμβαίνει, διότι το κολλαγόνο, που είναι μια πρωτεΐνη, η οποία αποτελεί τη βάση κάθε ιστού του σώματος, αρχίζει να αποσυντίθεται αυτή την περίοδο. Επιπλέον, σε

περίπτωση κατακράτησης των υγρών, είναι πιθανή η εμφάνιση μυρμηγκιασμάτων ή μουδιάσματος στα χέρια.(Μαγκρέγκορ,2000)

6.Προεμμηνορροϊκά συμπτώματα: Οι γυναίκες που κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως εμφανίζουν διάφορα συμπτώματα, έχουν μεγάλες πιθανότητες να τα βιώσουν και στην εμμηνόπαυση σε βεβαρημένη μορφή. Αυτά συνήθως είναι κόπωση, ανησυχία, ευερεθιστότητα, δάκρυσμα, πόνοι στο στήθος, ελαφρά ακμή, αϋπνία και σύνδρομο έλλειψης σακχάρου. (Katchadourian,1993)

7.Βάθυνση της φωνής: Το σύμπτωμα αυτό παρατηρείται κατά την εμμηνόπαυση εξαιτίας της αύξησης του όγκου της ανδρικής ορμόνης. Αυτό οφείλεται στη μείωση της παραγωγής των οιστρογόνων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο λάρυγγας, προκαλώντας βάθυνση της φωνής.(Zissopoulos.gr,03/05 & Εμμηνόπαυση-Αζακίδης.htm,03/05)

8.Συμπτώματα δέρματος, μαλλιών, ματιών, στόματος και νυχιών: Το χαμηλό επίπεδο οιστρογόνων σε συνδυασμό με την έλλειψη κολλαγόνου, προκαλούν μείωση του πάχους και της ελαστικότητας του δέρματος, ύγραση μαλλιών, πόνοι στα μάτια, ξηρότητα στόματος, συρρίκνωση χειλιών και σπάσιμο νυχιών. (Katchadourian,1993 & Μαγκρέγκορ, 2000)

9.Αϋπνία: Η αϋπνία μπορεί να οφείλεται στις βραδινές εφιδρώσεις και στις μεταπτώσεις της ψυχολογικής διάθεσης. Συγκεκριμένα, όταν παρατηρείται δυσκολία ύπνου στη γυναίκα οφείλεται κυρίως σε άγχους, ενώ η αφύπνιση νωρίς το πρωί οφείλεται συνήθως στην κατάθλιψη. (Μαγκρέγκορ,2000)

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η υπολειτουργία του θυρεοειδή, με αποτέλεσμα τη βάθυνση και το βράγχος της φωνής. Παρατηρούνται συνοδά συμπτώματα, όπως απώλεια τριχών, ξηροδερμία, προσθήκες βάρος, υπερευαισθησία στο κρύο και στην κόπωση.

Τα σωματικά αυτά συμπτώματα έχουν αντίκτυπο στον ψυχισμό της γυναίκας, παρουσιάζοντας ψυχολογικές επιπτώσεις όπως ευερεθιστότητα, άγχος, μελαγχολία, κατάθλιψη, μοναξιά, απόρριψη, κατάπτωση, απώλεια μνήμης και έλλειψη ικανότητας. Επίσης, η γυναίκα μπορεί να νιώσει φόβο απώλειας της ισορροπίας, έχοντας μια αίσθηση αστάθειας. (Katchadourian,1993)

iii) Τρόπος διάγνωσης

Η γυναίκα, βιώνοντας ορισμένα σωματικά συμπτώματα, τα οποία προκαλούν μεταπτώσεις (αλλαγές) στην ψυχολογία της, απευθύνεται στον αρμόδιο ιατρό. Αυτός, με βάση τη διάγνωση που θα κάνει, θα την ενημερώσει αναλόγως.

Η διάγνωση συνίσταται στη λήψη ιστορικού, κατά την οποία διαπιστώνεται το είδος των ενοχλημάτων σε συνάρτηση με την ηλικία. Για την επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης ο ειδικός προχωρά στη διεξαγωγή μιας σειράς εξετάσεων. Αυτές, περιλαμβάνουν αιματολογικές εξετάσεις με σκοπό την μέτρηση των επιπέδων των οιστρογόνων στο αίμα, καθώς επίσης και ουρολογικές, με σκοπό την διερεύνηση πιθανής εμφάνισης διαβήτη και την εξέταση της λειτουργίας του θυρεοειδή. (Μαγκρέγκορ,2000)

Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει ένας έλεγχος ματιών, πίεσης και βάρους. Επιπροσθέτως, απαραίτητη είναι η μαστογραφία για τον έλεγχο της κατάστασης του στήθους και έλεγχο της οστικής μάζας για την διαπίστωση πιθανής εμφάνισης της οστεοπόρωσης.

Επίσης, θα πρέπει να γίνει και έλεγχος κοιλιακού επιχρίσματος με την μέθοδο της κολλοσκόπησης με σκοπό την πιθανή διαπίστωση καρκίνου του τραχήλου, με το τεστ Παπανικολάου. Αυτές οι εξετάσεις να

γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα καθ' όλη τη διάρκεια της κλιμακτηρίου.(Ντολαντάς,1998 & Zissopoulos.htm,03/05).

iv) Τρόπος αντιμετώπισης των εμμηνοπαυσιακών γυναικών κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου από την κοινωνία

Η κλιμακτήριος είναι το φαινόμενο που διαπιστώνεται παγκοσμίως. Όμως η γυναίκα αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον κάθε πολιτισμό.

Συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία του Δυτικού κόσμου η γυναίκα αντιμετωπίζεται με αρνητικό τρόπο και θεωρείται σεξουαλικά ουδέτερη, επειδή υποστηρίζονται τα νιάτα, η μόδα και το σεξ. Αντίθετα, η γυναίκα στο μη Δυτικό πολιτισμό, σε αυτή τη φάση της ζωής της αντιμετωπίζεται θετικά, λόγω του κύρους που έχει αποκτήσει με το πέρασμα του χρόνου. Σε αυτό τον πολιτισμό, δηλαδή, δίνεται μικρότερη έμφαση στα νιάτα και γι' αυτό το λόγο οι γυναίκες εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα κατά την εμμηνόπαυση συγκριτικά με άλλους λαούς.

Ίδια αντιμετώπιση με τις μη Δυτικές κοινωνίες υπάρχει και στις παραδοσιακές. Στην γυναίκα προσδίδεται γόητρο και δύναμη εξαιτίας των εμπειριών ζωής που έχει. Συνήθως, αναλαμβάνει έναν εξίσου σημαντικό ρόλο, αυτόν του συμβουλευτικού, προσπαθώντας να μεταδώσει τις γνώσεις και τις εμπειρίες της στη νεότερη γενιά.

Η διαφοροποίηση ως προς την αντιμετώπιση της γυναίκας στην κλιμακτήριο όπως και στην εμμηνόπαυση, φαίνεται σε αρκετές χώρες. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα έχουν θετική αντιμετώπιση, ενώ δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα συμπτώματα. Αντίθετα στη Μεγ. Βρετανία, θεωρείται ότι είναι κατάσταση που χρίζει θεραπεία. Επίσης, δίνεται

έμφαση στην σεξουαλική εμφάνιση με αποτέλεσμα οι γυναίκες να νιώθουν λήξη της νιότης, της θηλυκότητας και της σεξουαλικής ζωής.

Στην Αμερική θεωρείται ότι η γυναίκα εισέρχεται στην γεροντική ηλικία, με αποτέλεσμα να τις επηρεάζει αρνητικά. Αυτό όμως δεν διαπιστώνεται στις μαύρες Αμερικανίδες, οι οποίες θα την βιώσουν ηπιότερα και θα εξακολουθήσουν να είναι σεξουαλικά ενεργές. Οι γυναίκες στον Καναδά αντιμετωπίζονται ως έμπειρα και δραστήρια μέλη και γι' αυτό ασκούν θεραπευτικά καθήκοντα.

Θετικά αντιμετωπίζονται και στο Μεξικό, χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα, γεγονός που σπάνια τις οδηγεί στον γιατρό για βοήθεια. Γόητρο προσδίδεται και στις Αφρικανές, οι οποίες σε αυτήν την περίοδο της ζωής τους ελέγχου την εργασία των νεοτέρων, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και σεξουαλική απελευθέρωση. Παράλληλα, η Ινδία, αντιμετωπίζει τις γυναίκες με πολύ σεβασμό, εφ' όσον πέρασαν το στάδιο της εμμηνόπαυσης, σταματώντας να φορούν πέπλο. Επιπλέον, στα πλαίσια της οικογένειας θεωρείται πολύ σημαντική και η άποψή τους, με αποτέλεσμα να συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Το ίδιο συμβαίνει και στην Ινδονησία, καθώς η ωριμότητα τιμάται και οι γυναίκες έχουν λιγότερα συμπτώματα από τις γυναίκες των Δυτικών κοινωνιών. Αντίθετα, ο τρόπος ζωής στην Ιαπωνία οδηγεί τις γυναίκες να καταπιέσουν τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν και να έχουν έντονους πονοκεφάλους και δυσκαμψία των ώμων. Τέλος, στην Κίνα, η κλιμακτήριος θεωρείται ως φυσικό φαινόμενο και δεν απευθύνονται στους γιατρούς για βοήθεια, όπως και στο Μεξικό. Επίσης, σπάνια λαμβάνουν τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.(Stoppard, 2000)



* ΚΕΦΑΛΑΙΟ II *

ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ

1. i) Άγχος της γυναίκας στην κλιμακτήριο

Στην εποχή μας ένα από τα συχνότερα συναισθήματα που αντιμετωπίζουν εκατομμύρια άνθρωποι είναι το άγχος, το οποίο προκαλείται από οποιαδήποτε αιτία με αποτέλεσμα την ένταση, θυμό, απογοήτευση ή δυστυχία. Το άγχος για άλλους μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και σε άλλους να επιφέρει αρνητικά. Όταν επηρεάζει θετικά λειτουργεί ως εγρήγορση και βοηθά τη γυναίκα να αντιλαμβάνεται πιο σωστά τις δυσκολίες ή τους κινδύνους και να αντιδρά έγκαιρα και αποτελεσματικά. Οπότε, έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις και απλά χρειαζόταν μια κινητήρια δύναμη, που στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν το άγχος.(Hanson,1993 & Κάβακας,1988)

«Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και φόβος, έτσι και το άγχος της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σ' αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί.

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με την μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κ.τ.λ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου - οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή» (Μάνος, 1997, σ. 252)

Ωστόσο, το πολύ άγχος επηρεάζει την υγεία και την ευελιξία της γυναίκας, πιθανόν στην εργασία και την κοινωνική της ζωή. Επαναλαμβανόμενο, συνεχές, έντονο στρες παράγει αποδυναμωτικό και αποθαρρυντικό αποτέλεσμα, το οποίο μπορεί να καταστήσει πολύ δύσκολη την πραγματοποίηση οποιασδήποτε ενέργειας εξαιτίας των παραγόντων που το προκαλούν. Κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου, μερικές γυναίκες εμφανίζουν άγχος, το οποίο εντείνεται στην εμμηνόπαυση, ενώ άλλες μπορεί να μην έχουν καθόλου. Το πως θα αντιδράσει οποιαδήποτε γυναίκα αυτή την περίοδο, καθορίζεται κυρίως από τον χαρακτήρα, τα προσωπικά μειονεκτήματα και τις παθήσεις της. Αυτά, υπαγορεύουν τον τρόπο αντίδρασης στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και σε πρακτικά προβλήματα που προκύπτουν, για τα οικονομικά θέματα, τη δουλειά και το σπίτι. (Hanson, 1993)

Η αγχώδης γυναίκα παρουσιάζει συνεχή ένταση, είναι συχνά ανήσυχη και ευερέθιστη ως προς τη γνώμη των άλλων για την ίδια. Η υπερβολική αύξηση του άγχους στη γυναίκα της προκαλεί φόβο και αμηχανία όσον αφορά την σχέση της με τους άλλους ανθρώπους. Ευτυχώς αυτές οι καταστάσεις είναι σχετικά αντιμετωπίσιμες μέσω της ιατροφαρμακευτικής θεραπείας. (Ντολατζάς, 1998)

ii) Αίτια δημιουργίας του άγχος

Η κλιμακτήριος στη ζωή της γυναίκας είναι ένα στρεσογόνο γεγονός, το οποίο ορισμένες αγχώδεις γυναίκες το αντιμετωπίζουν αρκετά έντονα. Αρκετές αιτίες στη ζωή της μπορεί να εντείνουν το άγχος, δηλαδή γεγονότα δυσάρεστα αλλά και ευχάριστα.

Σε αυτή την φάση της ζωής της, της συμβαίνουν αρκετές αλλαγές σε περιορισμένο χρονικό διάστημα. Πολλές φορές οι απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες από ότι μπορεί η ίδια να ανταπεξέλθει. (Γουίλκινσον,2000)

Οι αλλαγές ορμόνες της σε συνδυασμό με τα αίτια υψηλού κινδύνου, καθιστούν την γυναίκα επιρρεπή στο να αποκτήσει έντονο άγχος. Τα αίτια αυτά κυρίως είναι: θάνατο συζύγου ή ενός στενού οικογενειακού προσώπου, διαζύγιο ή χωρισμός, προβλήματα υγείας, γάμος των παιδιών της, απώλεια εργασίας της ίδιας ή του συζύγου, αλλαγή σπιτιού, φυλάκιση ενός σημαντικού προσώπου στην ζωή της, σεξουαλικά προβλήματα, καινούργιο μέλος στην οικογένεια, οικονομική δυσχέρεια και την εγκατάλειψη από τα παιδιά της.

Βεβαίως, υπάρχουν και άλλα εξίσου σημαντικά αίτια, τα οποία μπορεί αν είναι αλλαγές στις συνθήκες ζωής της ή του συζύγου, εξόφληση κάποιου δανείου, η αλλαγή στις κοινωνικές της δραστηριότητες ή στην διασκέδαση, η αλλαγή στις ώρες ή στις συνθήκες εργασίας της, οι μεταβολές στον ύπνο και στην διατροφή καθώς και αλλαγή στις επαφές της με την οικογένεια. (Γουίλκινσον,2000 & Cooper and Straw, 1994)

Όλα τα παραπάνω αίτια δημιουργίας άγχους συνδυάζονται με τους ακόλουθους παράγοντες, οι οποίοι σύμφωνα με τον Κάβακα(1988) είναι εξίσου υπεύθυνοι.

α) Ιδιοσυγκρασία: Το κάθε άτομο είναι μια αυθύπαρκτη ατομικότητα, γι' αυτό και παρουσιάζει διαφορές στο χαρακτήρα και στην προσωπικότητα. Συνεπώς η ιδιοσυγκρασία παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ή μη άγχους κατά την κλιμακτήριο. Αν μια γυναίκα είναι αγχώδης στη ζωή της, θα βιώσει κυρίως την εμμηνόπαυση με εντονότερο άγχος. Αντίθετα, αν μια γυναίκα δεν είναι αγχώδης, τότε θα την βιώσει σαν ένα φυσιολογικό επακόλουθο της ζωής.

β) Ανατροφή: Η ανατροφή είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες δημιουργίας του συναισθήματος του άγχους. Αν μια γυναίκα μεγάλωσε μέσα σε ένα αγχώδες οικογενειακό περιβάλλον, έχει παγιωθεί μέσα της το άγχος, γεγονός που θα ενισχυθεί ακόμα περισσότερο και κατά την περίοδο την κλιμακτήριο.

γ) Αποτυχίες του παρελθόντος: Αν μια αγχώδης γυναίκα αντιμετώπισε στο παρελθόν αποτυχίες, λάθη, δυσκολίες, εμπόδια ή αν απειλήθηκαν η ζωή της, τα όνειρά της, τότε θα επιδεινωθεί το άγχος με την κλιμακτήριο.

δ) Υπεραπασχόληση: Όταν μια γυναίκα φτάνει σε σημείο να αναλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις που πιθανόν να μη μπορεί να φέρει εις πέρας και ταλανίζεται, τότε η αύξηση του άγχους είναι αναπόφευκτη. Συνεπώς με τόσο φορτωμένο πρόγραμμα η κλιμακτήριο θα της δημιουργεί ακόμα περισσότερο άγχος.

ε) Εσωτερικές συγκρούσεις: Είναι ένας παράγοντας πολύ σημαντικός που ευθύνεται για τη δημιουργία του άγχους, εφόσον η γυναίκα δε μπορεί να ανταπεξέλθει στις επιθυμίες της και εξαιτίας φραγμούς που της επιβάλλει το περιβάλλον ή ο ίδιος ο εαυτός της.

στ) Η αμφιβολία για τις ικανότητές της: Όταν η γυναίκα εμφανίζει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν αναγνωρίζει τις ικανότητες και την αξία της σε συνδυασμό με μια τυχαία ή αναπόφευκτη αποτυχία σε κάτι που το θεωρούσε σημαντικό, η δημιουργία του άγχους είναι βέβαιη. Θα την

κάνει να αμφιβάλλει περισσότερο για τον εαυτό της, αν αναλογιστεί τις επιπτώσεις που επιφέρει.

ζ) Ενοχές για διάφορα λάθη, αποτυχίες, που της συνέβησαν στο παρελθόν και δεν λύθηκαν ή αγνοήθηκαν εσκεμμένα ή και από άγνοια. Ενισχύουν και αυτές την δημιουργία άγχους στη γυναίκα, που ψάχνει ετεροχρονισμένα να βρει λύσεις.

η) Τα διλήμματα. Άγχος πολύ συχνά εμφανίζεται όταν έρχεται η γυναίκα αντιμέτωπη με δυσεπίλυτα διλήμματα ή χρειάζεται να λάβει μια σοβαρή και δύσκολη απόφαση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συνήθως νιώθει αμηχανία και αμφιταλαντεύεται. Έτσι δημιουργείται άγχος για το αποτέλεσμα που βέβαια υποχωρεί, όταν το δίλημμα ξεπεραστεί ή τελικά ληφθεί η απόφαση. (Καβάκας, 1998)

iii) Συμπτώματα του άγχους

Η γυναίκα διακατέχεται από άγχος στην κλιμακτηριακή φάση της ζωής της παρουσιάζει μια ποικιλία προειδοποιητικών ενδείξεων, οι οποίες πιθανόν να της προκαλέσουν ψυχολογικά συμπτώματα που έχουν αντίκτυπο και στο σώμα της.

Η γυναίκα αρχικά μπορεί να εμφανίσει κάποιες ψυχολογικές διακυμάνσεις όπως μελαγχολία συνοδευόμενη, ενδεχομένως, από αίσθημα λύπης. Επιπλέον, μπορεί να αποκτήσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό της καταλήγοντας να νιώσει συναισθήματα κατωτερότητας. Συνεπώς, οδηγείται τις περισσότερες φορές σε αποτυχίες, λόγω εσφαλμένων και βεβιασμένων ενεργειών.

Σε περιπτώσεις έντονου άγχους η γυναίκα αισθάνεται ότι βρίσκεται υπό καθεστώς πίεσης, με αποτέλεσμα να εμφανίσει αδυναμία να αντιδράσει και πιθανό αίσθημα νοητικής εξάντλησης. Παράλληλα,

μπορεί να μειωθεί η δυνατότητα συγκέντρωσης, έχοντας σαν συνέπεια να αδυνατεί να ολοκληρώσει τις οποιεσδήποτε εργασίες που έχει αναλάβει αλλά αδυνατεί επίσης να πάρει και αποφάσεις για την ίδια και την ζωή της. Δεν είναι λίγες οι φορές που καταλαμβάνεται από πανικό, καταλήγοντας να ξεσπά σε κλάματα ή να οδηγείται σε παρεξηγήσεις και συγκρούσεις με τους γύρω της. Παρουσιάζει, δηλαδή, αυξανόμενη οξυθυμία καθώς επίσης καταλαμβάνεται από ταραχή και ανησυχία.

Επιπλέον, υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης φόβου για πιθανό λιποθυμικό επεισόδιο ή κατάρρευση. Επίσης, διακρίνεται από έλλειψη δημιουργικότητας και ενδιαφέροντος για την εξωτερική της εμφάνιση καθώς και παρουσιάζει και αδιαφορία για τους άλλους

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η γυναίκα δε λαμβάνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που αντλούσε ευχαρίστηση στο παρελθόν. Επηρεάζεται και η απόδοσή της στην εργασία, εμφανίζοντας επικοινωνιακή αδυναμία με τους γύρω της και μείωση της ζωτικότητας και της ενέργειάς της. (Γουίλκινσον,2000 & Cooper and Straw,1994)

Εκτός από τα ψυχολογικά συμπτώματα δεν είναι λίγες οι φορές που το άγχος την επηρεάζει και σωματικά. Συγκεκριμένα, μπορεί να εμφανίσει ταχυκαρδία και γενικά προκάρδια ενοχλήματα, εφίδρωση, εξάψεις, γρήγορη αναπνοή, σφίξιμο στο στήθος και στον αυχένα καθώς και γαστρεντερικές διαταραχές, οι οποίες εμφανίζονται συχνά με την μορφή σπαστικής κολίτιδας.

Επιπλέον, η γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει ζάλη, πονοκεφάλους, προβλήματα στον ύπνο, διάταση μυών ή αδυναμία στα άκρα, διεσταλμένες κόρες ματιών, εξάντληση, πόνους την πλάτη, μουδιάσματα, μυρμηγκιάσματα και ξηρότητα στόματος. Μπορεί, επίσης, να εμφανιστούν διαταραχές στην όρεξη, με αποτέλεσμα την αυξομείωση του βάρους των γυναικών. Συγκεκριμένα, ορισμένες στρέφονται έντονα στην κατανάλωση τροφής, ενώ υπάρχει και μια μερίδα γυναικών που

χάνει τελείως την επιθυμία τους για αυτή. (Πιπερόπουλος,1996 & Γουίλκινσον,2000 & Cooper and Straw, 1994)

iv) Τρόποι αντιμετώπισης άγχους

Για να μπορέσει μια γυναίκα να αντιμετωπίσει το άγχος θα πρέπει αρχικά να το συνειδητοποιήσει. Έπειτα, θα πρέπει να αντιμετωπίσει όχι απλώς τα συμπτώματα αλλά και τα βαθύτερα αίτια του άγχους. (Γουίλκινσον,2000)

Οι ήπιες μορφές ξεπερνιούνται, με τη σωστή ψυχολογική καθοδήγηση κυρίως από εμπειρογνώμονες (ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς), ενώ οι εντονότερες και αγχώδεις καταστάσεις απαιτούν και την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Εξαιτίας όμως, κινδύνου για μελλοντικό εθισμό δεν πρέπει να λαμβάνονται χωρίς ιατρική καθοδήγηση. Ενώ αντίθετα, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δεν εμφανίζει κινδύνους και έχει σαν σκοπό να βοηθήσει την γυναίκα να τροποποιήσει τις πιεστικές συνθήκες της καθημερινής της ζωής, ώστε να ενισχυθεί η ικανότητά της να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.(Πιπερόπουλος, 1996)

Συγκεκριμένα, υπάρχουν μερικοί τρόποι αντιμετώπισης που βοηθούν ώστε να απαλλαγεί από το αίσθημα του άγχους:

α) Μείωση ανάληψης επιπλέον ευθυνών: Στην περίπτωση που η γυναίκα επωμίζεται περαιτέρω ευθύνες και υποχρεώσεις, αυτό θα έχει ως αντίκτυπο στον οργανισμό της μεγάλη κούραση, αλλά και στον ψυχισμό της αρκετό άγχος.

β) Αποφυγή αμφιβολιών και διλημμάτων: Οι αμφιβολίες και τα διλήμματα της γυναίκας στην κλιμακτήριο και σε συνδυασμό με

την ψυχική αναστάτωση που βιώνει, έχει σαν αντίκτυπο την αύξηση του άγχους. Συνεπώς η παράταση μιας αβεβαιότητας μπορεί να την εξαντλήσει ψυχικά, επειδή συνοδεύεται από διαρκή ένταση και εσωτερική αναστάτωση.

γ) Αποδοχή μη αναστρέψιμων καταστάσεων: Η προσπάθεια για τροποποίηση, βελτίωση ή μείωση των επιπτώσεων της κλιμακτηρίου, είναι σημαντική. Αλλά, αν δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε καλύτερο θα ήταν να το αποδεχθεί η γυναίκα και να προσπαθήσει να προσαρμοστεί.

δ) Ζώντας στο παρόν: Οι γυναίκες σ' αυτή την ηλικία τείνουν να αναπολούν εμπειρίες και βιώματα του παρελθόντος, είτε ευχάριστα είτε δυσάρεστα, με αποτέλεσμα την προσκόλλησή τους σε αυτά. Όμως, αυτή η προσκόλληση επιφέρει άγχος και αδυναμία προσαρμογής στο παρόν.

Το ίδιο παρατηρείται όταν προσπαθούν συνέχεια να προβλέπουν το μέλλον. Η προετοιμασία για το μέλλον είναι αποδεκτή και αναγκαία πολλές φορές. Όμως, η συνεχή ανησυχία για μελλοντικά προβλήματα ή για πιθανές δυσάρεστες εξελίξεις, μειώνει σημαντικά την ικανότητα σωστής αντιμετώπισης των προβλημάτων του σήμερα, με αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους.

Συνεπώς, από τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι το άγχος μεγαλοποιεί στη σκέψη τις πιθανές δυσάρεστες εξελίξεις μιας κατάστασης, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει την καθημερινότητα της γυναίκας. (Κάβακας, 1988)

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναστασόπουλο (1995), η γυναίκα προκειμένου να αντιμετωπίσει το άγχος, αναπτύσσει ορισμένες στρατηγικές όπως:

-Λήψη άμεσων μέτρων, η οποία περιλαμβάνει τις πιθανές ενέργειες της, για να αντιμετωπίσει την κατάστασή της

-Αναζήτηση πληροφοριών ώστε η γυναίκα να αυξήσει τις γνώσεις της σχετικά με την κατάσταση που βιώνει

-Αναζήτηση υποστήριξης από τρίτους, η οποία μπορεί να είναι βοηθητική ως προς την ρύθμιση των συναισθημάτων της

-Συναισθηματική εκτόνωση του άγχους με κλάμα, φωνές, κάπνισμα

-Ενδόψυχες διεργασίες με τη χρήση μιας ποικιλίας μηχανισμών άμυνας

Ένας άλλος αποτελεσματικός τρόπος να αντιμετωπιστεί το άγχος είναι η σωματική άσκηση γιατί το καταπολεμά, βελτιώνοντας την υγεία. Παράλληλα, βοηθητικά είναι η υγιεινή διατροφή και ο ύπνος, ενώ η γυναίκα καλό θα ήταν να ακολουθεί έναν ήρεμο και δημιουργικό τρόπο ζωής, ξεκινώντας διάφορες δραστηριότητες (χόμπυ), τα οποία την αναζωογονούν (Γουίλκινσον, 2000).

Ένας πολύ χρήσιμος τρόπος για να αντιμετωπίσει μια γυναίκα το άγχος της, είναι να ελέγξει την αναπνοή της. Όταν είναι ήρεμη και ευχαριστημένη, η αναπνοή της είναι αργή και ρυθμική, ενώ όταν είναι σε ένταση η αναπνοή είναι γρήγορη και ρηχή. (Ντολατζάς,1998 & Γουίλκινσον,2000)

2. i) Μελαγχολία της γυναίκας στην κλιμακτήριο

Η μελαγχολία σαν όρος αντιπροσωπεύει την κακή διάθεση, η οποία συνοδεύεται από την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη δουλειά ή τις καθημερινές ασχολίες της γυναίκας και συνήθως μπορεί να φτάσει μέχρι την πλήρη απογοήτευση, χωρίς ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη ζωή.

Παράλληλα, με την ιατρική σημασία του όρου, η μελαγχολία είναι μια καταθλιπτική κατάσταση, κατά την οποία η γυναίκα παρουσιάζει βαθιά, ψυχική οδύνη, αϋπνία και ανορεξία, ενώ μπορεί να χάσει την διάθεσή της και να αναστείλει οποιαδήποτε δραστηριότητα (Lempriere and Feline, 1995)

Επιπλέον, η μελαγχολία μπορεί να θεωρηθεί ψυχολογική διαταραχή σε περίπτωση που η γυναίκα ξεπεράσει τα όρια μιας φυσιολογικής αντίδρασης και αυξηθεί σε ένταση. Έτσι δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα στις σχέσεις της γυναίκας με το περιβάλλον και παρουσιάζει δυσκολία στο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της. (Καβάκας, 1988)

ii) Αίτια της μελαγχολίας

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες στην προσπάθεια να ερμηνευθεί το φαινόμενο της μελαγχολίας. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

α) Επιθετικότητα που έχει στραφεί προς τα έσω (Karl Abraham, S. Freud). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι υποσυνείδητη εχθρότητα ή η επιθετική παρόρμηση, που αρχικά προορίζεται εναντίον ατόμων του στενού περιβάλλοντος της γυναίκας στρέφεται συνήθως

εναντίον της ίδιας, όταν η συνείδησή της δεν της επιτρέπει να την εκδηλώσει προς τα έξω.

β) Απώλεια αντικειμενικού στόχου. Μπορεί να καταληφθεί από μελαγχολία όταν δεν κατορθώσει να πετύχει κάτι που το θεωρεί σαν το πιο βασικό σκοπό ή στόχο της ζωής της.

γ) Αρνητική αντίληψη. Μπορεί να καταληφθεί από μελαγχολία όταν βλέπει με αρνητικό τρόπο τον εαυτό, τις εμπειρίες αλλά και τις δραστηριότητές της (Aaron T. Beck & Albert Ellis).

δ) Απώλεια του προσωπικού ρόλου. Η κάθε γυναίκα καθορίζει για τον εαυτό της ένα βασικό ρόλο που θα παίζει στη ζωή της. Αν για διάφορους λόγους διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να παίζει αυτό το ρόλο καταλαμβάνεται από μελαγχολία.

ε) Απώλεια της αυτοεκτίμησης (E. Bibring). Οι αποτυχίες της γυναίκας μπορούν να της δημιουργήσουν αμφιβολία για τις ικανότητές της και να διακατέχεται από διάφορες σκέψεις αναξιότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις κατηγορεί τον εαυτό της για παραλήψεις, σφάλματα ή αναποφασιστικότητα που την οδήγησαν στην αποτυχία.

στ) Απώλεια του νοήματος της ζωής. Όταν η γυναίκα άνθρωπος πιστέψει ότι δεν έχει νόημα η ζωή της ή ότι η ύπαρξή της πάνω στη γη δεν έχει κάποιο προορισμό, μπορεί να καταληφθεί από μελαγχολία.

ζ) Διαταραχή ή μείωση ορισμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Νευροδιαβιβαστές ονομάζονται ορισμένες χημικές ουσίες (αμίνες, αμινοξέα ή νευροπεπτίδια) που χρησιμοποιούνται από το κεντρικό νευρικό σύστημα για τη μεταβίβαση νευρικών ώσεων προς την περιφέρεια.(Κάβακας,1988)

Εκτός από τα παραπάνω αίτια υπάρχουν και άλλα εξίσου σημαντικά στα οποία αναφέρεται ο Αγγελάκης(1999) και είναι η έλλειψη αυτογνωσίας, αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, ο φόβος πιθανής απόρριψης, η μειωμένη δραστηριότητα, η ανυπομονησία και το άγχος.

Όλα αυτά τα αίτια είναι φαύλος κύκλος και το ένα προκαλεί ή είναι αποτέλεσμα του άλλου.

iii) Συμπτώματα της μελαγχολίας

Αρκετές μελαγχολικές γυναίκες κατά την κλιμακτήριο, για να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους, καταφεύγουν στο διαρκές κλάμα, θεωρώντας το σαν ένα τρόπο ανακούφισης και προσωπική τους διέξοδο.

Επιπλέον, μπορεί να εμφανίσει πολλές φορές έντονες τύψεις, ενοχές και η θλίψη τόσο βαριά, που η γυναίκα φτάνει στο σημείο να σκέφτεται διαρκώς αρνητικές καταστάσεις.

Η μελαγχολία μπορεί να εκδηλώσει μια ποικιλία συμπτωμάτων. Τα κυριότερα συμπτώματα που προβάλλονται από τις γυναίκες, τα οποία συνήθως είναι κακή διάθεση, θλίψη, ιδέες ανικανότητας και αναξιότητας. Άλλοτε η μελαγχολία εκδηλώνεται με κύριο σύμπτωμα τη μυϊκή αδυναμία και το αίσθημα της μεγάλης κόπωσης.

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο οι γυναίκες που πάσχουν από μελαγχολία να παραπονιούνται για την ανησυχία, εσωτερική ταραχή, φοβία, δυσκολία να συγκεντρώσουν την προσοχή τους και μείωση της μνήμης τους. Υπάρχουν περιπτώσεις που η μελαγχολία εκδηλώνεται εξαιτίας του υποθάλαμου. Όπως είναι γνωστό η όρεξη, ο ύπνος όπως και η σεξουαλική λειτουργία καθορίζονται από τον υποθάλαμο, που βρίσκεται στο πίσω μέρος του εγκεφάλου. Στη μελαγχολία, τα κύρια συμπτώματα είναι η αϋπνία, η ανορεξία και η μείωση της σεξουαλικής ικανότητας (σε μερικούς ασθενείς μπορούν να εκδηλωθούν ακριβώς τα αντίθετα συμπτώματα, δηλαδή αδικαιολόγητη πολυφαγία, υπνηλία, σεξουαλική υπεραπασχόληση ή παχυσαρκία). Παράλληλα μπορούν να παρουσιαστούν φοβίες και ψυχαναγκασμοί. (Καβάκας, 1988)

Αντίθετα, τα συμπτώματα της μελαγχολίας διαφοροποιούνται, όταν μετατρέπεται σε βαριά μορφή. Συγκεκριμένα, μια μελαγχολική γυναίκα φαίνεται να είναι καταβεβλημένη και πολύ συχνά είναι αδρανής. Το πρόσωπό της γίνεται ωχρο, τα χαρακτηριστικά της τονίζονται, ενώ η έκφρασή της μοιάζει συνοφρυωμένη και το βλέμμα της είναι καθηλωμένο. Μειώνονται οι αυθόρμητες κινήσεις και συχνά θα απαντήσει μονολεκτικά, συνοδεύοντας τον λόγο της με αναστεναγμό.

Παράλληλα, προσπαθεί να συγκαλύψει τα συμπτώματά της και θα δείχνει επιφυλακτικότητα στα άτομα γύρω της. (Lemperiere and Feline, 1995)

iv) Μορφές μελαγχολίας

Η μελαγχολία παρουσιάζεται με μια ποικιλία μορφών, εκ των οποίων οι πιο γνωστές και περισσότερο παραδεκτές είναι:

- αντιδραστική μελαγχολία και ενδογενής

πρωτοπαθής και δευτεροπαθής μελαγχολία

μονοπολική ή διπολική (γνωστή και ως μανιοκαταθλιπτική).

Η αντιδραστική είναι η μορφή μελαγχολίας, που προκαλείται από διάφορα δυσάρεστα γεγονότα. Αυτά μπορεί να είναι μια επαγγελματική αποτυχία, σοβαρές ή ανίατες αρρώστιες, ανυπέρβλητες δυσκολίες και εμπόδια, απογοητεύσεις ή εγκατάλειψη.

Η ενδογενής μελαγχολία εκδηλώνεται συχνά, με μεγάλη διάρκεια χωρίς να υπάρχει κάποια σοβαρή αιτία και χωρίς να επηρεάζεται το περιβάλλον της πάσχουσας.

Η πρωτοπαθής μελαγχολία εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει παθολογική κατάσταση του οργανισμού, ενώ η δευτεροπαθής εμφανίζεται σαν αντίδραση ή σαν συνέπεια κάποιας ασθένειας.

Τέλος, μονοπολική είναι αυτή που εκδηλώνεται μόνο με μελαγχολική φάση, ενώ στη διπολική η φάση της μελαγχολίας εναλλάσσεται με τη φάση έγερσης ή εκδηλώσεις ευφορίας (μανίας). Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή επειδή σταδιακά η γυναίκα μπορεί να αποκτήσει τάσεις αυτοκτονίας. Επίσης, η φάση της διέγερσης είναι πιθανόν να διαγνωστεί ως φυσιολογική αντίδραση σε κάποιο ευχάριστο γεγονός και να μην αντιμετωπιστεί έγκαιρα. (Κάβακας, 1988)

Στην περίοδο της κλιμακτηρίου, η μορφή της μελαγχολίας που παρουσιάζεται σε αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών είναι συνήθως η ενδογενής. Εκδηλώνεται κυρίως με συμπτώματα ατονίας, κακής διάθεσης, έλλειψη κεφιού, αϋπνίας, ανησυχίας. Άλλοτε πάλι συνοδεύονται με μια ποικιλία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και συνίσταται ιατροφαρμακευτική αγωγή από τους ειδικούς, για την αντιμετώπισή τους.

Σε αντίθεση με τον Κάβακα(1988), οι Lempriere και Feline(1995), παρουσιάζουν ένα διαφορετικό διαχωρισμό των μορφών της μελαγχολίας:

1.Απλή μελαγχολία: Είναι η πλέον συνήθης μορφή κατά την οποία η συμπτωματολογία της γυναίκας είναι ήπια και περιορίζεται σε αϋπνία , μειωμένη δραστηριότητα και πιθανή τάση προς απομόνωση.

2.Μελαγχολία με εμβροντησία: Είναι αποτέλεσμα μιας κρίσης που δεν αντιμετωπίστηκε εγκαίρως, που η ασθενής αρνείται να λάβει τροφή, παραμένει ακίνητη ενώ παράλληλα βιώνει έντονο ψυχικό πόνο.

3.Διεγερτική μελαγχολία: Η γυναίκα διακρίνεται από διαρκή διέγερση και άγχος, το οποίο το εκδηλώνει μέσω θεατρνισμών και παρορμητικών πράξεων, όπως φυγή ή απόπειρα αυτοκτονίας.

4.Παραληρητική μελαγχολία: Σε αυτή την μορφή, η ασθενής παρουσιάζει ιδέες ενοχής και αναξιότητας. Πιθανά να εμφανίσει υποχόνδριες ιδέες, καταδίωξης ή πένθους (απώλεια προσώπου ή αγαθών).

5.Συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη: Είναι η πιο βαριά μορφή, κατά την οποία εμφανίζονται έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές στο πεπτικό και καρδιοαναπνευστικό σύστημα όπως επίσης και άλγη. Σε αυτή την περίπτωση όμως η ψυχοθεραπεία είναι περισσότερο αποτελεσματική από την χορήγηση φαρμάκων.

v) Τρόποι αντιμετώπισης της μελαγχολίας

Η μελαγχολία ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό ως προς την ένταση και ως προς τα αίτια που ενδεχομένως να την προκαλέσουν. Γι' αυτό, η αντιμετώπιση κρίνεται αρκετά δύσκολη. Συνήθως, η θεραπευτική αντιμετώπισή της διακρίνεται σε ψυχολογική, φαρμακευτική αλλά και σε ένα συνδυασμό και των δύο.

Η ψυχολογική αντιμετώπιση μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα, όταν η αιτία της μελαγχολίας εντοπιστεί εγκαίρως και εξαλειφθεί. Όταν δηλαδή ξεπεραστούν σοβαρές δυσκολίες ή με την

αλλαγή ή την τροποποίηση των συνθηκών ζωής.(Κούρος,1994 & Χαρτοκόλλης,1991)

Αντίθετα, ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης είναι η φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχει, όμως, μια μερίδα ανθρώπων που δυσκολεύεται να καταλάβει τον τρόπο θεραπείας μιας συναισθηματικής διαταραχής, όπως η μελαγχολία, με φάρμακα. Αυτό γίνεται γιατί τα άτομα δεν έχουν αντιληφθεί ότι ο άνθρωπος είναι μια ψυχοσωματική οντότητα, με αποτέλεσμα όταν διαταράσσεται το ψυχικό του μέρος να επηρεάζεται και σωματική και το αντίθετο, τότε η φαρμακευτική αγωγή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.(Χαρτοκόλλης,1991)

Αναμφισβήτητα όμως, ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας με φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικός, γιατί ακόμα και στις περιπτώσεις που τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν επιλεγεί σαν σωστή θεραπεία, η γυναίκα χρειάζεται να βρει εξηγήσεις για ανεξήγητα συμπτώματα και να αντιληφθεί την κατάσταση στην οποία έχει υπεισέλθει. Έτσι λοιπόν η γυναίκα αναζητά κατανόηση και ελπίδα για θεραπεία, απαντήσεις που μόνο η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να της δώσει.

Επιπλέον, είναι γνωστό ότι τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιφέρουν άμεσα αποτελέσματα από την αρχή κιόλας της θεραπείας. Συνεπώς κρίνεται απαραίτητη και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία για την καλύτερη αντιμετώπιση.(Καβάκας,1988)

3. i) Μοναξιά και Απόρριψη

Η μοναξιά και η απόρριψη είναι δύο συναισθήματα που μπορεί να νιώσουν και να βιώσουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου.

Και τα δύο συναισθήματα είναι πολύ σημαντικά για τον ψυχισμό της γυναίκας, όμως το συναίσθημα της μοναξιάς είναι αυτό που υπερισχύει. Η σκέψη της γυναίκας ότι είναι μόνη στον κόσμο και ότι κανένας δεν είναι δίπλα της να ενδιαφέρεται, μπορεί να της προκαλέσει άγχος και πανικό, ιδιαίτερα όταν το συναίσθημα της ανασφάλειας ή της αναξιοσύνης είναι έντονο.

Μερικές γυναίκες αντιμετωπίζουν μια μόνιμη κατάσταση μοναξιάς, αντίθετα, άλλες την βιώνουν παροδικά. Οι γυναίκες αυτές, αντιμετωπίζουν προβλήματα στο να διατηρήσουν ή να αναπτύξουν οποιαδήποτε σχέση, καταλήγοντας μόνες με την σκέψη ότι δεν είναι αποδεκτές. (Μαντιάφου-Κανελλοπούλου, 2003)

ii) Αιτίες μοναξιάς και απόρριψης

Η μοναξιά και η απόρριψη παρ' ότι διαφέρουν μεταξύ τους, είναι αλληλένδετες καταστάσεις. Άρα η μια είναι συνέπεια της άλλης ή η ίδια αιτία μπορεί να προκαλέσει και τις δύο. Γι' αυτό, αφού οι περισσότερες αιτίες είναι κοινές, θα αναφερθούν οι πιο σημαντικές.

1. Κοινωνική απομόνωση: Συμβαίνει στις γυναίκες της μέσης ηλικίας και συγκεκριμένα στις γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτηριακή περίοδο που αυτό το γεγονός επηρεάζει σημαντικά τον ψυχισμό τους. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να έχουν αποσυρθεί από την

εργασία τους ή έχουν προβλήματα υγείας ή οικονομική δυσχέρεια, με αποτέλεσμα οι κοινωνικές συναναστροφές και οι δραστηριότητές τους να είναι περιορισμένες.

Σε μερικούς που έχουν την ιδιότητα του γονέα, αυτός ο φόβος της απομόνωσης, τους ωθεί σε μια συνειδητή ή υποσυνείδητη προσπάθεια να κρατήσουν κοντά τα παιδιά τους, με πολλούς τρόπους, όπως να μεγαλοποιούν κάποια προβλήματα υγείας, προσπαθώντας να τραβήξουν την προσοχή και το ενδιαφέρον των παιδιών τους. Αν δεν τα καταφέρουν, τότε προσπαθούν να τους δημιουργήσουν ενοχές.

Αυτό συμβαίνει γιατί η μοναξιά και η απόρριψη μεγαλοποιεί τις δυσκολίες και τα προβλήματά τους, διογκώνει τους κινδύνους ή τις πιθανές δυσάρεστες εξελίξεις διαφόρων γεγονότων, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η συναισθηματική τους κατάσταση και υγεία. Συνεπώς, κάποιες καταλαμβάνονται από το συναίσθημα μελαγχολίας με ιδέες αυτοκαταστροφής κι άλλες από άγχος ή φοβίες σε σχέση με το μέλλον, την υγεία και τα υπάρχοντά τους. Βέβαια, υπάρχουν και άτομα που δραστηριοποιούνται προσπαθώντας να ασχοληθούν με κάτι που τους ευχαριστεί.

2. Η «διάλυση» της οικογένειας: Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται συχνά στις γυναίκες μέσης ηλικίας, όταν τα παιδιά τους έχουν μεγαλώσει και έχουν δημιουργήσει τη δική τους οικογένεια (σύνδρομο άδειας φωλιάς). Τότε, η επαφή και η επικοινωνία λιγοστεύει, ιδιαίτερα αν τα παιδιά δεν βρίσκονται στο ίδιο μέρος με τους γονείς.

Επίσης, αν η γυναίκα είναι χήρα ή έχει χωρίσει με τον άντρα της, ή δεν έχει παντρευτεί, τότε δεν υπάρχει κάποιος στο σπίτι για να συζητήσει, να συμμεριστεί τη λύπη ή τη χαρά της, να εκφράσει τα συναισθήματά της, να ακούσει μια γνώμη για κάποιο ζήτημα που την

απασχολεί ή να αντιμετωπίσει κάποιο πιθανό πρόβλημα. Το συναίσθημα της απόρριψης και της μοναξιάς γίνεται έντονο και υπάρχει ανασφάλεια.

3. Η έλλειψη επικοινωνίας: Μπορεί να επιφέρει τη διάλυση μέσα στο ανδρόγυνο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, λόγω προστριβών με αποτέλεσμα να έχουν ψυχρανθεί μεταξύ τους και να έχει δημιουργηθεί χάσμα ανάμεσά τους.

Οι γυναίκες συνήθως το βιώνουν πιο έντονα, όμως αν κινητοποιηθούν και μπορέσουν να δημιουργήσουν ένα φιλικό κύκλο για να επικοινωνούν και να συμερίζονται τα προβλήματά τους, τότε η κατάσταση μπορεί να εξομαλυνθεί.

Υπάρχουν και περιπτώσεις που η έλλειψη επικοινωνίας οφείλεται στην ίδια τη γυναίκα, εξαιτίας κυρίως της αρνητικής εικόνας για τον εαυτό της μειωμένης αυτοεκτίμησης, των αναστολών, της ανασφάλειας και γενικότερα λόγω διάφορων δυσάρεστων γεγονότων που έχει βιώσει στη ζωή της, τα οποία λειτουργούν σαν ανασταλτικοί παράγοντες, γιατί μπορεί να της έχουν αφήσει ανοιχτές «πληγές», δηλαδή «ανοιχτά» θέματα με τον εαυτό της. Συνεπώς, για να υπάρχει επικοινωνία με κάποιο άλλο άτομο, θα πρέπει να λυθούν αυτά τα «ανοιχτά» ζητήματα με τον εαυτό.

4. Ο εγωϊσμός : Έχει επικρατήσει σαν φιλοσοφία ζωής σε μεγάλο αριθμό ατόμων. Μια τέτοια νοοτροπία, όμως, που βάζει το «εγώ» στο κέντρο της συμπεριφοράς και των επιδιώξεων του ανθρώπου, οδηγεί αργά ή γρήγορα στην απόρριψη ή την απομόνωση. Οι γυναίκες που διακατέχονται από εγωισμό κλείνονται στον εαυτό τους εξαιτίας της προσκόλλησής τους σε δικές τους ανάγκες, προβλήματα και στόχους αγνοώντας το περιβάλλον τους.

Αυτή η συμπεριφορά επεκτείνεται στη δουλειά, καθώς και στην οικογένεια, με τρόπο απαιτητικό και επιθετικό, προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι τους, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συγκρούσεις και προστριβές. Έτσι επέρχεται η απομόνωση, αφού η κάθε μια κλείνεται στον εαυτό της και προσπαθεί να λύσει μόνη της τα προβλήματα που την απασχολούν. (Καβάκας, 1988)

iii) Τρόποι αντιμετώπισης Μοναξιάς και Απόρριψης

Ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί η μοναξιά και η απόρριψη είναι πρώτα απ' όλα να τεθούν ορισμένα ερωτήματα στον εαυτό. Τα ερωτήματα είναι απαραίτητα και πολύ χρήσιμη, γιατί όσο πιο σαφή εικόνα υπάρχει για τα αίτια και τις καταστάσεις που προκάλεσαν αυτή την κατάσταση, τόσο πιο εύκολα και αποτελεσματικά θα επέλθει κάποια βελτίωση.

Αφού τεθούν αυτά τα ερωτήματα και καταλάβει η γυναίκα για τον εαυτό της, τότε υπάρχουν κάποιοι τρόποι για την αντιμετώπιση της μοναξιάς ή της απόρριψης, όπου είναι οι εξής:

1) Η ανάπτυξη σχέσεων και επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους :
Είναι ένας πολύ καλός τρόπος αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης. Μπορούμε να το πραγματοποιήσουμε. Ακόμη κι αν η γυναίκα δεν έχει επαφή και επικοινωνία με συγγενείς ή φίλους, υπάρχουν άνθρωποι που θα μπορούσε να ξεκινήσει κάποια σχέση. Μπορεί να βρει κάποιο άλλο άτομο που θα ταιριάζουν με παρόμοιες αρχές, αντιλήψεις και ενδιαφέροντα.

Σε περίπτωση που υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας, ίσως να οφείλεται στην ίδια την γυναίκα και όχι στους άλλους ανθρώπους. Αυτό μπορεί να

συμβαίνει γιατί ίσως η ίδια να μην αισθάνεται έτοιμη να ξεκινήσει μια σχέση για τους δικούς της λόγους. Για παράδειγμα, μπορεί να έχει πληγωθεί στο παρελθόν και να φοβάται να ξεκινήσει μια άλλη σχέση ή να νιώθει αγανάκτηση ή θυμό που άθελά της να εκδηλώνεται στη συμπεριφορά της. Επιπλέον, ο εγωκεντρισμός είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας για την δημιουργία μιας σχέσης.

Μια σχέση θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από:

α) Αμοιβαία καλοπροαίρετη διάθεση : Όταν μια σχέση διακρίνεται από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να διατηρηθεί και από τις δύο πλευρές και να υπάρχει επικοινωνία. Η παραμικρή υποψία για υστεροβουλία επηρεάζει τα άτομα που έχουν σχέση και τα κάνει διστακτικά.

β) Αμοιβαία ειλικρίνεια και ευθύτητα : Είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες, γιατί η έλλειψή τους θα οδηγήσει αργά ή γρήγορα στην ψυχρότητα και ίσως στη λήξη της σχέσης.

γ) Αμοιβαία προσφορά : Για να διατηρηθεί και να εδραιωθεί μια καλή σχέση, πρέπει να υπάρχει συμπαράσταση, κατανόηση και αλληλοεκτίμηση. Όταν ο ένας μόνο προσφέρει και ο άλλος περιορίζεται μόνο στο να λαβαίνει υλικά ή συναισθηματικά, η σχέση αυτή αναπόφευκτα κάποια στιγμή θα φτάσει στη λήξη της, επειδή ο ένας από τους δύο θα κουραστεί να δίνει.

Επιπλέον, για τη δημιουργία μιας σχέσης καλό θα ήταν να κινητοποιηθεί η γυναίκα, εφόσον το επιθυμεί και να μην παραμένει παθητικός δέκτης περιμένοντας από τους άλλους να την πλησιάσουν.

2. Η Απασχόληση : Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών νιώθουν μοναξιά γιατί δεν έχουν κάποια απασχόληση, έτσι βιώνουν εντονότερα τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου. Αντίθετα, όσο πιο απασχολημένες είναι, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να τα βιώσουν έντονα. Επιπλέον, η απασχόληση όχι μόνο εξαφανίζει το συναίσθημα της μοναξιάς, καθώς βοηθάει τη γυναίκα να πιστέψει στην αξία και τις ικανότητές της.(Κλεφτάρας,1998 & Καβάκας,1988)

3. i) Κατάθλιψη

Η κλιμακτήριος συνήθως συμπίπτει με την περίοδο της ζωής της γυναίκας που διαδραματίζονται πολλές και συνήθως σημαντικές αλλαγές. Αυτές είναι μια πιθανή απώλεια των γονιών της, το σύνδρομο της άδειας φωλιάς κατά το οποίο τα παιδιά φεύγουν για να φτιάξουν τη ζωή τους και η συνταξιοδότηση. Αυτές οι αλλαγές συνδυασμένες με τις συνήθειες αλλαγές στο σώμα της, μπορεί να της προκαλέσουν διαταραχή της ψυχικής της ισορροπίας και συνεπώς εμφάνιση κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τον Θ. Ντολαντζά(1998), *«η κατάθλιψη ορίζεται σαν μια συχνή ψυχιατρική ασθένεια, κατά την οποία ο πάσχων χάνει το ενδιαφέρον του για την ζωή και κλείνεται στον εαυτό του»*. Συγκεκριμένα, εάν μια σοβαρή ψυχιατρική νόσος παρουσιάζει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που έχουν προκληθεί από κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες, αυτοί συμβάλλουν στην ενίσχυση της νόσου. Για την αντιμετώπισή της χρειάζεται να γίνει διάγνωση και εν συνεχεία να χορηγηθεί μια θεραπεία.

Ο όρος, όμως, χρησιμοποιείται και στην καθημερινή ζωή, ώστε να περιγραφεί η διάθεση του ατόμου, η οποία μπορεί να διακυμαίνεται από ένα απλό αίσθημα λύπης έως την απέραντη δυστυχία και απογοήτευση. Συνήθως είναι αιτία μιας προσωπικής της απώλειας και δεν παρατηρείται διάρκεια.

Από έρευνες που έχουν γίνει στις γυναίκες, το 20% κάποια στιγμή κατά την διάρκεια της ζωής της, πιθανόν και στην κλιμακτήριο, θα εμφανίσουν συμπτώματα συμβατά με την κατάθλιψη.(stress.gr-κατάθλιψη,05/05)

Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει τη γυναίκα μόνο συναισθηματικά, αλλά επηρεάζει και αρκετούς τομείς της ζωής της όπως:

-Συναισθήματα: Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τον ψυχισμό της, με αποτέλεσμα να έχει κακή διάθεση, να βυθίζεται στην θλίψη και να νιώθει ότι η ζωή της είναι άδεια. Συγκεκριμένα, δεν είναι σε θέση να βιώσει θετικά συναισθήματα, ενώ συχνά παρουσιάζεται ευερέθιστη, ξεσπώντας στα παιδιά της και γενικά στους δικούς της ανθρώπους. Έπειτα, όμως, νιώθει ενοχές για αυτή της την συμπεριφορά με αποτέλεσμα να βυθίζεται από έντονο φόβο και άγχος.

-Σκέψεις: Οι σκέψεις επηρεάζονται, λόγω μείωσης της συγκέντρωσης της γυναίκας ενώ, πιθανόν να παρουσιάσει και διαταραχές στην μνήμη. Συγκεκριμένα, διαπιστώνει ότι έχει την τάση να ξεχνά διάφορα πράγματα, ενώ αντιμετωπίζει δυσκολία στο να εστιάσει την προσοχή της σε κάτι συγκεκριμένο. Επίσης, η γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό της, δηλαδή τον βλέπει κατώτερο ή άχρηστο ενώ δεν πιστεύει σε ένα καλό και ελπιδοφόρο μέλλον.

-Συμπεριφορά: Η συμπεριφορά της γυναίκας αλλάζει, και ασχολείται με λιγότερο θετικές δραστηριότητες ή τείνει προς το να αποσύρεται κοινωνικά. Υπάρχουν φορές που όταν νιώθουν ένταση, δυσκολεύονται να ηρεμήσουν και να χαλαρώσουν και ενδεχομένως να αποκτήσουν τάσεις φυγής.

-Κοινωνικές σχέσεις: Μια καταθλιπτική γυναίκα όσο και να προσπαθεί να δραστηριοποιηθεί κοινωνικά και να κρύψει την κατάστασή της, σχεδόν πάντα είναι κακή παρέα και μπορεί να γίνει ευερέθιστη. Για να μην υποτροπιάσει όμως πρέπει να αποδεχθεί τα συναισθήματά της και να μην νιώθει ντροπή και φόβο.

-Κίνητρα: Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά και τα κίνητρα μιας γυναίκας να δραστηριοποιηθεί. Συνήθως, αισθάνεται αδύναμη και μια γενική απάθεια, χάνοντας το ενδιαφέρον της για δράση. Πιθανόν να νιώσει ότι είναι μάταιο ακόμα και να προσπαθήσει.

-Νοητικές εικόνες: Μια καταθλιπτική γυναίκα, αν της ζητούσαν να περιγράψει ή έστω να ζωγραφίσει την κατάσταση την οποία βιώνει, θα χρησιμοποιούσε σκούρα χρώματα ή θα υποστήριζε ότι είναι εγκλωβισμένη μέσα στο σκοτάδι. (Gilbert, 1999)

ii) Διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης

Παρά το γεγονός, ότι η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια ,η οποία αν και μπορεί να επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, η ανίχνευση και η διάγνωσή της δεν συμβαίνει εγκαίρως ή στον απαιτούμενο βαθμό.

Από έρευνες που πραγματοποιούνται κατά καιρούς, ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών λαμβάνουν την απαραίτητη περίθαλψη. Αυτό κυρίως συμβαίνει, γιατί οι γυναίκες αποφεύγουν να αποταθούν στο γιατρό για βοήθεια, εξαιτίας του φόβου τους για πιθανό κοινωνικό στιγματισμό ή επειδή δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα λόγω ελλιπούς ενημέρωσης.

Επιπλέον μια καταθλιπτική γυναίκα αρνείται να παραδεχτεί την ασθένεια της εξαιτίας του φόβου της για την λήψη φαρμάκων. Θέλει να πιστεύει ότι θα τα καταφέρει μόνη της χωρίς ψυχοφάρμακα, γιατί υπάρχει ενδεχόμενο παρενεργειών κα εξάρτησης. (Guilbert,1999 & Χαρτοκόλλης,1991)

Η κατάθλιψη γενικά συνοδεύεται από αίσθημα μεγάλου ψυχικού πόνου. Συνεπώς, προκαλεί στη γυναίκα δυσκολία να ανταπεξέλθει στις καθημερινές της δραστηριότητες, δημιουργώντας της δυσκολία και στην συμβίωση με άλλα άτομα.

Η διάγνωση ξεκινά εφ' όσον η γυναίκα δεχθεί ότι παρουσιάζει συμπτώματα και συγκεκριμένα, εάν παραδεχθεί ότι δεν αντλεί πλέον

καμιά ικανοποίηση από τη ζωή της. Συνεπώς δεν την ευχαριστούν παλιές αγαπημένες δραστηριότητες και σε συνδυασμό με τις πληροφορίες που έχει συλλέξει ο ιατρός (λήψη ιστορικού) από το οικογενειακό της περιβάλλον, καταλήγει στη διάγνωση. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες γιατί υπάρχουν ασθενείς που έχουν την τάση να υποβαθμίζουν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και να παραπλανούν το γιατρό.(Barlow and Durama, 2002)

Αφού λάβει ο γιατρός το ιστορικό, προχωρά στον σχεδιασμό της θεραπείας, η οποία για να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, πρέπει να είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας και ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Τα φάρμακα πάντα είναι κυρίως αντικαταθλιπτικά, τα οποία προκαλούν σοβαρές παρενέργειες, όπως ζάλη, ελάττωση πίεσης, ανησυχία, ξηρότητα στόματος, δυσκοιλιότητα και καρδιακά προβλήματα.

Αν είναι αποτελεσματική η χορήγηση διαπιστώνεται μέσα σε διάστημα 3-4 εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας και πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον για 6 μήνες, ώστε η ασθενής να μην κινδυνεύει να υποτροπιάσει.(Πιπερόπουλος, 1996))

iii) Συμπτώματα κατάθλιψης

1. Δυσκολία στον ύπνο: Η συνηθέστερη διαταραχή ύπνου είναι η αϋπνία, η οποία παίρνει πολλές μορφές. Αρχικά η γυναίκα εμφανίζει δυσκολία στο να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία). Άλλοτε πάλι κοιμάται, αλλά παρουσιάζει ακανόνιστο ύπνο ή ξυπνά αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας (μέση αϋπνία). Χαρακτηριστικά μια γυναίκα που εμφανίζει κατάθλιψη μπορεί να ξυπνήσει πολύ νωρίς το πρωί, χωρίς να καταφέρει να ξανακοιμηθεί (τελική αϋπνία).

Επιπλέον, υπάρχει και το ενδεχόμενο της υπερυπνίας, που η γυναίκα μπορεί να κοιμάται και περισσότερο από 15 ώρες την ημέρα.(Μάνος,1997 & Κλεφτάρας,1998)

2. Διαταραχή στην όρεξη: Συνήθως, η νόσος αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση μειωμένης όρεξης χωρίς να έχει μεσολαβήσει δίαιτα, έχοντας σαν συνέπεια την απώλεια βάρους. Αυτές οι διατροφικές διαταραχές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο γυναικείο οργανισμό, είτε με την αλλαγή του σωματότυπου είτε όταν απειλείται η ζωή της από την νευρική ανορεξία.

Αντίθετα, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό γυναικών που εμφανίζει υπερκατανάλωση τροφής, κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας. (Μάνος,1997 & Πιπερόπουλος, 1996)

3. Καταθλιπτική διάθεση: Η γυναίκα εμφανίζει διαταραχή στη διάθεση, νιώθοντας πολύ συχνά αίσθημα λύπης και απογοήτευσης. Επιπλέον, η διάθεσή της κυμαίνεται από ήπια μελαγχολία έως βαθιά απελπισία. Η καταθλιπτική γυναίκα νιώθει μόνη σε συνδυασμό με το πιθανό σύνδρομο της άδειας φωλιάς και διακρίνεται από παντελή έλλειψη ελπίδας για την πιθανή αντιμετώπιση της κατάστασής της.

Παράλληλα, στην προσπάθειά της να τα εξωτερικεύσει, ώστε να ανακουφιστεί, ξεσπά σε κλάματα ή προβάλλει αρκετές φορές την άρνηση σαν μηχανισμό άμυνας, ώστε να πείσει τον περίγυρό της ότι νιώθει καλά. (Κλεφτάρας, 1998)

4. Μείωση του ενδιαφέροντος για σεξ- ανηδονία: Είναι σύνηθες το φαινόμενο κατά την κατάθλιψη, η γυναίκα να εμφανίζει μειωμένη σεξουαλική διάθεση (libido), και σε συνδυασμό με την μείωση των ορμονών, έχει σαν αποτέλεσμα να αποφεύγει την ερωτική πράξη

και τον σύντροφό της. (Κλεφτάρας, 1998) Συνεπώς παρουσιάζει ψυχρότητα απέναντί του, καθώς εμφανίζει και ανηδονία, την οποία ο Μάνος την ορίζει ως εξής:

«Απώλεια ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες, αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει αισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό» (Μάνος 1996, σελ. 190).

5. Απώλεια ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης: Αυτή η αίσθηση είναι συχνά ανυπόφορη και τροποποιείται κατά την διάρκεια της μέρας. Χαρακτηριστικά, μπορεί η γυναίκα να νιώσει αίσθημα κατάθλιψης και κόπωση της πρωινές ώρες, ενώ την υπόλοιπη μέρα σταδιακά να βελτιώνεται.

Επιπλέον, οι καταθλιπτικές γυναίκες παρουσιάζουν αίσθημα αδυναμίας, εξάντλησης και πόνους καθώς επίσης αδυνατούν να ολοκληρώσουν όποια δραστηριότητα έχουν ξεκινήσει.(Guilbert, 1999 & Πιπερόπουλος,1996)

6. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης: Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συμπτώματος, είναι η αρνητική αίσθηση και μείωση ευχαρίστησης για συνηθισμένες μικρές καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό συμβαίνει κυρίως, γιατί οι γυναίκες δεν ενεργοποιούνται επιβαρύνοντας επιπλέον την ψυχολογία τους.(Κλεφτάρας, 1998 & Guilbert, 1999)

7. Ιδέες ενοχής και αναξιότητας. Η καταθλιπτική γυναίκα κατηγορεί τον εαυτό της ότι είναι υπαίτια για την τροπή που έχει πάρει η ζωή της και συχνά εκφράζει ενοχικές σκέψεις για αποτυχίες ή λάθη με τρόπο που τείνει προς την υπερβολή. Επίσης κατακλύζεται από το αίσθημα της αναξιότητας και της ανεπάρκειας, έχοντας σαν συνέπεια την εμφάνιση χαμηλής αυτοεκτίμησης.(Μάνος,1997)

8. Αδυναμία συγκέντρωσης: Βιώνοντας το αίσθημα της ανεπάρκειας και έχοντας εμφανίσει χαμηλή αυτοεκτίμηση χάνει την εμπιστοσύνη προς τον εαυτό της. Παράλληλα, χάνει την αποφασιστικότητά της, αδυνατεί να παίρνει αποφάσεις, να συγκεντρώνεται και παραπονιέται για έκπτωση μνήμης. (Ντολατζάς,1998)

« Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά «κολλούν» σε κάποιες σκέψεις, σε σημείο να παρουσιάζουν μερικές φορές ψυχαναγκαστική συμπεριφορά» (Κλεφτάρας, 1998, σελ. 36)

9. Ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές η καταθλιπτική γυναίκα εμφανίζει τάσεις αυτοκτονίας, κυρίως στην περίοδο των 6 με 9 μηνών μετά την συμπτωματική βελτίωσή της, οι οποίες εντείνονται όταν νιώθει ιδιαίτερα απελπισμένη και αβοήθητη. Παράλληλα, έρευνες έχουν αποδείξει ότι περίπου το 15% των καταθλιπτικών θα φτάσουν στην αυτοκτονία.(Μάνος,1997)

10.Σωματικά Συμπτώματα: Πολλές καταθλιπτικές γυναίκες αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος, στους μυς και στη μέση. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν προβλήματα από το γαστρεντερικό (ναυτία, εμετούς, δυσκοιλιότητα) καθώς και δυσκολία στην αναπνοή. Σ' αυτή την περίπτωση, οι εξειδικευμένοι ιατροί που αναλάμβαναν να διαγνώσουν αν όντως τα συμπτώματα υφίστανται για να προχωρήσουν σε κάποια αγωγή, διαπιστώνουν ότι είναι αποτελέσματα άγχους ή κόπωσης (καλυμμένη κατάθλιψη). (Μάνος,1997 &Guilbert, 1999)

iii) Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης

Η γυναίκα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου, διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσει συμπτώματα της νόσου, ιδιαίτερα αν επηρεάζεται από διάφορους γεννητικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, υπάρχει πιθανότητα να διαταραχθεί η ψυχολογική της ισορροπία, εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, γιατί μεγαλώνουν οι πιθανότητες να κληρονομήσει την προδιάθεση εμφάνιση της νόσου.(Guilbert, 1999)

Επιρροή σημαντική ασκούν και οι βιολογικοί παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την αγχώδη τάση της γυναίκας να ενισχύει την ενδεχόμενη κληρονομική προδιάθεση, σε συνδυασμό με την έλλειψη συγκεκριμένων εγκεφαλικών ουσιών (νευροδιαβιβαστές). Συγκεκριμένα, αυτές οι ουσίες επιτρέπουν στα κύτταρα να επικοινωνούν μεταξύ τους. Αυτοί οι νευροδιαβιβαστές είναι η σεροτονίνη, της οποίας η έλλειψη προκαλεί άγχος και διαταραχές ύπνου και η νοραδραλίνη, που σχετίζεται με την πιθανή εμφάνιση κόπωσης και θλίψης.(Κατάθλιψη και γυναίκα.gr,03/05)

Εξίσου σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται και τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή της καταθλιπτικής γυναίκας. Τα πλέον σημαντικά είναι η οποιαδήποτε απώλεια βιώνει. Αυτή μπορεί να είναι είτε ο θάνατος των γονέων, ένα διαζύγιο, η φυγή των παιδιών από την οικογενειακή εστία προς αναζήτηση νέου τρόπου ζωής, ακόμα και η συνταξιοδότησή της.

Συγκεκριμένα, αυτοί οι παράγοντες προκαλούν την εμφάνιση της νόσου, εφόσον συνδυαστούν και με τον τρόπο που η ίδια αντιλαμβάνεται τα πράγματα. Δεν είναι λίγες οι φορές που η γυναίκα μπορεί να μεγαλοποιήσει την κατάσταση και να την παρερμηνεύει με τέτοιο τρόπο που να χάσει τον απόλυτο έλεγχο της ζωής της. Μπορεί να

φτάσει επίσης και στο σημείο να υποταχθεί, χωρίς να μπορέσει να διεκδικήσει κάτι καλύτερο. Ο Μάνος (1997) επισημαίνει ότι «κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική».

iv) Μορφές κατάθλιψης

Υπάρχουν ορισμένες μορφές κατάθλιψης, που μπορεί να παρουσιάσει η γυναίκα στην περίοδο της κλιμακτηρίου και είναι οι εξής:

1) Ενδογενής κατάθλιψη

Είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και έχει πορεία και εξέλιξη, ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Συνεπώς, ορίζεται σαν ένα σύνδρομο που προέρχεται από την ίδια τη γυναίκα. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα. (Χαρτοκόλλης, 1991 & Μάνος, 1997)

2) Αντιδραστική κατάθλιψη

Ορίζεται το σύνδρομο εκείνο, που εκλύεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες παρά βιολογικούς. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και stress της ζωής, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα. (Μάνος, 1997)

3) Ψυχωσική κατάθλιψη

Σύμφωνα, με το DSM-IV, ορίζεται σαν μείζων καθλιπτική διαταραχή, κατά την οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Οι γυναίκες που εμφανίζουν ψυχωτική κατάθλιψη παρουσιάζουν επιπλέον έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο (δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη). (Κλεφτάρας, 1998)

4) Νευρωσική κατάθλιψη

Σύμφωνα, με το DSM-VI, ο όρος αυτός αντικαθίσταται από τον όρο «δυθυμική διαταραχή», κατά την οποία ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος, όμως η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπτεται σε σημαντικό βαθμό. Σύμφωνα, με ορισμένες μελέτες, είναι πιθανό να εμφανιστεί ένας τύπος κατάθλιψης που προέρχεται από οικογενειακό ιστορικό, με αποτέλεσμα την αδυναμία επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων. Αυτό συνεπάγεται τη δημιουργία στρεσογόνων καταστάσεων που θεωρούνται αίτια της κατάθλιψης. (Κλεφτάρας, 1998)

5) Διεγερμένη κατάθλιψη

Είναι η μορφή κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση - υπερβολική, μη παραγωγική και με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητα, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω - κάτω, αναστεναγμούς, βογκητά. (Μάνος, 1997)

6) Επιβραδυμένη κατάθλιψη

Αναφέρεται στην κλινική εικόνα που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση - αργή, χωρίς αυθορμητισμό, σκέψη και δραστηριότητα. (Μάνος, 1997)

7) Πρωτοπαθής κατάθλιψη

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη, η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμό κ.τ.λ.(Κλεφτάρας, 1998)

8) Δευτεροπαθής κατάθλιψη

Θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.(Lempriere and Feline, 1995)

5. i) Συναισθηματική Κατάπτωση

Σε κάθε ηλικία μπορούν να παρατηρηθούν συναισθήματα όπως ένταση, ανησυχία, κατάπτωση, ατονία, ευερέθιστος χαρακτήρας και δάκρυσμα, όπως επίσης αλλαγής στη διάθεση, όμως σπάνια συμβαίνουν ταυτόχρονα ή όσο συχνά συμβαίνουν κατά την διάρκεια της κλιμακτηρίου και κυρίως στην εμμηνόπαυση.

Για πολλές γυναίκες οι αλλαγές της διάθεσης, λόγω της εμμηνόπαυσης είναι απότομες και συχνά ανυπόφορες. Περιγράφουν συνήθως, ότι αισθάνονται διάφορα συναισθήματα όπως τρεμούλιασμα, φτερούγισμα, ανησυχίες και στενοχώρια. Πιο σοβαρό είναι η μεγάλη ανησυχία ή ο πανικός που μπορεί να προκαλέσουν αίσθημα ανικανότητας να αντιμετωπίσουν καταστάσεις, ενώ είναι και συχνές οι αλλαγές διάθεσης, από εξάρσεις απελπισίας και εξάντληση της υπομονής. Έτσι μπορεί να χάνει κάθε ελπίδα για το μέλλον και να παρουσιάζει κατάπτωση.

Το φαινόμενο αυτό, είναι διαφορετικό και συνήθως ακολουθείται από μια ποικιλία πιθανών ενδείξεων κατάπτωσης κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, όπως ακραίες περιπτώσεις διάθεσης στο φαγητό, δηλαδή πολυφαγία ή περίοδοι αρνητικής διάθεσης για φαγητό. Μη φυσιολογικές διαθέσεις ύπνου, όπως συνεχής ύπνος ή αϋπνία. Κατά περίπτωση εμφανίζεται το αίσθημα του λήθαργου ή της υπερκινητικότητας και η ανικανότητα για ικανοποίηση μιας ευχάριστης άλλοτε δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένη και της ερωτικής διάθεσης. Επιπλέον παρατηρείται εξουθενωτική κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, αίσθημα ανικανότητας και έλλειψη αυτοεκτίμησης. Δυσκολία στην απομνημόνευση και τη λήψη αποφάσεων, ενώ, τέλος, μπορεί να

παρατηρηθούν αρνητικές σκέψεις για την ζωή, με αποτέλεσμα να σκέφτονται αρκετά το θάνατο ή μια πιθανή αυτοκτονία.

ii) Τρόποι Αντιμετώπισης

Συμβαίνει συχνά, κατά την διάρκεια της κλιμακτηρίου, να διαταράσσεται η συναισθηματική ισορροπία και να κινδυνεύει να καταστραφεί, η όποια ερωτική και συναισθηματική σχέση της γυναίκας με τον σύντροφό της, κυρίως εξαιτίας των σοβαρών αλλαγών στη διάθεση και πιθανό εκνευρισμό της γυναίκας. Παρ' όλα αυτά μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτός ο κίνδυνος, εφόσον το ζευγάρι έχει τη διάθεση να συνομιλεί συχνά για το θέμα και ο σύντροφος να προσπαθεί να κατανοήσει την κατάσταση και υποστηρίζει ψυχολογικά.

Σε περιπτώσεις, όμως, σοβαρής κατάπτωσης, μια εύκολη αντιμετώπιση συμβαίνει με τις ομάδες αυτοβοήθειας, όπου εκεί η γυναίκα μπορεί να ενταχθεί σε ομάδα που έχει σχέση με το αντίστοιχο πρόβλημα και παρακολουθείται από ειδικό ιατρό ή ψυχολόγο. Μπορεί, επίσης, να γυμνάζεται για 20 με 30 λεπτά, με την οποία αποδεσμεύονται ενδορφίνες, που είναι οπιοειδή του μυαλού, οι οποίες αλλάζουν τη διάθεση και προκαλούν ευεξία, διάρκειας οκτώ ωρών. Η άσκηση μπορεί, επιπλέον, να απαλλάξει τη γυναίκα από τις ξαφνικές έντονες ερυθριάσεις και τις βραδινές εφιδρώσεις, κάτι που βοηθάει, αν αυτά τα στοιχεία είναι η αιτία της κατάπτωσης.

Αυτές οι επιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπιστούν επίσης με ασκήσεις γιόγκα, τεχνικές χαλάρωσης και αυτοσυγκέντρωση σε συνδυασμό με την ψυχική ηρεμία για την καταπολέμηση της ανησυχίας και της έντασης.

Επιπλέον, με θεραπεία HRT η αντιμετώπιση συμπτωμάτων συναισθηματικού χαρακτήρα είναι αποτελεσματική, διότι έρευνες σ' όλο

τον κόσμο απέδειξαν ότι μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην ανησυχία και την κατάπτωση. Η οιστρογόνος ορμόνη βελτιώνει τη διάθεση, με αποτέλεσμα να νιώθει ευεξία η γυναίκα. Παράλληλα η επίδραση της οιστρογόνου ορμόνης είναι ηρεμιστική. Ισοδύναμη με ηρεμιστικά, όμως είναι πιο υγιεινή στην χρήση της.(Stoppard, 2000)

6. i) Απώλεια μνήμης

Οι γυναίκες, κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης αλλά και πριν την εμφάνισή της, μπορεί να εμφανίσουν απώλεια μνήμης. Αυτό το σύμπτωμα είναι ένα από τα πλέον συνήθη και προκαλεί στη γυναικεία δυσαρέσκεια. Οι γυναίκες σε αυτή την περίοδο της ζωής τους, μπορεί να έχουν απώλεια μνήμης για απλές, καθημερινές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα που έχουν τοποθετήσει ένα αντικείμενο ή να έχουν ξεχάσει κάποια προγραμματισμένη συνάντηση. Τέτοιες δραστηριότητες, που παλαιότερα γίνονταν αυτομάτως και χωρίς ιδιαίτερη σκέψη, τώρα απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια για την πραγματοποίησή τους.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η απώλεια μνήμης συνδυάζεται και με την έλλειψη ικανότητας για συγκέντρωση. Όλα αυτά τα προβλήματα μπορεί να δυσχεράνουν την εργασία της γυναίκας που απαιτεί πολύπλοκες διαδικασίες και μεγάλες αποφάσεις. Ακόμα και οι μικρές αποφάσεις μπορούν ορισμένες φορές να τις παραλύουν.

ii) Παράγοντες που επηρεάζουν την μνήμη

Για να υπάρξει μνήμη και να αποθηκευθεί μια πληροφορία στον εγκέφαλο είναι επιβεβλημένο να τύχει της απαιτούμενης προσοχής της γυναίκας. Αυτό όμως το στάδιο της καταγραφής επηρεάζεται από μια ποικιλία παραγόντων, οι οποίοι συνίστανται στους εξής:

-Ψυχική διάθεση: Επηρεάζονται αρνητικά οι αγχώδεις και καταθλιπτικές γυναίκες, οι οποίες κατακλύζονται από μια πληθώρα συναισθημάτων και σκέψεων, που δεν τους επιτρέπουν να δώσουν την απαιτούμενη προσοχή σε μια νέα πληροφορία και να την αποθηκεύσουν.

-Υπερφόρτωση: Μία πολυάσχολη γυναίκα συχνά διαπιστώνει ότι έχει δεχθεί τόσες πολλές πληροφορίες που την καθιστούν αδύναμη στο να θυμηθεί ακόμα και τα πιο απλά πράγματα. Αυτό, συμβαίνει εξαιτίας την υπερφόρτωσης που έχει υποστεί, συνεπώς έχει μειωθεί η ικανότητά της να καταγράφει νέες πληροφορίες.

-Ασθένεια: Οι σωματικές ασθένειες είναι υπαίτιες για την εμφάνιση απώλειας της μνήμης. Οι πιο γνωστές, είναι οι χρόνιες παθήσεις, αυτές της στεφανιαίας νόσου και του διαβήτη.

-Σωματική μειονεξία: Για να υπάρξει σωστή λήψη και καταγραφή πληροφοριών πρέπει να λειτουργούν σωστά οι δύο βασικές δίοδοι, η ακοή και η όραση. Συνεπώς, όταν είναι προβληματικές, εμφανίζεται και απώλεια μνήμης.(Γκειλ,2000)

ii) Τρόποι αντιμετώπισης

Οι περισσότερες πνευματικές ικανότητες βελτιώνονται μόλις αρχίσει η θεραπεία HRT, που βοηθά όλες τις γυναίκες που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα, να αισθάνονται ακόμα πιο σίγουρες για τον εαυτό τους σχετικά με λήψη αποφάσεων, με μεγαλύτερες δυνατότητες αυτοσυγκέντρωσης και με μικρότερη απώλεια μνήμης.

Από έρευνες, γνωρίζουμε ότι το φυσιολογικό επίπεδο οιστρογόνου ορμόνης είναι εκείνο που συντελεί στη διατήρηση της μνήμης. Η ορμόνη αυτή ασκεί σημαντική επίδραση στη διαδικασία απομνημόνευσης και επεξεργασία των πληροφοριών. Βελτιώνει τη μνήμη και τον τρόπο αποθήκευσης των πληροφοριών, καθώς επίσης επιτρέπει να χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες με μεγάλη ευελιξία, έτσι ώστε να αντιδρά η γυναίκα λογικά στις διάφορες καταστάσεις, αντί να εμφανίζεται αμετακίνητη στη θέση της και να είναι ανυπόμονη.

Βέβαια, εκτός από την θεραπεία HRT (ορμονική υποκατάσταση), μια γυναίκα που ασχολείται με τα οικιακά, μπορεί μέσω μιας ποικιλίας προγραμμάτων που προσφέρουν τα νυχτερινά σχολεία και να αντιμετωπίσει τους πιθανούς της φόβους για το ότι δεν είναι πλέον δυνατόν να βρει κάποια εργασία σε αυτή την ηλικία. Παράλληλα, ακολουθώντας αυτά τα προγράμματα, μπορεί να αποκτήσει αλλά και να διατηρήσει την πνευματική της ευεξία. (Stoppard, 2000)

Επιπλέον, υπάρχουν και περαιτέρω τρόποι αντιμετώπισης υαυτού του προβλήματος. Αρχικά, η ειλικρίνεια και η παραδοχή ότι η μνήμη εξασθενεί, θα βοηθήσει την γυναίκα να αποδεχτεί την κατάστασή της. Βοηθητικό θα αποδειχτεί, αν η ίδια επιδιώξει να συζητήσει το πρόβλημα της με τους δικούς της ανθρώπους, που θα την βοηθήσουν να ανακουφιστεί. (Μάρτιν και Γκέιλ, 2000)

7. i) Προσωπικότητα - Ορισμοί

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο, «το νευρικό σύστημα του ανθρώπου έχει την ικανότητα να καταγραφεί, αποθηκεύει και συνθέτει τις εμπειρίες του ατόμου, έτσι ώστε να παράγονται τα πιο αποτελεσματικά για την προσαρμογή σχήματα συμπεριφοράς. Με την πάροδο του χρόνου και κάτω από την επίδραση των εμπειριών που προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον, αναπτύσσεται ένα σύστημα βασικά σταθερών διαθέσεων, τάσεων, πεποιθήσεων, επιθυμιών, αξιών και σχημάτων προσαρμογής που χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο άτομο και του δίνουν τη μοναδικότητά του. Το διακριτό αυτό όλο, που αποτελείται από σχετικά μόνιμες τάσεις και σχήματα συμπεριφοράς ενός ατόμου, το ονομάζουμε προσωπικότητα» (Μάνος, 1997, σελ. 47).

Ο όρος προσωπικότητα χρησιμοποιείται πολύ συχνά και με διαφορετικό περιεχόμενο για μια ποικιλία εκδηλώσεων και καταστάσεων του ανθρώπου. Η προσωπικότητα είναι μοναδική και χαρακτηρίζει κάθε άτομο.

Εκτός από την καθημερινή χρήση του όρου, υπάρχει και η επιστημονική προσέγγιση. Όμως δεν υπάρχει ομοφωνία απόψεων για τον ορισμό της προσωπικότητας. Έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί προσωπικότητας, εδώ όμως θα αναφερθούν μερικοί από αυτούς. (Σαλτζμπέργκερ-Ουίτενμπεργκ, 1995)

Ο Gordon Allport ορίζει την προσωπικότητα ως εξής:

«τη δυναμική οργάνωση στο άτομο εκείνο των ψυχοφυσικών συστημάτων, που καθορίζουν τη χαρακτηριστική (μοναδική) συμπεριφορά στη σκέψη του» (Τσιμπούκη, 1980, σ. 22)

Σε αντίθεση με τον Allport, οι Hall και Lindzey υποστηρίζουν πως:

«δεν υπάρχει ουσιαστικά ορισμός της προσωπικότητας, που να μπορεί να ισχύσει γενικά και προτείνουν να ορίζεται με βάση τις συγκεκριμένες έννοιες της θεωρίας που υιοθετεί ο παρατηρητής, γιατί η προσωπικότητα αποτελείται από ένα σύνολο αξιών και περιγραφικών ορίων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το άτομο που μελετούμε, σύμφωνα με τις μεταβλητές ή τις διαστάσεις, που κατέχουν μια κεντρική θέση στη συγκεκριμένη θεωρία που χρησιμοποιείται». (Τσιμπούκη,1980, σελ. 22).

Ο κ. Ιωάννης Παρασκευόπουλος υποστηρίζει ότι ο όρος «προσωπικότητα» σημαίνει:

«Το σύνολο των σωματοψυχικών χαρακτηριστικών του ατόμου και κυρίως τον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο τα χαρακτηριστικά αυτά συνδέονται και οργανώνονται σε ένα ενιαίο σύνολο. Ο όρος δηλαδή χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η δυναμική οργάνωση του συνόλου των σωματικών χαρακτηριστικών, των αντιληπτικών και νοητικών ικανοτήτων, της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας της βουλήσεως και του χαρακτήρα του ατόμου». (Παρασκευόπουλος, σελ. 113).

Τέλος, ο Ποταμιάνος (1999) αναφέρει την προσωπικότητα :

«Η Προσωπικότητα αντιπροσωπεύε εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καλύπτουν σταθερά σχήματα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφοράς»

Η ανάπτυξη της προσωπικότητας, αν θα είναι αρμονική και φυσιολογική ή αν θα παρουσιάσει παρεκκλίσεις και διαταραχές, καθορίζεται από πολύπλοκους γενετικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που λειτουργούν σ' όλα αυτά τα στάδια.

Θεωρείται ότι υφίσταται διαταραχή προσωπικότητας, όταν τα στοιχεία της προσωπικότητας είναι δυσπροσαρμοστικά, είτε σημαντικής

έκπτωσης της λειτουργικότητας, είτε υποκειμενική έντονη ενόχληση (Μάνος, 1997).

ii) Ποιος ο λόγος της διαφορετικής αντιμετώπισης της κάθε γυναίκας, όταν επέρχεται κλιμακτήριος

Η κάθε γυναίκα αντιμετωπίζει διαφορετικά την κλιμακτήριο. Αυτό οφείλεται στη μοναδική και αυθύπαρκτη προσωπικότητά της, η οποία διακρίνεται σε πέντε κατηγορίες:

i) **Ιδιοσυγκρασία:** Περιέχει κυρίως διαστάσεις, όπως χαρούμενη, ενεργητική, ευέξαπτη, εσωστρεφής, δεσποτική και τα αντίθετά τους, ενώ επίσης καθορίζει την χαρακτηριστική διάθεση του ατόμου, το επίπεδο της ενέργειας και την ικανότητα ερεθιστικότητας.

ii) **Χαρακτήρας:** Περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως τιμιότητα, ευγένεια, συνεργασία κ.α.

iii) **Ενδιαφέροντα:** Αναφέρονται κυρίως οι κλίσεις και οι αναζητήσεις της γυναίκας, καθώς επίσης και στη συμμετοχή της σε ορισμένες δραστηριότητες.

v) **Στάσεις:** Σχετίζονται με την αποδοχή ή την απόρριψη ομάδων, ιδεών ή κοινωνικών συστημάτων από τη γυναίκα (Τσιμπούκης, 1980).

Συμπερασματικά, ανάλογα με τα 5 παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση της εμμηνόπαυσης από τις ίδιες τις γυναίκες που τη βιώνουν. Παράλληλα, πολύ σημαντικό

ρόλο διαδραματίζουν και οι μηχανισμοί άμυνας που προβάλλει η γυναίκα όταν επέρχεται η εμμηνόπαυση.

Η λειτουργία αυτών των μηχανισμών άμυνας είναι η ανακούφιση από την εσωτερική ένταση και η προφύλαξη από επώδυνες εμπειρίες. Μερικοί μηχανισμοί λειτουργούν συνειδητά, άλλοι (οι περισσότεροι) λειτουργούν ασυνείδητα. (Ποταμιάνος, 1999)

«Οι ψυχικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούμε ασυνείδητα για να ανακουφίσουμε το άγχος και να διευθετήσουμε τις συγκρούσεις μας, λέγονται αμυντικοί μηχανισμοί». (Μάνος, 1997,σελ. 38).

Κάθε άτομο μπορεί να χρησιμοποιεί κάποια είδη μηχανισμών, εφόσον υπάρχει πληθώρα αμυντικών μηχανισμών.

«Όσο πιο φυσιολογικό είναι το άτομο τόσο λιγότερες είναι οι ασυνείδητες συγκρούσεις της παιδικής του ηλικίας που δεν έχουν λυθεί, οπότε και μικρότερη η ανάγκη για κινητοποίηση αμυντικών μηχανισμών. Όσο πιο νευρωτικό ή διαταραγμένο στην προσωπικότητά του, τόσο υπάρχουν άλυτες ασυνείδητες συγκρούσεις, που συνεχώς κινητοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς, που δημιουργούν συμπτώματα και έκπτωση της διαπροσωπικής ή κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου» (Μάνος, 1997,σελ. 38).

Συγκεκριμένα οι μηχανισμοί που σχετίζονται με τη γυναίκα την περίοδο της εμμηνόπαυσης, είναι κυρίως:

Άρνηση: *«Είναι ο αμυντικός μηχανισμός που λειτουργεί ασυνείδητα και με τον οποίο το άτομο αρνείται την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων της εξωτερικής κυρίως πραγματικότητας»* (Μάνος, 1997,σελ. 39).

Συγκεκριμένα, η γυναίκα μπορεί να χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της άρνησης, όταν συνειδητοποιεί ότι επέρχεται η εμμηνόπαυση, γεγονός φυσιολογικό και αναπόφευκτο. Αυτό συμβαίνει, επειδή η εμμηνόπαυση αντιπροσωπεύει την ώριμη ηλικία, στην οποία η γυναίκα έχει πια

εισέλθει. Μια πραγματικότητα που αρνείται κατηγορηματικά να αποδεχθεί. Το ίδιο συμβαίνει με τον μηχανισμό της απώθησης, με την διαφορά ότι το ίδιο γεγονός, το απωθεί η γυναίκα στο υποσυνείδητο.

Εξιδανίκευση: Η εμμηνόπαυσιακή γυναίκα μπορεί να χρησιμοποιεί τον αμυντικό μηχανισμό της εξιδανίκευσης, υπερεκτιμώντας τα χρόνια της νιότης, συγκριτικά με τα χρόνια που ήδη διανύει στο παρόν.

Χιούμορ: Ο μηχανισμός αυτός επιτρέπει την έκφραση αγχογόνων συναισθημάτων, εστιάζοντας στην αστεία ή ειρωνική πλευρά τους. Έτσι λοιπόν, μερικές γυναίκες αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση με χιούμορ, γεγονός που δηλώνει ότι διακρίνονται από υψηλή ψυχολογική ωριμότητα.(Katchadourian, 1993)

Αλtruισμός: Αυτός ο μηχανισμός άμυνας αντιπροσωπεύει άτομα με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ωριμότητας και τον χρησιμοποιούν συχνά οι γυναίκες σε αυτή την ηλικία. Είναι η προσφορά υπηρεσιών προς τους άλλους με την μορφή φιλανθρωπίας ή και άλλων κοινωνικών δραστηριοτήτων, που έχουν σαν αποτέλεσμα να ικανοποιούν άμεσα ή έμμεσα την ίδια την γυναίκα αλλά και τις επιθυμίες των άλλων.(Μάνος, 1997& Katchadourian,1993)

Εκλογίκευση: Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται από την γυναίκα , προσπαθώντας να εξηγήσει στον εαυτό της ή στους άλλους λογικοφανείς ή ηθικά αποδεκτές επιθυμίες, πράξεις και συναισθήματα, των οποίων τα αληθινά κίνητρα δεν είναι φανερά. (Ποταμιάνος,2002)

Απόθηση, ορίζεται ως : «Μηχανισμός, ο οποίος αναφέρεται στην προσπάθεια του Εγώ να απωθεί προς το ασυνείδητο ή να διατηρήσει

σε αυτό τις επιθυμητές ενορμητικές τάσεις, καθώς και τις συνδεδεμένες με αυτές σκέψεις, εικόνες και αναμνήσεις» (Ποταμιάνος, 1999, σελ. 110)

Οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να χρησιμοποιούν και άλλους μηχανισμούς άμυνας αλλά παραπάνω αναφέρθηκαν ενδεικτικά, όσοι παρουσιάζονται συχνότερα.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Πλάτωνα, πριν από 2000 χρόνια:

«Ο άνθρωπος εκείνος που διαθέτει ήρεμη και ευχάριστη φύση, δύσκολα θα νιώσει το βάρος της ηλικίας, αλλά για εκείνον που έχει ακριβώς αντίθετο χαρακτήρα, η νιότη και το γήρας αποτελούν εξίσου δύσκολες περιόδους». (Katchadourian, 1993, σελ. 164)

iii) Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της κλιμακτηρίου από τη γυναίκα

Βασική προϋπόθεση για να αναπτυχθεί μια καλή και ουσιαστική σχέση του Κοινωνικού Λειτουργού με τη γυναίκα που βρίσκεται στην κλιμακτήριο, είναι η δημιουργία κατάλληλου συναισθηματικού και φυσικού περιβάλλοντος.

Το συναισθηματικό περιβάλλον δημιουργείται κυρίως από τη στάση του Κοινωνικού Λειτουργού προς τη γυναίκα, που με αυτόν τον τρόπο, της δίνεται η ευκαιρία να μιλήσει για την κατάσταση την οποία βιώνει.

Καθώς λοιπόν η ίδια μοιράζεται κάποιο μέρος του προβλήματός της και καθώς ο Κοινωνικός Λειτουργός αποδεικνύει ότι αισθάνεται «μαζί» της, αρχίζει μια ουσιαστική σχέση ανάμεσά τους, πιστοποιώντας έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός ότι έχει την επαγγελματική ικανότητα να χειριστεί το πρόβλημά της.

Αρχικά, οι στόχοι που πρέπει να τεθούν από τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι:

α) Διευκρίνιση του στόχου της συνέντευξης, ο οποίος πρέπει να είναι ξεκάθαρος και κατανοητός και από τα δύο μέρη.

β) Διευκρίνιση του ρόλου του, με σκοπό την κάλυψη αποριών της γυναίκας και αποφυγή ταύτισης προσώπου και ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού, ιδιαίτερα σε άτομα αγχώδη και ανασφαλή που επιδιώκουν εξοικείωση με τον ίδιο Κ.Λ. πέρα από τα στενά, επαγγελματικά όρια.

γ) Επανατροφοδότηση συναισθημάτων σε σχέση με το στόχο της συνέντευξης και το ρόλο του Κ.Λ. (Δημοπούλου - Λαγωνικά, ΚΕΑ, 1998 -99).

Στη συνέχεια, οι θεραπευτικοί στόχοι του Κοινωνικού Λειτουργού - πελάτη είναι:

- i.εξομάλυνση του προβλήματος
- ii.επίλυση ενός μέρους ή ολόκληρου του προβλήματος
- iii.αναδιάρθρωση των διαθέσεων της γυναίκας σε σχέση με το πρόβλημα ώστε να μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτό με επάρκεια.

(Καλλιόπη Παπαϊωάννου, Κλινική Κοινωνική Εργασία με Άτομα, 1998).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός με την στάση του και την συμπεριφορά του πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη της γυναίκας, ώστε η ίδια να οδηγηθεί στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με στήριξη, κατανόηση, ανεκτικότητα από την πλευρά του Κοινωνικού Λειτουργού, κρατώντας μη κριτική στάση (αποφυγή ετικετοποίησης) και έχοντας πάντα ο ίδιος αυτογνωσία, χωρίς να ξεχνά, βέβαια, ότι οφείλει να είναι απαλλαγμένος από τυχόν προκαταλήψεις.

Με αυτό τον τρόπο, λοιπόν, θα πετύχει την αυτοβοήθεια η γυναίκα και την μείωση των πιθανών μηχανισμών άμυνας της. Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός, θα προσπαθήσει να την βοηθήσει να συμβιβαστεί με την πραγματικότητα που βιώνει, δηλαδή την εμμηνόπαυση και τα πιθανά προβλήματα που επιφέρει π.χ. καρκίνοι, οστεοπόρωση, κ.ά.

Παράλληλα, πρέπει να αναφερθεί και η αυτοεπίγνωση που πρέπει να διακρίνει έναν Κοινωνικό Λειτουργό, δηλαδή να γνωρίζει και να κατανοεί τον εαυτό του, τα κίνητρά του και τις παρορμήσεις του. Συνεπώς,

«είναι απαραίτητη η γνώση του εαυτού για να είναι δυνατή η αποδοχή του άλλου» (ΚΕΑ, σελ. 144).

Η κρίση και η αυτοεπίγνωση αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ηθική της σχέσης που δημιουργείται με το άτομο - πελάτη και αποτελεί την ουσία της θεραπευτικής στην Κ.Ε.Α. (Κοινωνική Εργασία με Άτομα).

«Η ανοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς προϋποθέτει όχι μόνο θερμό ενδιαφέρον και αγάπη για τον άνθρωπο και τις ικανότητες, αλλά ακόμη και την αυτοεπίγνωση που αποκτιέται σιγά - σιγά καθώς ο Κοινωνικός Λειτουργός μαθαίνει να ελέγχει και να βάζει στο περιθώριο τις δικές του άμυνες και προκαταλήψεις» (ΚΕΑ, σελ. 145).

Αυτό όμως, δεν σημαίνει ότι εγκαταλείπει τις δικές του αξίες, αλλά προσπαθεί να κατανοήσει συναισθήματα που δεν είναι δικά του αλλά του ατόμου - πελάτη.

Συνεπώς, με την κατανόηση της δυναμικής του εαυτού του, μπορεί να εγκαταλείψει τις άμυνές του, να αναγνωρίσει τους δικούς του τρόπους συμπεριφοράς και αποκτήσει αντικειμενική κρίση και αυτοέλεγχο.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να προσέξει ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση.

Συναισθηματική μεταβίβαση είναι όταν ο πελάτης αντιδρά με ακατάλληλους τρόπους, με υπερβολικά ή παραμορφωμένα συναισθήματα σε ό,τι καλείται να αντιμετωπίσει. Η αιτία της κατάστασης αυτής, είναι παλιές απωθημένες εμπειρίες συγκρούσεων που ζωντανεύουν στο παρόν.

«Η έννοια της μεταβίβασης έκανε τον Freud και άλλους εκπροσώπους της ψυχαναλυτικής σχολής:

α) να κατανοήσουν παλιές συγκρούσεις των ασθενών τους

β) να είναι σε θέση να τις τροποποιήσουν

γ) να μπορούν να ανασυνθέσουν το παρελθόν του ψυχαναλυόμενου»

(ΚΕΑ, σελ.146)

Αντιμεταβίβαση:

«Η απόδοση στο άτομο - ασθενή από τον θεραπευτή, γνωρισμάτων - πηγών, συναισθημάτων που είναι δικά του, του θεραπευτή. Έτσι προχωρεί σε λανθασμένες εκτιμήσεις, οπότε αδυνατεί να προσφέρει τη βοήθειά του. Άλλοτε πάλι αναγνωρίζει ότι είναι έρμαιο της αντιμεταβίβασης. Είναι τόσο πεισμένος που πάλι η βοήθειά του είναι αδύνατη». (ΚΕΑ, σελ. 147).

Έτσι λοιπόν, μειώνεται η αντιληπτική του ικανότητα και εμπλέκεται προσωπικά, χωρίς να μπορέσει να βοηθήσει την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

Συνεπώς, ο Κοινωνικός Λειτουργός, καλείται να κινητοποιήσει το δυναμικό του ατόμου - πελάτη, να του δώσει κίνητρα για να χρησιμοποιήσει προσωπικά και κοινωνικά αποθέματα και να κάνει χρήση των πηγών του περιβάλλοντός του, ενώ αντιμετωπίζει με επιτυχία τις δυσκολίες του και πετυχαίνει λύσεις που του «ταιριάζουν» (ΚΕΑ, σελ. 150).

«Τέλος, γνωρίζοντας τους όρους συναισθηματική μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση, ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται να γνωρίζει ότι η αναγνώριση της υποκειμενικότητάς του αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατάκτηση της αντικειμενικότητας».



* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ *

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ

1. i) ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μια οδυνηρή ασθένεια που προκαλεί παράλυση και προσβάλλει 150 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Εμφανίζεται σε άτομα άνω των 50 ετών, όμως τον μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν κυρίως οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (μετεμμηνόπαυσιακή οστεοπόρωση). Περισσότερες από τις μισές γυναίκες άνω των 50 ετών θα υποστούν οστεοπορωτικό κάταγμα. Αντίθετα, σε ηλικία άνω των 70-75 ετών είναι το ίδιο συχνή τόσο στις γυναίκες όσο και στους άντρες (γεροντική οστεοπόρωση). Η ασθένεια αυτή, εμφανίζεται πιο συχνά από τον καρκίνο του στήθους, τα καρδιακά συμπτώματα ή το διαβήτη. Στα αρχικά της στάδια δεν έχει εμφανή συμπτώματα, γι' αυτό χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς ως «σιωπηλή επιδημία» και πολλές γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από αυτήν. Επειδή οι γυναίκες θα περάσουν το 1/3 της ζωής τους μετά την εμμηνόπαυση είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζουν τα σχετικά για την ασθένεια, ώστε να διατηρήσουν την ποιότητα της ζωής τους. (Stoppard, 2000 & Αυγουστής, 2002)

«Η λέξη «οστεοπόρωση» είναι ελληνική και σημαίνει την κατάσταση κατά την οποία το οστό γεμίζει τρύπες. Η επιστημονική ερμηνεία της οστεοπόρωσης είναι μια κατάσταση “όπου υπάρχουν λιγότερα φυσιολογικά οστά απ’ ό,τι αναμένεται για τη συγκεκριμένη ηλικία κάποιας γυναίκας, με αυξημένο κίνδυνο τα οστά αυτά να σπάσουν”. Εν τούτοις, ορισμένοι ειδικοί περιορίζουν την έννοια

«οστεοπόρωση» στην περιγραφή της μικρής πυκνότητας των οστών, τα οποία έχουν υποστεί θραύση, ενώ χρησιμοποιούν τον όρο «οστεοπενία» για να περιγράψουν τα χαμηλής πυκνότητας οστά, που όμως δεν έχουν υποστεί θραύσεις».(Stoppard, 2000, σελ. 66)

ii) Πώς και γιατί συμβαίνει οστεοπόρωση

Τα οστά μας είναι ζωντανοί ιστοί που περιλαμβάνουν αγγεία και νεύρα και ένα αποτελεσματικό σύστημα επιδιόρθωσης και συντήρησης. Υπάρχουν ειδικά κύτταρα που προκαλούν την καταστροφή των οστών, οι οστεοκλάστες και άλλα που ανανεώνουν και δημιουργούν καινούρια οστά, οι οστεοβλάστες. Η δραστηριότητα αυτών των κυττάρων ελέγχεται από τις ορμόνες. Σημαντικό ρόλο παίζει η οιστρογόνας, η οποία συντελεί στην αύξηση του ρυθμού επιδιόρθωσης και ανανέωσης οστών.

Μέχρι την ηλικία των 20-25 ετών, ο οργανισμός καθημερινά δημιουργεί λίγη παραπάνω ποσότητα οστού (οστική μάζα) απ' αυτή που καθημερινά καταστρέφει. Συνεπώς γύρω στα 25 χρόνια έχει αποκτηθεί η μεγαλύτερη οστική μάζα, την οποία ονομάζουμε «κορυφαία οστική πυκνότητα» και παίζει καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση ή μη της οστεοπόρωσης.(Κόμπστον,2000 & Αλειφερόπουλος,2000)

Από την ηλικία των 25 μέχρι τα 50, δηλαδή μέχρι την εμμηνόπαυση, για τις γυναίκες ο οργανισμός διατηρεί σχεδόν σταθερή την οστική μάζα του σκελετού. Όμως, από την ηλικία των 50 ετών, δηλαδή από την εμμηνόπαυση και έπειτα, χάνεται μια μικρή ποσότητα από την οστική μάζα, επειδή ο οργανισμός δεν δύναται να αναπληρώσει όλη την οστική μάζα που καταστρέφει. Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται ένα έλλειμμα στην ισορροπία του οστικού μεταβολισμού. Η ποσότητα της οστικής μάζας

που χάνεται κάθε χρόνο είναι περίπου 1 έως 2%. Όταν μια γυναίκα φτάσει τα 80, θα έχει χάσει το 40% της συνολικής μάζας των οστών της.

Υπάρχει, όμως, μια κατηγορία γυναικών (25-30%) όπου στα 5-10 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση χάνουν 5-8% οστική μάζα κάθε χρόνο. Ο ρυθμός αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος του φυσιολογικού και αν σ' αυτές τις γυναίκες δεν δημιουργήθηκε υψηλή κορυφαία οστική πυκνότητα, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν οστεοπόρωση. Στις γυναίκες, όταν βρίσκονται στην ηλικία της εμμηνόπαυσης και αργότερα που υπάρχει έλλειψη οιστρογόνων ορμονών, έχει ως αποτέλεσμα η μεγάλη απώλεια της οστικής μάζας. Έτσι τα οστά των οστεοπορωτικών γυναικών εμφανίζουν λεπτές τρύπες, χάνουν το εύρος και την πυκνότητά τους και μετατρέπονται σε εύθραυστα.(Stoppard,2000)

Συνεπώς, σ' αυτή την περίοδο η οστεοπόρωση είναι ένα συχνό φαινόμενο, δηλαδή μια στις τρεις γυναίκες θα εκδηλώσουν οστεοπόρωση μετά τα 60, ενώ μια στις τέσσερις θα παρουσιάσουν οστεοπορωτικά κατάγματα.(Αλειφερόπουλος,2000)

iii) Συμπτώματα οστεοπόρωσης

Στις μισές περίπου γυναίκες δεν εμφανίζεται κανένα σύμπτωμα, γι' αυτό η έγκαιρη διάγνωση των αλλαγών στη δομή των οστών είναι απαραίτητη. Από την έγκαιρη διάγνωση εξαρτάται η επιτυχής θεραπεία και η πιθανή αποφυγή της οστεοπόρωσης, καθώς διαγιγνώσκεται μόνο με ειδικές εξετάσεις (μέτρηση οστικής μάζας). Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αξιολόγησης της οστικής μάζας και το σπινθηρογράφημα θεωρείται ως ο καλύτερος δείκτης καταγραφής καταγμάτων.(Αλειφερόπουλος,2000)

Τα κατάγματα είναι ένα από τα συμπτώματα της οστεοπόρωσης. Εάν μια γυναίκα, η οποία είναι άνω των 40 ετών, υποστεί κάταγμα στον καρπό ή στους γοφούς ύστερα από μικρό πέσιμο, τότε πιθανότατα θα παρουσιάσει μελλοντικά οστεοπόρωση. Τα κατάγματα των γοφών και τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης είναι από τα πιο σοβαρά, διότι έχουν οδυνηρούς πόνους και μπορούν να βλάψουν σοβαρά την κινητικότητα.

Άλλα συμπτώματα της οστεοπόρωσης είναι οι πόνοι, η δύσπνοια, η δυσπεψία και η ακράτεια. Επιπλέον, ο συνεχής πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης μπορεί να είναι ένδειξη οστεοπόρωσης, καθώς η εύκολη κόπωση στην πλάτη, η κύρτωσή της και η ελάττωση του ύψους. (Κόμπσον, 2000)

iv) Παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εκδήλωση της οστεοπόρωσης

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εκδήλωση της οστεοπόρωσης, οι οποίοι είναι:

1. Αύξηση ορίου ζωής
2. Πρόωρη εμμηνόπαυση: όσο νωρίτερα επέλθει η εμμηνόπαυση τόσο πιο άμεση συνέπεια θα έχει η ανεπάρκεια οιστρογόνου ορμόνης. Η Εθνική Εταιρία Οστεοπόρωσης αναφέρει ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών, από 60 έως 69 ετών που πάσχουν από οστεοπόρωση, είχαν πρόωρα εμμηνόπαυση. Παράλληλα, ένας τρόπος αντιμετώπισης που προτείνεται από τους ιατρούς, είναι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT).
3. Μικρή πυκνότητα οστών: Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, μέχρι την ηλικία των 20-25 τα οστά

μεγαλώνουν σε μέγεθος ώσπου να φτάσουν στην ανώτατη μάζα η πυκνότητά τους, δηλαδή την «κορυφαία ωστική πυκνότητα». Είναι σημαντικό και καθοριστικό γιατί, εάν η ανώτατη τιμή μάζας των οστών είναι χαμηλή, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης της οστεοπόρωσης μετά την εμμηνόπαυση.

4. Αμηνόρροια (μη ύπαρξη περιόδου): μπορεί να είναι υπαίτια για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει χαμηλό επίπεδο οιστρογόνου ορμόνης. Συγκεκριμένα δύο κατηγορίες γυναικών βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, αυτές με νευρική ανορεξία που υποσιτίζονται και αυτές που αθλούνται τηρώντας αυστηρό διαιτολόγιο. Συνεπώς, ο οργανισμός τους διακόπτει την παραγωγή οιστρογόνου ορμόνης, λόγω των μικρών ποσοτήτων τροφών.(Λυρίτης,1996 & Ντολατζάς,1998)
5. Υπερθυρεοειδισμός: οι γυναίκες που έχουν έναν υπερλειτουργούντα θυρεοειδή αδένα ή μεγάλη δόση θυροξίνης για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας του θυροειδή, εμφανίζουν κίνδυνο εμφάνισης της οστεοπόρωσης. Οι γυναίκες που κάνουν υπερβολική χρήση θυροξίνης μπορεί να χάσουν επτά φορές περισσότερη μάζα οστών σε σχέση με μια φυσιολογική φθορά. (Αλειφερόπουλος,2000)
6. Υστερεκτομή και χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών: Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης των ωοθηκών, παρουσιάζουν συμπτώματα οστεοπόρωσης μέσα σε τέσσερα χρόνια, αν δεν χορηγηθεί HRT. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ωοθήκες είναι η βασική πηγή παραγωγής οιστρογόνου ορμόνης και η αφαίρεσή τους

οδηγεί ε απώλεια οστικής μάζας. Αλλά και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή χωρίς αφαίρεση ωοθηκών είναι πιο ευάλωτες στην απώλεια οστικής μάζας από τις γυναίκες που έχουν διατηρήσει τη μήτρα τους.

7. Κάπνισμα: Στις καπνίστριες η εμμηνόπαυση μπορεί να ξεκινήσει πέντε χρόνια νωρίτερα. Αλλά και οι παθητικές καπνίστριες αντιμετωπίζουν την κατάσταση της εμμηνόπαυσης τρία χρόνια νωρίτερα από τις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε περιβάλλον με καπνιστές. Επιπλέον το κάπνισμα επιδρά επιβλαβώς στη θεραπεία HRT και περιορίζει την ποσότητα οξυγόνου που μπορεί να λάβει ο οργανισμός.
8. Κορτικοστεροειδή: Είναι από τα πιο επικίνδυνα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, που η χρήση της για μεγάλο χρονικό διάστημα έχει ως επίπτωση την οστεοπόρωση.

Επίσης, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως κάταγμα από ήπιο τραυματισμό από την ηλικία των 40 ετών, κληρονομικό ιστορικό οστεοπορωτικού κατάγματος, λεπτή σωματική κατασκευή (<57 Kg), η απότομη απώλεια βάρους και η μη σωστή διατροφή.(Αυγουστής, 2002 & Κόμπσον,2000)

ν) Πρόληψη της οστεοπόρωσης

Η πρόληψη της οστεοπόρωσης είναι πολύ σημαντική και μπορεί να επιτευχθεί υιοθετώντας μέτρα αυτοβοήθειας με σκοπό τη διατήρηση της φυσικής αντίστασης του οργανισμού. Είναι καλύτερη και πιο εύκολη η πρόληψη της οστεοπόρωσης παρά η αντιμετώπισή

της και συγκεκριμένα υπάρχουν ορισμένα μέτρα πρόληψης και είναι τα εξής:

1. Διατροφή πλούσια σε ασβέστιο: Η σωστή διατροφή είναι ένα από τα πλέον κατάλληλα μέτρα για την καθυστέρηση της εξασθένησης των οστών. Σημαντικό είναι να υπάρχει μεγάλη περιεκτικότητα σε ασβέστιο στα οστά σ' όλες τις ηλικίες και κυρίως μετά την εμμηνόπαυση.

2. Τακτική άσκηση: είναι απαραίτητη για τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, γιατί βοηθάει την ενίσχυση, διατήρηση της οστικής μάζας και στην αντιμετώπιση έλλειψης οιστρογόνου ορμόνης.

3. Φαρμακευτική πρόληψη: Η εξέταση πυκνότητας των οστών είναι απαραίτητη και ανάλογα με τη διάγνωση του γιατρού μπορεί να δοθεί οιστρογόνο ορμόνη για να διατηρηθεί αμετάβλητη η μάζα των οστών, σε συνδυασμό με προγεστερόνη που συμβάλλει στο σχηματισμό τους.

4. Το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και ο καφές: Και τα τρία διευκολύνουν την απώλεια οστικής μάζας.

5. Τακτική επαφή με το γιατρό: Η πρόληψη του πρώτου κατάγματος είναι σημαντική.(Stoppard,2000 & Κόμπσον,2000).

vi) Θεραπεία της οστεοπόρωσης

Η προφύλαξη είναι ο βασικότερος τρόπος πρόληψης της οστεοπόρωσης. Ωστόσο, μερικές φορές η θεραπεία είναι αναπόφευκτη και γι' αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Στόχος των χορηγούμενων φαρμάκων είναι η παρεμπόδιση της απώλειας των οστών, η αποφυγή περαιτέρω καταγμάτων και η αποκατάσταση ή αναπλήρωση των οστών όπου είναι εφικτό. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι, οι οποίες μπορεί να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη απώλειας των οστών αλλά η πιο σημαντική είναι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT).

Η θεραπεία, αυτή, ενδείκνυται όταν υπάρχει μικρή οστική μάζα, αλλά κι όταν παρατηρείται σε μεγάλα επίπεδα συνεισφέρει στη μείωση μελλοντικού κινδύνου πρόκλησης καταγμάτων. Η απώλεια ασβεστίου μπορεί να περιοριστεί σε συνδυασμό με χαμηλές δόσεις οιστρογόνου ορμόνης και προγεστερόνης, όπου ο μεταβολισμός των οστών είναι θετικός. Συγκεκριμένα, η προγεστερόνη φαίνεται ότι συμβάλλει σ' ένα μικρό ποσοστό στο σχηματισμό των οστών, ενώ η οιστρογόνος ορμόνη σταματάει την περαιτέρω απώλειά τους. (Κόμπσον, 2000)

Έχει παρατηρηθεί, ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με το αν θα πάρουν ή όχι οιστρογόνα. Οι γυναίκες που ακολουθούν τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα έχει αποδειχθεί, ότι μειώνουν περίπου στο μισό την πιθανότητα εμφάνισης καταγμάτων. Η θεραπεία αυτή συνίσταται συνήθως σε γυναίκες που έχουν:

- α. πρόιμη εμμηνόπαυση
- β. χαμηλή οστική μάζα

- γ. λεπτό και αδύνατο σκελετό
- δ. οικογενειακό ιστορικό
- ε. χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών

Τα οιστρογόνα μπορούν να χορηγηθούν και στη θεραπεία της εγκατεστημένης οστεοπόρωσης, όταν αυτή οφείλεται στην έλλειψή τους. Η ευεργετική επίδραση των οιστρογόνων συνεχίζεται, για όσο χρόνο διαρκεί η λήψη τους και η διάρκεια θα πρέπει να καθοριστεί σε εξατομικευμένη βάση από τον ιατρό. (Ντολατζάς, 1998)

Πιθανότατα, οι γυναίκες με πρόωμη εμμηνόπαυση θα πρέπει να συνεχίσουν τη θεραπεία τουλάχιστον μέχρις ότου φθάσουν στην ηλικία της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης. Οι γυναίκες με πολλούς παράγοντες κινδύνου οστεοπόρωσης θα πρέπει να παίρνουν οιστρογόνα για τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση ή ακόμα 10 με 15 χρόνια σύμφωνα με τη γνώματευση του ιατρού. Η ευεργετική τους δράση έχει αποδειχθεί σε ασθενείς ηλικίας μέχρι και 70 ετών. Επιπλέον, υπάρχουν και άλλα ευεργετικά αποτελέσματα στον οργανισμό από τη χορήγηση οιστρογόνων όπως ελάττωση συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (ξηρότητα κόλλπου, αϋπνία, ακράτεια ούρων, ξηρότητα του δέρματος κ.α.) και πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Εκτός, όμως, από τα ευεργετικά αποτελέσματα χορήγησης οιστρογόνων υπάρχουν και παρενέργειες, όπως η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Είναι όμως αποδεδειγμένα, ότι δεν υπάρχει σαφής αύξηση των καρκίνων του μαστού ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν χρησιμοποιήσει θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα. Η μακροχρόνια θεραπεία (πάνω από 10 χρόνια) μπορεί να συνδεθεί με μια μικρή αύξηση στη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Εκτός από τη θεραπεία HRT, υπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές επιλογές όπως το φθόριο. Το φθόριο έχει αποδειχθεί ότι βοηθά τον σχηματισμό του οστού και αυξάνει την οστική μάζα. Ωστόσο η δράση

του στη συχνότητα καταγμάτων είναι αμφιλεγόμενη. (Λυρίτης,1996 & Stoppard,2000)

2. α) Καρδιακά νοσήματα

Τα καρδιακά νοσήματα έχουν αποδειχθεί η πρώτη κατά σειρά αιτία θανάτου. Μπορεί, συγκεκριμένα, να προκληθεί καρδιακή ανεπάρκεια λόγω οικογενειακού ιστορικού (συγγενής καρδιοπάθεια) ή να παρουσιαστεί κατά την διάρκεια της ζωής (επίκτητη ανεπάρκεια).(Τουτούζας και Μπουντούλας, 1992)

Συγκεκριμένα, προκαλείται όταν υποστούν βλάβη ο μυς της καρδιάς, οι βαλβίδες της, τα αγγεία ή τα νεύρα. Οι αιτίες της καρδιακής ανεπάρκειας, που παρατηρούνται στη γυναίκα κατά την εμμηνόπαυση είναι κυρίως η αρτηριοσκλήρυνση, η στεφανιαία νόσος και η υπέρταση.(Stoppard,2000)

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας πραγματοποιείται σχετικά εύκολα, στις περισσότερες περιπτώσεις, με τη λήψη ιστορικού και με την κλινική εξέταση, που διαπιστώνονται τα συμπτώματα, τα οποία δίνουν τις πρώτες ενδείξεις. Συγκεκριμένα, η κλινική εξέταση περιλαμβάνει το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το υπερηχογράφημα και την ακτινογραφία θώρακα, σύμφωνα με τις οποίες επιβεβαιώνεται η αρχική διάγνωση, καθώς επίσης τεστ κοπώσεως και στεφανογραφία (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 1996).

i) Αρτηριοσκλήρυνση

Εμφανίζεται συχνά κυρίως σε χώρες με μεγάλη εκβιομηχάνηση, με ποσοστό θανάτου 50%. Επιφέρει, δηλαδή, το θάνατο σε πιο πολλά άτομα απ'ότι όλες οι άλλες αρρώστιες μαζί καθώς και τα ατυχήματα. Η αρτηριοσκλήρυνση είναι ασθένεια των τοιχωμάτων της αρτηρίας της

καρδιάς και προκαλεί μείωση της κυκλοφορίας του αίματος και αύξηση της πίεσης (υπέρταση). Επιπλέον, δημιουργείται από εναπόθεση λίπους, χοληστερίνης και ασβέστιο στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών. Στην αρχή οι αρτηρίες στενεύουν και χάνουν την ελαστικότητά τους. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου εμποδίζεται η φυσιολογική ροή του αίματος. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 1996)

Σε ήπια μορφή αρτηριοσκλήρυνσης, δεν παρατηρούνται συμπτώματα, ενώ σε περιπτώσεις σοβαρής βλάβης των αρτηριών, κατά την οποία παρεμποδίζεται η ροή του αίματος, παρατηρείται στηθάγχη (δηλαδή πόνοι στο στήθος) και πόνοι στα πόδια. Όταν περιορίζεται η ροή του αίματος στις αρτηρίες που είναι υπεύθυνες για την τροφοδότηση του εγκεφάλου, τότε η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει συμπτώματα καρδιακής προσβολής, ζαλάδες και λιποθυμίες.

Η θεραπεία της αρτηριοσκλήρυνσης με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι δύσκολη, διότι ήδη έχει επέλθει καταστροφή στις αρτηρίες, με αποτέλεσμα η ίαση να μην είναι εφικτή. Τα αντιπηκτικά φάρμακα θα σταματήσουν την περαιτέρω καταστροφή των αρτηριών και τα αγγειοδιασταλτικά θα ανακουφίσουν την ασθενή από τα συμπτώματα που την ταλαιπωρούν.

Σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή διαπιστώνεται αναποτελεσματική, μπορεί να κριθεί απαραίτητο από τους ειδικούς να υποβληθεί η ασθενής σε χειρουργική επέμβαση, η πιο συνήθης είναι η αγγειοπλαστική με μπαλονάκι. (Ντολατζάς, 1998)

ii) Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος είναι μια από τις πλέον συχνές αιτίες θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ο αιφνίδιος θάνατος. Οφείλεται στην αρτηριοσκλήρυνση και συγκεκριμένα παρατηρείται δυσκολία τροφοδότησης αίματος και οξυγόνου στην καρδιά, έχοντας ως συμπτώματα την στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου (Λουρίδας και Μπουγιούκας, 1991)

Συγκεκριμένα, η στηθάγχη είναι ο θωρακικός πόνος, που συχνά περιγράφεται σαν μια γενική δυσφορία, σφίξιμο ή αίσθηση καύσου. Προκαλείται κυρίως όταν η γυναίκα αυξήσει το σωματικό έργο. Αυτό συμβαίνει στα πλαίσια σωματικής άσκησης (τρέξιμο, περπάτημα), συναισθηματικής φόρτισης (συγκίνηση), κατανάλωση τροφής, ποτού ή καπνίσματος. Παράλληλα, συμβαίνει εξαιτίας της υπογλυκαιμίας και ερωτικής πράξης. Αντιμετωπίζεται άμεσα όταν διακοπεί η δραστηριότητα και ελέγχεται με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, με σκοπό να βελτιωθεί η κυκλοφορία του αίματος στις καρδιακές αρτηρίες. Σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή και τα μέτρα αυτοβοήθειας (καλή διατροφή, κόψιμο καπνίσματος, έλεγχος βάρους) δεν προκάλεσαν τα απαιτούμενα αποτελέσματα, κρίνεται απαραίτητη η εγχείριση by-pass, κατά την οποία αποκαθιστάται η ροή του αίματος. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 1996)

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή καρδιακή προσβολή, αντίθετα, παρατηρείται όταν η τροφοδότηση αίματος στην καρδιά, εμποδίζεται, πλήρως, από θρόμβο αίματος σε αρτηρία κατά την οποία διαπιστώνεται πάλι έντονος πόνος (όπως της στηθάγχης) αλλά δεν σταματά με την ξεκούραση σε σύγκριση με την στηθάγχη. Εκτός από τον πόνο η γυναίκα ενδεχομένως να νιώσει κρύο, τάση προς έμετο, ιδρώτα καθώς και πιθανή απώλεια αισθήσεων. Ένα ποσοστό 20 %, μπορεί να μην αναγνωρίσει ότι

παθαίνει έμφραγμα και να το εκλάβει σαν δυσπεψία, λόγω της ήπιας μορφής των συμπτωμάτων (Ντεϊβινσον,2000). Η αντιμετώπισή του γίνεται με αντιπηκτικά φάρμακα, ώστε να διαλυθούν οι θρόμβοι στις αρτηρίες, ενώ διεύρυνση της αρτηρίας γίνεται με αγγειοπλαστική ή επέμβαση by-pass.

iii) Υπέρταση

Εμφανίζεται συχνά και είναι μια συστηματική ανωμαλία, που επηρεάζει την καρδιά, τα νεφρά, τον εγκέφαλο, τα αγγεία και τους ενδοκρινείς αδένες (Αθανασιάδης, 1995)

Η πίεση σε υψηλότερα επίπεδα από ότι τα φυσιολογικά, ονομάζεται υπέρταση. Με την πάροδο των χρόνων παρατηρείται αύξηση της πίεσης, η οποία εμφανίζεται μέσα στα αιμοφόρα αγγεία και στη ροή του αίματος.(Storrard,2000)

Σε ήπια μορφή υψηλής πίεσης, η ασθενής δεν διαπιστώνει συμπτώματα, ενώ σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν ζαλάδες, λαχάνιασμα, πονοκέφαλοι, ανωμαλίες στην όραση, σύγχυση και αποπληξία. Λόγω της ασυμπτωματολογίας, οι μισοί περίπου από τους πάσχοντες δε γνωρίζουν ότι έχουν πρόβλημα, γι' αυτό και είναι γνωστή σαν ο «σιωπηρός δολοφόνος» (Μπίβερς,2000).

Επίσης μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιακής προσβολής και να προκληθούν προβλήματα στα νεφρά και τον αμφιβληστροειδή χιτώνα (το πίσω τμήμα του ματιού) και σε περιπτώσεις μη λήψης φαρμάκων.

Η θεραπεία της υπέρτασης, τέλος, συνίσταται στη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων σε σοβαρές περιπτώσεις, ενώ θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της πίεσης κάθε 2 με 4 εβδομάδες, με σκοπό να προσαρμοστεί καταλλήλως η δόση.(Ντολατζάς,1998)

Επίσης, αποτελεσματική θεραπεία θεωρείται και η αλλαγή στη διατροφή και γενικά στον τρόπο ζωής της γυναίκας. Συγκεκριμένα, μπορεί να περιορίσει την λήψη άλατος και την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε συνδυασμό με την αύξηση σωματικής άσκησης, ώστε να υπάρξει και έλεγχος του βάρους. Διάφορες ενδείξεις ενοχοποιούν και το χρόνιο στρες σαν αιτία εμφάνισης υπέρτασης, γεγονός που μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ψυχολογική υποστήριξη και διάφορες τεχνικές χαλάρωσης (γιόγκα). (Μπίβερς,2000 & Κουταλά,1993)

β) Παράγοντες κινδύνου των καρδιακών νοσημάτων

Η γυναίκα, διανύοντας την εμμηνόπαυση και την μετεμμηνόπαυση, διατρέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών νοσημάτων, λόγω της ανεπάρκειας της οιστρογόνου ορμόνης. Παράλληλα, υψηλό κίνδυνο διατρέχει και η γυναίκα που στην νεανική της ηλικία διακρινόταν από υπερβολική τριχοφυΐα.(Stoppard,2000)

Επιπλέον, παράγοντες κινδύνου για πιθανό νόσημα για την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα, είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, γενικά η κληρονομικότητα, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και η ακινησία. Σημαντική είναι και η υγιεινή του στόματος, γιατί ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 50% σε άτομα που έχουν χάσει τα δόντια τους, ενώ ενισχύεται όταν υπάρχει ατροφία των ούλων και ματώνουν εύκολα.(Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας,1996)

Επίσης, το ύψος είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης. Συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί από ερευνητές του Πανεπιστημίου Ντιούκ, ότι τα υψηλά άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης ύστερα

από καρδιακή προσβολή, συγκριτικά με άτομα χαμηλότερου ύψους. Αυτό συμβαίνει διότι τα υψηλότερα άτομα διαθέτουν μεγαλύτερης διαμέτρου αρτηρίες που διευκολύνουν τη ροή του αίματος.(Ντολατζάς,1998)

Τέλος, η προσωπικότητα ο τρόπος ζωής και οι προσωπικές και επαγγελματικές της γυναίκες, προδιαθέτουν εξίσου. Συνεπώς, όσες διακρίνονται από άγχος, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αίσθημα ανικανοποίησης, είναι πιο ευάλωτες για την εμφάνιση καρδιακών νοσημάτων.(Λουρίδας και Μπουγιούκας,1991)

Η γυναίκα κατά την κλιμακτηριακή φάση μπορεί με την πρόληψη όλων των παραπάνω παραγόντων να αποφύγει την πιθανή εμφάνιση της νόσου. Συγκεκριμένα, οφείλει να περιορίσει η να διακόψει το κάπνισμα και το αλκοόλ, να προσέξει την διατροφή της για την ελάττωση της υπέρτασης, τον σακχαρώδη διαβήτη και τη μείωση σωματικού βάρους. Τέλος, πρέπει να φροντίζει την υγιεινή του στόματος, να αυξήσει τη σωματική της άσκηση και να ελέγχει το άγχος της.(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,1998)

3. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

Είναι αποδεδειγμένο ότι στις αναπτυγμένες χώρες ο καρκίνος θεωρείται η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνες που είχαν διεξαχθεί το 1998, περισσότερα από 6.000 άτομα πεθαίνουν από τη νόσο.(Ντολατζάς,1998)

«Καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος»
(Ντολαντζάς, 1998,σ. 431)

Όμως αυτή η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων δεν έχει σχέση με τις δύο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού, δηλαδή:

α) Αναγέννηση ιστών: Κατά την αφαίρεση ενός ιστού ο οργανισμός δημιουργεί τον ίδιο (π.χ. με την αφαίρεση του ήπατος, ο οργανισμός το αναπλάθει, όπως ήταν αρχικά, σε διάστημα 6 μηνών).

β) Υπερπλασία: Συμβαίνει όταν ο οργανισμός, σε περιπτώσεις ανάγκης, αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).

Τα νεοπλάσματα (όγκοι) διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη. Τα καλοήθη συνήθως έχουν την κατάληξη -ωμα (ινομάωμα, λίπωμα), ενώ τα κακοήθη αναφέρονται ως καρκινώματα και σαρκώματα.(Ντολατζάς,1998)

Η διάγνωση του καρκίνου θεωρείται αρκετά δύσκολη, στα πρώτα κυρίως στάδια και πραγματοποιείται με τη λήψη ιστορικού, ώστε να διαπιστωθούν τα συμπτώματα και αν υπάρχει ιστορικό στην οικογένεια. Έπειτα, διεξάγεται κλινική εξέταση, η οποία περιλαμβάνει ακτινολογικό

έλεγχου, ο οποίος είναι σημαντικός για τη διάγνωση του μαστού (μαστογραφία). Επιπλέον, διεξάγεται αξονική τομογραφία - μαγνητική, βασιζόμενη στο μαγνητικό συντονισμό, έχοντας μικρό ποσοστό αποτυχίας, γεγονός που το κάνει ιδανικό σε όλες τις μορφές καρκίνου.

Πραγματοποιείται επίσης, με κυτταρολογική εξέταση κατά την οποία γίνεται εξέταση εκκριμάτων και έπειτα ακολουθείται κατάλληλη επεξεργασία καθώς επίσης πλήρης αιματολογικός έλεγχος. Σημαντική είναι και η ιστολογική εξέταση, που διαμορφώνει την τελική διάγνωση και θέτει την απαραίτητη θεραπεία.(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2000)

Στόχος της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τον πόνο, ώστε να μπορεί η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Η θεραπεία της νόσου γίνεται συγκεκριμένα, με τρεις τρόπους, αλλά εξαρτάται από την μορφή του καρκίνου. Η χειρουργική επέμβαση, συνίσταται στην ευρύτερη αφαίρεση του όγκου και η ακτινοθεραπεία, που εφαρμόζεται ακτινοβολία (ακτίνες X, ράδιο) σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Τέλος, υπάρχει και η χημειοθεραπεία, που χορηγείται μια ποικιλία φαρμάκων που δρουν μεν στα καρκινικά κύτταρα, αλλά πλήττουν δε και τα υγιή. (Dollinger, Rosenbaum and Cable,1992)

Συχνά, οι καρδιοπαθείς γυναίκες είναι ιδιαίτερα καταθλιπτικές, εμφανίζοντας διάφορους φόβους και άγχη. Για την αντιμετώπιση αυτών των έντονων ψυχικών διαταραχών κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση ψυχοφαρμάκων σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή του καρκίνου. Στην αντίθετη περίπτωση, η ασθενής θα υποφέρει από ακατάπαυστο πόνο. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,1993)

Οι πιο συνηθεις καρκίνοι στις γυναίκες κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου και εμμηνόπαυσης, είναι οι καρκίνοι του μαστού, της μήτρας και των ωοθηκών

α) Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου. Συγκεκριμένα, εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες των αστικών περιοχών και αποτελεί το 32% του συνόλου των καρκίνων που τις ταλαιπωρούν. Επιπλέον, αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-45 ετών. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, συγκεκριμένα, 11.500 Ελληνίδες προσβάλλονται ετησίως από καρκίνο, εκ των οποίων οι 3.500 περίπου εμφανίζουν καρκίνο του μαστού.(Dollinger, Rosenbaum and Cable,1992 & Stoppard,2000)

Το ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου αυξάνεται ραγδαία, εφόσον η γυναίκα προέρχεται από μια οικογένεια με ιστορικό καρκίνου, οπότε και φέρει μια κληρονομική προδιάθεση. Ένας άλλος υψηλός παράγοντας κινδύνου είναι πρόωμη εμμηναρχή και η όψιμη εμμηνόπαυση. Σημαντικό επίσης ρόλο διαδραματίζει και ο τρόπος ζωής της, δηλαδή η έκθεσή της σε ρύπανση και ακτινοβολίες, η διατροφή και το κάπνισμα. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κακή διατροφή, δηλαδή κατανάλωση ζωικών και κορεσμένων λιπών έχει άμεση σχέση με την πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης και η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης.(Dollinger, Rosenbaum and Cable,1992)

Η γυναίκα αρχικά διαπιστώνει αν έχει προσβληθεί από την ασθένεια, εάν εντοπίσει μικρό ογκίδιο κατά την ψηλάφιση του μαστού. Σπάνια θα νιώσει πόνο, αλλά θα επιβεβαιωθεί η αρχική διάγνωση όταν εμφανίζεται εκροή υγρού από τη θηλή, η οποία πιθανόν να έχει τραβηχτεί προς το εσωτερικό του μαστού. Επίσης ανησυχητικά είναι και συμπτώματα όπως οιδήματα ή εξογκώματα στο μαστό, στα κοιλώματα του βραχίονα ή εμφάνιση πτυχών ή ζάρες στο στήθος.(Ντολατζάς,1998)

Η θεραπεία της ασθένειας είναι δυνατή εφ' όσον διαγνωστεί εγκαίρως ο όγκος. Συνεπώς, κρίνεται επιβεβλημένη η συχνή αυτοεξέταση με ψηλάφηση, τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο σε συνδυασμό με μια ετήσια μαστογραφία από ειδικούς γιατρούς, κυρίως σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και συγκεκριμένα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα το 1999, μόλις το 31% των γυναικών αυτοεξετάζουν το στήθος τους, από τις οποίες το 19% τακτικά. Σε περίπτωση που υπάρξει εμφάνιση ογκιδίου, ακολουθείται μια σειρά χειρουργικών επεμβάσεων ανάλογα πάντα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος. Συγκεκριμένα πραγματοποιείται βιοψία και μια απλή αφαίρεση του όγκου αν εντοπίστηκε νωρίς. Σε αντίθετη περίπτωση, ο γιατρός θα προχωρήσει εκτός από την αφαίρεση του όγκου, στον καθαρισμό της μασχάλης από λεμφαδένες ή στην αφαίρεση του μαστού. (Αυγουστής, 2002)

Σύμφωνα με ειδικούς, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η θεραπεία εξαρτάται από την ασθενή και τον τύπο του καρκίνου που αντιμετωπίζει και συνδυάζεται με χημειοθεραπεία και χειρουργική αφαίρεση. Αμφισβητήσιμη επίσης είναι και η θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης, αφού σύμφωνα με μια μερίδα γιατρών, αυτή η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει μελλοντικό καρκίνο του μαστού. (Stoppard, 2000)

β) Καρκίνος των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες και κυρίως εμφανίζεται σε όσες έχει επέλθει η εμμηνόπαυση και έπειτα (μετεμμηνόπαυση). Κυρίως εμφανίζεται σε όσες

γυναίκες έχουν οικογενειακό ιστορικό, με αποτέλεσμα να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση και σε όσες δεν απέκτησαν παιδιά, είτε λόγω σοβαρού γυναικολογικού προβλήματος, είτε λόγω χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών ή ανωορρηξία.(Dollinger, Rosenbaum and Cable,1992)

Σχεδόν πάντα, ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ασυμπτωματικός στο αρχικό στάδιο, ενώ όταν αρχίζει και εξαπλώνεται (μετάσταση), προκαλεί πόνους στα νεύρα και μπλοκάρισμα των σπλάχνων. Σε περίπτωση μετάστασης του καρκίνου στο υπογάστριο, η γυναίκα εμφανίζει πρήξιμο και γενικότερη δυσφορία σε συνδυασμό με πιθανά προβλήματα στη χώνευση, περιστασιακή ναυτία, πόνο και απώλεια βάρους. Σπάνια, επίσης, οι όγκοι στις ωοθήκες προκαλούν αιμορραγία (μητρορραγία), εκτός βέβαια αν ο οργανισμός της γυναίκας συνεχίζει να παράγει οιστρογόνο ορμόνη. Αν επίσης, ο καρκίνος εμφανίζεται με τη μορφή κύστης, παρατηρείται συχνουρία, κίρσοι και πρήξιμο των αστραγάλων.(Dollinger, Rosenbaum and Cable, 1992 & Ντολατζάς, 1998)

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, αν το καρκίνωμα περιορίζεται στην ωοθήκη, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών, γύρω στα 2/3, πιθανόν να ζήσουν για πέντε επιπλέον χρόνια, ενώ αν έχει προχωρήσει σε μετάσταση, μόνο μια γυναίκα στις πέντε θα επιζήσει πάνω από πέντε χρόνια.(Stoppard,2000)

γ) Καρκίνος της μήτρας

Ο καρκίνος της μήτρας (όπως και των ωοθηκών), εμφανίζεται σε γυναίκες πάνω από 50 ετών που βρίσκονται στην τελευταία φάση της κλιμακτηρίου, αυτής της μετεμμηνόπαυσης. Συγκεκριμένα, σε ηλικίες από 55 και άνω, οι πιθανότητες εμφάνισης υπερδιπλασιάζονται, αλλά συγκριτικά με τον καρκίνο των ωοθηκών έχει μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης της ασθενούς.(Stoppard,2000)

Στην κατηγορία υψηλού κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας βρίσκονται κυρίως οι γυναίκες που δεν είχαν τη δυνατότητα να αποκτήσουν παιδί ή υπήρχε ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια. Κίνδυνο αντιμετωπίζουν όσες είναι παχύσαρκες, πάσχουν από διαβήτη, είχαν ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση ή υποφέρουν από υπέρταση καθώς και στις γυναίκες που πάσχουν από το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθυκίων ή δεν έχουν ωορρηξία . Αυτές, αν βρίσκονται ήδη στην εμμηνόπαυση, θα παρουσιάσουν σαν σύμπτωμα του καρκίνου, αφύσικη κολπική αιμορραγία και παρατεταμένη αιμορραγία κατά την διάρκεια της ερωτικής συνεύρεσης. Αν, αντίθετα, ο καρκίνος είναι σε προχωρημένο στάδιο, η γυναίκα θα παρουσιάσει σπασμούς, πίεση του υπογαστρίου, πρήξιμο του κόλπου και συχνή διούρηση, στην περίπτωση που ο καρκίνος επηρεάζει την ουροδόχο κύστη. (Dollinger, Rosenbaum and Cable, 1992)

Οι γυναίκες που βρίσκονται στις κατηγορίες υψηλού κινδύνου έχουν τη δυνατότητα να προλάβουν την πιθανή εμφάνισή του, αν υποβάλλονται τακτικά σε τεστ Παπανικολάου (test - pap). Αν όμως διαγνωστούν αλλοιώσεις, ο γιατρός προβαίνει σε πλήρη υστερεκτομή αφαιρώντας τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες και τη μήτρα, συνδυάζοντας ακτινοθεραπεία πριν και μετά την επέμβαση, με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών αντιμετώπισης. Σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου πιθανόν να

αφαιρεθούν ο τράχηλος της μήτρας μαζί με το πάνω μέρος του κόλπου. Σε περίπτωση, όμως, μετάστασης και σε άλλα σημεία του σώματος, χορηγούνται μόνο αντικαρκινικά φάρμακα και μεγάλες ποσότητες προγεστερόνης, ώστε να περιοριστεί η εξάπλωση.(Ντολατζάς,1998)

Σε περίπτωση υστερεκτομής, μπορεί να επέλθει ίαση, αλλά η γυναίκα κινδυνεύει να εμφανίσει απώλεια ερωτικής επιθυμίας, καθώς επίσης και αισθητής μείωσης της εμφάνισης οργασμού και την διάρκεια της ερωτικής πράξης. Συνεπώς, η διατήρηση των ωοθηκών επηρεάζει θετικά τη libido, ενώ συνεχίζουν να παράγουν την οιστρογόνο ορμόνη.(Stoppard.,2000)

4.i) Παχυσαρκία κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου

Η παχυσαρκία παίρνει πλέον διαστάσεις επιδημίας και πλήττει εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο. Συγκεκριμένα, όμως, το φαινόμενο αυτό δεν εξαρτάται μόνο από μεγάλες ποσότητες τροφής που καταναλώνει η γυναίκα, αλλά και από την ποιότητα και γενικά τον τρόπο ζωής που ακολουθεί. (Κατσιλάμπρος, 2000)

«Η παχυσαρκία είναι η συχνή μεταβολική πάθηση και χαρακτηρίζεται από αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από 20% του κανονικού βάρους του σώματος που οφείλεται κυρίως στην αύξηση του σωματικού λίπους» (Οικονόμου, 1996, σελ. 129)

Σύμφωνα με τον Τζώτζα (2005), εξίσου σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας στις γυναίκες, διαδραματίζουν οι ορμόνες που παράγει το σώμα της, δηλαδή οιστρογόνα και προγεστερόνη. Αυτές, συμβάλλουν στον πολλαπλασιασμό των λιποκυττάρων στις περιοχές των γλουτών και των κάτω άκρων, ενώ μειώνουν την εμφάνιση των λιποκυττάρων στην κοιλιακή χώρα. Συνεπώς, αυτές είναι οι κύριες αιτίες για τη συσσώρευση λίπους στη λεκάνη της γυναίκας και λιγότερο στην κοιλιά. Οι ορμόνες, επίσης, προκαλούν μικρού βαθμού κατακράτηση νερού και άλατος, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αύξηση του βάρους και αύξηση της όρεξης.

Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί, ότι κατά τη διάρκεια της προ- και εμμηνοπαυσιακής περιόδου, οι ωοθήκες σταδιακά μειώνουν την παραγωγή των προηγούμενων ορμονών, με αποτέλεσμα να εντείνεται η διαταραχή ως προς την αύξηση του βάρους, σε συνδυασμό με την περιορισμένη σωματική άσκηση της γυναίκας και της μείωσης των καύσεων (ενεργειακής κατανάλωσης) λόγω ηλικίας, αυξάνουν ραγδαία το πρόβλημα και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική της ισορροπία (ΕΙΕΠ – ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.htm, 09/05)

ii) Παράγοντες κινδύνου ως προς την εμφάνιση παχυσαρκίας στις γυναίκες

Στην κρίσιμη ηλικία, οι γυναίκες έχουν αναμφίβολα την τάση να παίρνουν επιπλέον κιλά από ότι συνήθιζαν στο παρελθόν. Συνεπώς ο οργανισμός τους αλλάζει και το σώμα τους αναγκάζεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Η γυναίκα αρχίζει να έχει παροξυσμούς κοπώσεως, που την εξουθενώνουν και δεν της επιτρέπουν να αντιδράσει στο πρόβλημά της, με αποτέλεσμα να αδιαφορεί για οποιαδήποτε δραστηριότητα. Δεν είναι λίγες εκείνες που πιστεύουν ότι η ηλικία και η κλιμακτήριος είναι οι αιτίες εμφάνισης πάχους. Παρ' όλη τη δυσαρέσκεια διακρίνονται από απραξία ως προς αυτή την κατάσταση, το επιδεινώνουν. Η τροφή λειτουργεί ως αντιστάθμισμα του ελεύθερου χρόνου της, με αποτέλεσμα την κατανάλωση περισσότερων ποσοτήτων από ό,τι χρειάζεται ο οργανισμός τους.(Ντολατζάς,1998)

Η διατροφική κατανάλωση αυξάνεται ακόμα περισσότερο όταν συνειδητοποιούν ότι διανύουν μια χρονική φάση της ζωής τους, η οποία διακρίνεται από κοινωνική σταθερότητα. Αυτή την περίοδο, η γυναίκα έχει πιθανόν συνταξιοδοτηθεί και έχει ολοκληρώσει τις περισσότερες υποχρεώσεις της (ανατροφή παιδιών). Οι φιλικές και οι οικογενειακές συναναστροφές και συγκεντρώσεις, είναι τα κύρια ενδιαφέροντά της.

Με αυτή την αφορμή καταλήγει καταναλώνοντας μεγάλες ποσότητες φαγητού και ποτού, γεγονός που θεωρείται από μια μεγάλη μερίδα γυναικών, σαν μια από τις κύριες ηδονές αυτής της ηλικίας.

Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία ενισχύεται αν υπάρχει ιστορικό στην οικογένεια σε συνδυασμό με την

υπερκατανάλωση που διακρίνει την εποχή μας. Επιπλέον, η καθιστική ζωή, λόγω συνταξιοδότησης ή δουλειάς γραφείου καθώς και τα πολύ υψηλά επίπεδα άγχους, ωθούν αρκετές γυναίκες στην υπερκατανάλωση τροφής ως μέσο απόλαυσης και άμεσης ευχαρίστησης. (Stress.gr – Παχυσαρκία,03/05 & Ντολατζάς,1998)

Είναι ευρέως διαδεδομένη η αντίληψη, ότι η πιθανή εμφάνιση παχυσαρκίας και γενικότερα η αύξηση του βάρους λόγω διατροφικής διαταραχής, είναι αποτέλεσμα από τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που πλήττουν τη γυναίκα σε αυτή την φάση της ζωής της.(Ντολατζάς, 1998)

Συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες επικεντρώθηκαν γύρω από τη διερεύνηση των προσωπικών χαρακτηριστικών και της προδιάθεσης πιθανής εμφάνισης παχυσαρκίας. Σύμφωνα, όμως, με τα διάφορα αποτελέσματα, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν έχουν άμεση συνέπεια.

Αντίθετα, όμως, το άγχος είναι ένα πολύ σοβαρό στοιχείο της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία, με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των γυναικών να υπερκαταναλώνουν υψηλές σε περιεκτικότητα λίπους τροφές. Αντίθετα, αν είναι ιδιαίτερα αγχώδης η γυναίκα και σε συνδυασμό με την ορμόνη κορτιζόλη που διαθέτει, ευνοούν την εναπόθεση του λίπους στον οργανισμό, εμποδίζοντας τις καύσεις. Παράλληλα, το άγχος δυσκολεύει τη διατήρηση της υπομονής, ώστε η γυναίκα να ακολουθήσει πιστά και αποτελεσματικά ένα διατροφικό πρόγραμμα, καταλήγοντας σε υποτροπές. Συνεπώς, για την καλύτερη λύση του προβλήματος, δημιουργήθηκαν διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης για τη διαχείριση του άγχους, γνωστά ως stress management.

Εκτός από το άγχος, ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχής στη λήψη φαγητού, είναι η κατάθλιψη. Συνήθως οι

γυναίκες όταν νιώθουν στενοχώρια και λύπη εμφανίζουν αισθητή απώλεια βάρους. Υπάρχει όμως και μια μερίδα καταθλιπτικών γυναικών που εμφανίζουν αντίθετα αποτελέσματα, έχοντας αποκτήσει μεγάλη αύξηση της όρεξης και αισθητή υπερφαγία. Συνεπώς, μοιάζει να προσπαθούν να καταπολεμήσουν την ψυχολογική τους διαταραχή, στρεφόμενες στις απολαύσεις του φαγητού.(Hanson,1993)

Μεγάλη επίπτωση της παχυσαρκίας, εκτός από τον ψυχισμό και το σώμα της γυναίκας, προκαλείται και στην ερωτική της ζωή. Γενικά, οι γυναίκες που έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και συγκεκριμένα το σώμα της, νιώθουν αναστολές, αποφεύγοντας τον έρωτα. Δεν είναι λίγες αυτές που νιώθουν άβολα να εμφανίζουν γυμνό το σώμα τους, σε συνδυασμό με το φόβο της εξονυχιστικής εξέτασής του από τον ερωτικό τους σύντροφο, εμφανίζουν μείωση της ερωτικής διάθεσης και αποφεύγουν την ερωτική πράξη. Αντίθετα, υπάρχει και μια μερίδα γυναικών που δεν αποφεύγουν τον έρωτα, όμως στρέφονται στην λήψη προφυλάξεων, όπως το να κλείνουν τα φώτα, αποφεύγοντας να γδύνονται μπροστά στο σύντροφο, έχοντας σαν συνέπεια να μειώνεται η ερωτική διάθεση και ευχαρίστηση και από τις δύο πλευρές.(Stress.gr- Παχυσαρκία,03/05).

iii) Τρόποι αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με τον Τζώτζα(2005), πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι δεν οδηγεί μόνο η πείνα στο τραπέζι, αλλά ο τρόπος ζωής, η κούραση της ημέρας και η ανία. Δεν συνιστούν όμως γρήγορες δίαιτες που προωθούνται από τον σύγχρονο τρόπο ζωής, αλλά προτείνουν τη σταδιακή και διαρκή αλλαγή διατροφής, πλούσια σε πρωτεΐνες και

θρεπτικά συστατικά. Επίσης, οφείλουν να ελέγχουν και τις διάφορες βουλιμικές τάσεις.(ΕΙΕΠ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.htm,09/05)

Επιπλέον, οι διάφοροι ερευνητές κατά καιρούς καταλήγουν ότι ιδιαίτερη σημασία για τη γυναίκα στην κλιμακτήριο έχει η έντονη σωματική δραστηριότητα, προωθώντας τις απαιτούμενες καύσεις του οργανισμού.(Hanson,1993)

Αντιμετωπίζεται, όμως και χειρουργικά, με το γαστρικό by pass, η λαπαροσκοπική και η τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου. Συγκεκριμένα η τελευταία μέθοδος θεωρείται ότι έχει τις λιγότερες επιπλοκές, επειδή το στομάχι παραμένει στο σύνολό του και στην λειτουργία του, ανέπαφο, χωρίς κάποια βλάβη.

Τέλος, ο πλέον σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης είναι η τοποθέτηση ενός λιλιπούτειου βηματοδότη από τιτάνιο στο στομάχι, ώστε να κόβει την όρεξη. Συγκεκριμένα, λειτουργεί με μπαταρίες και τοποθετείται λαπαροσκοπικά στο στομάχι του ατόμου και στέλνει ηλεκτρικούς παλμούς στους μύες του στομάχου, δημιουργώντας μια αίσθηση κορεσμού με πολύ μικρότερη ποσότητα φαγητού από ό,τι συνήθιζε να καταναλώνει.(health & style, 10/05)

5. i) ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια από τις πιο συνηθισμένες και σοβαρές παθήσεις του ανθρώπου. Είναι ένα χρόνια νόσημα που προκαλεί επιπλοκές, λόγω της δυσμενούς επίδρασής του στα αγγεία του σώματος. Η συχνότητα εμφάνισής του ξεπερνάει το 5% του πληθυσμού, αφού είναι η τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 1996)

«Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τη σχετική ή την απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης στον οργανισμό, με αποτέλεσμα τη διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών».

Συγκεκριμένα, η ινσουλίνη είναι πολύ σημαντική για το ανθρώπινο σώμα, γιατί αυτή η ορμόνη παράγεται από το πάγκρεας και ρυθμίζει το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα, καθώς βοηθάει τη γλυκόζη να μεταφερθεί μέσα στα κύτταρα. Έτσι λοιπόν η έλλειψη της ινσουλίνης, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του σακχάρου στο αίμα πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα και ενδεχομένως την αύξηση του σακχάρου στα ούρα. (Μοσχωνάς, 2000)

ii) Τύποι του σακχαρώδη διαβήτη και τρόπος διάγνωσης

Ο τύπος I και τύπος II είναι αντιπροσωπευτικοί τύποι του διαβήτη. Ο τύπος II εμφανίζεται πολύ συχνά καθώς προσβάλλει το 85% του συνόλου του πληθυσμού και συνήθως προσβάλλει τις γυναίκες, ηλικίας άνω των 40 ετών. Σε αυτό τον τύπο εξακολουθεί να παράγεται ινσουλίνη

σε ανεπαρκείς, όμως, ποσότητες. Επιπλέον, αυτού του τύπου ο διαβήτης έχει αργή ανάπτυξη.(Μοσχωνάς,2000)

Η διάγνωσή του είναι εύκολη και γίνεται με την εξέταση ούρων από το γιατρό, ο οποίος θα ελέγξει αν περιέχουν γλυκόζη. Επίσης, διαγιγνώσκεται και με την εξέταση αίματος, ύστερα από πολύωρη αποχή από οποιαδήποτε τροφή. (Stoppard, 2000).

iii) Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Σύμφωνα με την Stoppard (2000), ένας βασικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη είναι η παχυσαρκία. Αν μια γυναίκα, δηλαδή, είναι υπέρβαρη και κάνει υπερβολική χρήση υδατανθράκων, τότε το σύνολο της γλυκόζης στο αίμα θα είναι υψηλό και το πάγκρεας πιθανόν να μην μπορεί να ανταπεξέλθει.

Επιπλέον, το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό συμβάλλει στην πιθανή εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό συμβαίνει, γιατί η πάθηση αυτή εμφανίζει οικογενή χαρακτήρα, δηλαδή μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σε άτομα στενού οικογενειακού περιβάλλοντος. Όμως, η κληρονομικότητα δεν είναι ξεκάθαρη, γιατί κληρονομείται η προδιάθεση εμφάνισής του, μετά από την επίδραση ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων και όχι ο ίδιος ο διαβήτης.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία άνω των 40 ετών, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η βαριά λοίμωξη ή τραυματισμός. (Ντολατζάς ,1998)

ν) Συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Καταστροφή του πίσω τμήματος του ματιού και θολή όραση
- Πολυδιψία (υπερβολική δίψα)
- Ατονία
- Κόπωση
- Αδιαθεσία
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Συχνουρία
- Φαγούρα στο αιδοίο και κολπικές ενοχλήσεις
- Τσουξίματα στα χέρια και στα πόδια
- Συχνές λοιμώξεις, πληγές και ουλές που καθυστερούν να κλείσουν
- Σεξουαλικής φύσεως προβλήματα
- Δύσπνοια
- Κοιλιακοί πόνοι
- Γενικευμένοι πόνοι

Ορισμένες γυναίκες που μπορεί να υποφέρει από ελαφράς μορφής σακχαρώδη διαβήτη, είναι πιθανό να μην εμφανίσουν τα παραπάνω συμπτώματα. (Stoppard, 2000 & Ντολατζάς, 1998)

v) Επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη

Σύμφωνα με την ιατρό Ευθυμία Μανδαλάκη(2005), οι διαβητικές γυναίκες κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου (2-3 φορές μεγαλύτερη) σε σύγκριση με τις μη διαβητικές. Αυτό συμβαίνει, διότι ο σακχαρώδης διαβήτης συνυπάρχει με άλλους υπεύθυνους παράγοντες, όπως αρτηριακή υπέρταση και παχυσαρκία, προκαλώντας αρτηριοσκλήρυνση καθώς και στεφανιαία νόσο.(Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία- Διαβητολογικά Νέα.gr, 03/05)

Άλλες επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με τη Stoppard(2000), είναι η καταστροφή του αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού, καταστροφή νευρικών ινών και νεφρών (νεφροπάθεια), αρτηριοσκλήρυνση, υπέρταση και γάγγραινα.

vi) Τρόποι αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη

Η αυτοβοήθεια παίζει σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Συνεπώς, είναι πολύ βασικό η γυναίκα να ελέγχει το σύνολο της γλυκόζης που λαμβάνει ο οργανισμός της. Ο έλεγχος αυτός, είναι απαραίτητος διότι η μεγάλη ποσότητα γλυκόζης (υπεργλυκαιμία) μπορεί να οξύνει τα συμπτώματα του διαβήτη, ενώ η μικρή ποσότητα (υπογλυκαιμία) μπορεί να προκαλέσει αδυναμία, ζαλάδες, σύγχυση και μερικές φορές απώλεια συνείδησης.(Stoppard, 2000)

Είναι απαραίτητη η ακολούθηση ολιγοθερμιδικής «δίαιτας», δεδομένου ότι η πλειονότητα των ασθενών Τύπου II είναι παχύσαρκες .

Για τις θερμίδες που απαιτούνται ημερησίως πρέπει να ληφθούν υπόψη το βάρος, φύλο και εργασία της ασθενούς. Η σωματική άσκηση στις διαβητικές γυναίκες αποτελεί συμπληρωματική θεραπεία για την καλύτερη ρύθμιση του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα και μείωση σωματικού βάρους. Η γυναίκα μπορεί να επιλέξει ένα τύπο άσκησης που θα την ικανοποιεί.(Μοσχωνάς,2000 & Κατσιλάμπρος,2004)

Σύμφωνα με την Stoppard(2000), οι σοβαρές περιπτώσεις διαβήτη τύπου II μπορεί να απαιτήσουν τη λήψη φαρμάκων υπογλυκαιμίας, προκειμένου να ελαττωθεί το επίπεδο της γλυκόζης. Μόνο στις πάσχουσες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I χορηγούνται ενέσεις ινσουλίνης.

Ανάλογα με τον τρόπο που γίνεται ο μεταβολισμός των υδατανθράκων από τον κάθε οργανισμό, αλλάζει η θεραπεία HRT και γι' αυτό το λόγο η θεραπεία μπορεί να αντίκειται στις διαβητικές γυναίκες.(Stoppard,2000)

Αντίθετα, η Δρ. Ευθυμία Μανδαλάκη(2005) υποστηρίζει ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη, δεν έχουν ιδιαίτερο λόγο να στερούνται την ευνοϊκή επίδραση της HRT.(Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία- Διαβητολογικά Νέα.gr,03/05).

βi) Σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες κατά την κλιμακτηριακή περίοδο και την περίοδο της εμμηνόπαυσης

Η κλιμακτήριος είναι η περίοδος ζωής σημαντικών αλλαγών της γυναίκας ως προς τη σεξουαλικότητά της. Επιπλέον βιώνει ορμονικές μεταβολές από την ψυχική της κατάσταση και τη σωματική της υπόσταση. Παράλληλα, η κλιμακτήριος διαταράσσει τη σεξουαλικότητά της με υφέσεις και εξάρσεις ως προς την επιθυμία της, ενώ στη διέγερσή της δεν παρουσιάζονται σημαντικές αλλαγές.

Όμως, πολλές φορές αναζητώντας ναρκισσιστική επιβεβαίωση εξαιτίας του φόβου της ότι χάνει τη σεξουαλική της ζωή, οδηγείται σε υπερβολές μιας συμπεριφοράς προκλήσεων σεξουαλικού χαρακτήρα. Συχνά δείχνει τολμηρή και ανατρεπτική, χάνοντας το παραδοσιακό της στοιχείο, σε εκείνους που τη γνώριζαν και βλέπουν αυτές τις αλλαγές. Εάν, όμως, ο μόνιμος σύντροφος δεν αντιληφθεί τη σεξουαλική της εικόνα, τότε η γυναίκα προκειμένου να εισπράξει την επιβεβαίωση, μπορεί να στραφεί σε τρίτο πρόσωπο. Νιώθει, δηλαδή, την ανάγκη να βιώσει έρωτα και σεξ ανοίγοντας ένα κεφάλαιο φιλήδονης αναζήτησης. (Ασκητής.htm,03/05)

Βέβαια, υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις και διαφορές στο ζευγάρι, όσον αφορά τη σεξουαλική επιθυμία, διότι οι συνθήκες της ζωής την επηρεάζουν διαχρονικά. Αν μέσα στο ζευγάρι οι διαφορές της σεξουαλικής επιθυμίας είναι μικρές, τότε το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί εύκολα χωρίς να υπάρξουν δυσκολίες στη σχέση. Αν, όμως, οι διαφορές είναι μεγάλες, τότε θα προκύψουν αρνητικές συνέπειες στη σχέση, γιατί αυτός που έχει λιγότερη διάθεση για σεξ προβαίνει σε πράξεις που δεν νιώθει ή απλά δεν επιθυμεί. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα συγκρούσεις και προστριβές μειώνοντας περαιτέρω την επιθυμία για σεξ.

Το άλλο το άτομο που έχει την περισσότερη διάθεση για σεξ θα νιώθει αισθήματα στέρησης και απόγνωσης, με αποτέλεσμα να πιέζει πιο έντονα για ικανοποίηση των αναγκών του. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που έχει σαν αποτέλεσμα δυσκολία στη σχέση.(Γαλανός,1994)

Επιπλέον, η 50χρονη γυναίκα μπορεί να οδηγηθεί σε πλαστικές επεμβάσεις, επειδή δεν μπορεί να συμβιβαστεί με το γεγονός ότι το σώμα της αλλάζει, ανάλογα με την ηλικία.

Παρ' όλα αυτά, η κλιμακτηριακή περίοδος δεν φέρνει ουσιαστικές διαταραχές στη σεξουαλική ζωή της. Όμως σηματοδοτεί μια σεξουαλική ζωή έντονη, γιατί η γυναίκα διεκδικεί το σεξ όταν δεν είναι καλυμμένη συναισθηματικά.

Η εμμηνόπαυση στη γυναίκα ξεκινάει με την ορμονική της σιγή. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι οδηγείται στη σεξουαλική της νέκρωση. Η σεξουαλική ζωή της είναι συχνή και επιθυμητή από την ίδια, όμως οι ορμόνες της σταματούν να λειτουργούν, επιφέροντας μια σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και άλλα συμπτώματα, όπως ξηρότητα κόλπου, κ.ά. Έτσι, αυτό που την ικανοποιεί είναι η κάλυψη των ερωτικών αναγκών του συντρόφου της. Δηλαδή, νιώθει ικανοποίηση και ηδονή χωρίς να είναι στο ίδιο επίπεδο με το σύζυγό της, αλλά κυρίως νιώθει την ανάγκη προσφοράς και της δικής του ικανοποίησης. Η γυναίκα, όσο μεγαλώνει ηλικιακά μετά την εμμηνόπαυση, το σεξ δεν το θεωρεί αναγκαίο.

Έτσι, σιγά - σιγά, η γυναίκα κλείνει τη σεξουαλική της ζωή και υπάρχει μια καλή συναισθηματική σχέση με το σύντροφό της, όπου η σεξουαλικότητά της είναι οριοθετημένη κυρίως στις δικές του ανάγκες. (Μακγκρέγκορ,2000)

ii) Ταξινόμηση σεξουαλικής δυσλειτουργίας

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μια κατάσταση αρκετά κοινή, που το 30-50% των γυναικών υποφέρουν σύμφωνα με τελευταίες μελέτες. Η σεξουαλική δυσλειτουργία ταξινομείται ως εξής:

1. Διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας
2. Διαταραχή της διέγερσης
3. Διαταραχή του οργασμού
4. Διαταραχές οφειλόμενες σε πόνο κατά τη διάρκεια του σεξ (δυσπαρεύνια) .(Θάνος Ασκητής.htm,03/05)

iii) Αιτίες γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας

Η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται σε ανατομικούς, ορμονικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες. Θα πρέπει, όμως, να εξεταστεί αν το πρόβλημα αυτό υπήρχε πάντα ή εμφανίστηκε πρόσφατα. Επίσης, να διευκρινιστεί αν εμφανίζεται ορισμένες φορές ή σε όλες τις σεξουαλικές πράξεις.

Πιο συγκεκριμένα οι αιτίες μπορεί να είναι οι εξής:

1. Οργανικές

- Ανατομικές δυσλειτουργίες
- Φλεγμονές κόλπου ή τραχήλου
- Λοιμώξεις κόλπου ή τραχήλου ή αιδοίου
- Έρπης γεννητικών οργάνων
- Κονδυλώματα αιδοίου - κόλπου
- Ινομώματα
- Μετεγχειρητικές κακώσεις (καρκίνος)

- Παθήσεις ουροποιητικού συστήματος (ουρολοιμώξεις)
- Έλλειψη εφύγρανσης κόλπου

2. Ψυχογενείς

- Κατάθλιψη
- Φοβίες
- Άγχος
- Ψυχώσεις
- Νευρώσεις
- Χρόνιες νευρολογικές παθήσεις

3. Μεικτές

- Ψυχιατρική εξέταση
- Ορμονικό, γυναικολογικό, ουρολογικό και ειδικό αγγειακό έλεγχο.

Οι μεικτές αιτίες διαπιστώνονται μετά από προσεκτικό ιατρικό έλεγχο και διάφορες θεραπείες, όπως ψυχοσεξουαλική θεραπεία, θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, θεραπείες με χρήση ειδικών συσκευών.

4. Φαρμακευτική αγωγή → Είναι ένας άλλος παράγοντας αναστολής της γυναικείας σεξουαλικής ζωής. Επιδρούν στη μείωση σεξουαλικής διέγερσης και δυσκολεύουν τον οργασμό. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα να νιώθει η γυναίκα ότι έχασε το σεξουαλικό της ενδιαφέρον και γι' αυτό μπορεί να πάρει την πρωτοβουλία να διακόψει την αγωγή που της έχει συστήσει ο θεράπων ιατρός. Τα φάρμακα, αυτά, χορηγούνται σε ψυχικές διαταραχές όπου αναφέρθηκαν παραπάνω, σε χρόνιες παθήσεις, όπως ο καρκίνος και σε χρόνιες παθήσεις και άλλα

νευρολογικά νοσήματα, όπως επιληψία. Ο ορμονικός παράγοντας είναι καθοριστικός για τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Συνεπώς, ο γιατρός θα πρέπει να ελέγχει την ορμονική της λειτουργία, σε περιπτώσεις που αναφέρεται σεξουαλική δυσλειτουργία από την ίδια τη γυναίκα ή από το σύντροφό της.

5. Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι μια άλλη αιτία απορύθμισης της σεξουαλικής της ζωής, κυρίως με την αφαίρεση γεννητικών οργάνων (ολική υστερεκτομή) και την αφαίρεση του μαστού μετά από κακοήθεια. Η γυναίκα, μετά την επέμβαση, νιώθει ότι δεν έχει δικαίωμα στη σεξουαλική ζωή και σ' αυτό συμβάλλει και η συμπεριφορά του συζύγου. Όμως, μια γυναίκα μετά από καρκίνο μπορεί να έχει σεξουαλική ζωή και να την απολαμβάνει, αφού στην ολική υστερεκτομή, ο κοιλιακός σωλήνας παραμένει αναλλοίωτος και η σεξουαλική πράξη είναι εφικτή. Επιπλέον, στον καρκίνο του μαστού, η πλαστική χειρουργική της εγγυάται μια ουσιαστική επανόρθωση, έτσι ώστε να νιώθει καλά με τον εαυτό της. (Θάνος Ασκητής.htm,03/05 & Stoppard,2000)

iv) Τρόπος αντιμετώπισης της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας

Η θεραπεία HRT είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, διότι καταπολεμά την ξηρότητα του κόλπου που προκαλεί δυσπαρέυνια. Επιπλέον, βοηθά γενικότερα στην αντιμετώπιση των οργανικών αιτιών και την ψυχολογία της γυναίκας. (Μακγρέγκορ,2000)

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της γυναικείας σεξουαλικότητας είναι, το βιάγκρα. Στοιχεία από πρόσφατες έρευνες, που

πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, δείχνουν ότι το βιάγκρα μπορεί να λύσει τα προβλήματα του σεξ που έχουν σχέση με σωματικές δυσλειτουργίες του γυναικείου γεννητικού συστήματος σε και στις γυναίκες την περίοδο της κλιμακτηρίου και συγκεκριμένα στην εμμηνόπαυση.

Τα αποτελέσματα, δηλαδή, έδειξαν ότι οι γυναίκες που έπαιρναν το βιάγκρα παρουσίαζαν σημαντική βελτίωση στις αισθήσεις του γεννητικού συστήματος, αλλά και στη συνολική τους ικανοποίηση κατά τη συνουσία. Επίσης, ήταν ικανοποιημένες και από τα ερωτικά προκαταρκτικά. Όμως παρατηρήθηκαν και κάποιες παρενέργειες, όπως πονοκέφαλοι, ρινίτιδες, ναυτία, εξάψεις και ήπια προβλήματα όρασης. (Medlook - Βιάγκρα και σεξουαλικά προβλήματα γυναικών.gr, 03/05).



* ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV *

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ

α) i) Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT)

Η κλιμακτήριος προκαλεί ενοχλήματα, τα οποία μπορεί να αρχίσουν και να διαρκέσουν μήνες ή χρόνια πριν το οριστικό σταμάτημα της περιόδου. Επιπλέον, μπορεί να συνεχίσουν να υπάρχουν ακόμα και μετά από το σταμάτημά της. Συνεπώς, η θεραπεία είναι ένα θέμα σοβαρό, λεπτό και πολύπλοκο.

Η θεραπεία που ενδείκνυται, σύμφωνα με την Ιατρική, είναι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης ή αλλιώς HRT (Hormone Replacement Therapy). Αυτή συνίσταται στη λήψη ορμονών, όπως οιστρογόνο ή συνδυασμός οιστρογόνων με προγεστερόνη, αναλόγων με εκείνες που παράγαγε ο οργανισμός της. Η θεραπεία HRT εφοδιάζει ξανά με φυσικές ορμόνες και αποκαθιστά τα επίπεδά τους, ανακουφίζοντας τη γυναίκα από οργανικά και ψυχολογικά συμπτώματα καθ' όλη τη διάρκεια της κλιμακτηρίου.

Με την εφαρμογή της θεραπείας πριν την εμμηνόπαυση, η γυναίκα ανακουφίζεται από τα αρχικά συμπτώματα (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις κ.α). Παράλληλα, καθυστερεί να επέλθει η εμμηνόπαυση, εξαιτίας της διατήρησης της εμμηνορρυσίας. Επιπλέον, η χορήγηση της θεραπείας συμβάλλει στην πρόληψη των επιπτώσεων που επιφέρει η εμμηνόπαυση και η μετεμμηνόπαυση. (Αυγουστής.2002)

«Η HRT έχει χαρακτηριστεί και ως «ελιξήριο ζωής», ένα μαγικό φάρμακο που μπορεί να αναστρέψει τις επιδράσεις της γήρανσης, κρατώντας μια γυναίκα νέα για πάντα. Η HRT δεν είναι η λύση για

την αιωνιότητα, αλλά μπορεί να κάνει πολλές γυναίκες να αισθάνονται νεότερες». (Μακγκρέγκορ,2000, σελ.31)

Η οιστρογόνο ορμόνη είναι η βάση της θεραπείας HRT, καθώς επίσης και τα προγεσταγόνα. Χορηγούνται όταν το επίπεδο των ορμονών του οργανισμού είναι χαμηλό, συνήθως κατά τη διάρκεια ή μετά την εμμηνόπαυση. Τα βασικά οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της θεραπείας HRT είναι σε χημική σύνθεση. Το προγεσταγόνο είναι η συνθετική μορφή της προγεστερόνης. Επειδή η φυσική προγεστερόνη μεταβολίζεται ταχύτατα από τον οργανισμό, δεν παράγει τα επιθυμητά αποτελέσματα όταν λαμβάνεται με τη μορφή δισκίου, γι' αυτό χορηγείται το προγεσταγόνο. Τα οιστρογόνα δίνονται για τη συντήρηση των γυναικείων οργάνων και του στήθους. Βοηθούν, επίσης, στη διατήρηση της ελαστικότητας και της υγρασίας του εσωτερικού τοιχώματος του κόλπου και των άλλων ιστών του οργανισμού. Τα προγεσταγόνα προκαλούν αιμορραγία στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας, κάτι που εμποδίζει την παχυσαρκία, όπως επίσης και τον καρκίνο της μήτρας.(Μακγκρέγκορ,2000)

Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, είχε εμφανιστεί υψηλό ποσοστό καρκίνου της μήτρας, σε ποσοστό 5-14 φορές σύμφωνα με μελέτες, επειδή η θεραπεία HRT περιείχε μόνο οιστρογόνα. Από τότε, τα οιστρογόνα χορηγούνται σε συνδυασμό με τα προγεσταγόνα με σκοπό τα επιθυμητά αποτελέσματα της οιστρογόνου ορμόνης. Κατά μέσον όρο, οι γυναίκες που ακολουθούν τη θεραπεία HRT ζουν τρία ως τέσσερα χρόνια περισσότερο απ' ότι οι άλλες γυναίκες. Έτσι, καλύτερα και λιγότερο επικίνδυνο είναι η εφαρμογή της θεραπείας, παρά η αποφυγή της. (Stoppard, 2000).

ii) Πότε πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία και ποια είναι η αναμενόμενη διάρκεια;

Δεν είναι απαραίτητο να ξεκινήσουν ορμονοθεραπεία όλες οι γυναίκες που μπήκαν στην κλιμακτήριο. Μπορούν να την ξεκινήσουν εκείνες σε περίπτωση που τα συμπτώματά τους δικαιολογούν την ανάγκη αγωγής ή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της οστεοπόρωσης. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι ποτέ δεν είναι αργά να ξεκινήσει η θεραπεία HRT, γιατί θεωρείται σημαντική για τα οστά, αφού σταματά τη περαιτέρω απώλεια οστικής μάζας. Ωστόσο, δεν αναπληρώνει την ήδη χαμένη οστική μάζα.

Επιπροσθέτως, η θεραπεία συνίσταται σε όσες γυναίκες εγκαταστάθηκε νωρίς η εμμηνόπαυση και σε όσες έχουν ενοχλήματα. Ακόμα, χρειάζεται και σε όσες ασυμπτωματικές γυναίκες κινδυνεύουν να αποκτήσουν προβλήματα από την ορμονική ανεπάρκεια και όσες επιθυμούν για προσωπικούς τους λόγους να συνεχίσουν να έχουν εμμηνορρυσία. (Μαγκκρέγκορ, 2000)

Η αναμενόμενη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής καθορίζεται αποκλειστικά από τον ειδικευμένο γιατρό. Η προστατευτική δράση που ασκεί η θεραπεία HRT για την πρόληψη των μακροπρόθεσμων συνεπειών της εμμηνόπαυσης, διαρκεί όσο οι γυναίκες την ακολουθούν. Ωστόσο, τα συμπτώματα επανέρχονται μόλις διακοπεί η θεραπεία, εξαιτίας της μη παραγωγής οιστρογόνου από τον οργανισμό. (Αυγουστής, 2002).

iii) Οφέλη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (HRT)

Το όφελος που προσκομίζουν οι γυναίκες από την εφαρμογή της θεραπείας είναι η πρόληψη της οστεοπόρωσης και η ανακούφιση ή αναστολή των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, συνήθως μέσα στους 3 πρώτους μήνες. (Αυγουστής, 2002) Επιπλέον, βοηθά τις γυναίκες που είχαν πρόωρη εμμηνόπαυση, με την προληπτική της δράση σχετικά με τις επιπτώσεις που επιφέρει και υποκαθιστά τα οιστρογόνα που είναι ανεπαρκή.

Η HRT είναι από τις αποτελεσματικότερες θεραπείες και για την αντιμετώπιση των μακροχρόνιων ασθενειών και διαπιστώνονται τα εξής οφέλη:

1. Προστασία από καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικές συμφορήσεις: Σύμφωνα με έρευνες που είχαν διεξαχθεί, έχει παρατηρηθεί ότι η οξεία ασθένεια της στεφανιαίας νόσου προκαλεί τους περισσότερους θανάτους σε γυναίκες άνω των 50 ετών (1 γυναίκα στις 4). Οι κίνδυνοι της νόσου περιορίζονται σε ποσοστό άνω των 50% με τη χορήγηση οιστρογόνων στα πλαίσια της θεραπείας HRT.

2. Βελτίωση στην κατατομή: Οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορούν να εμφανίσουν διαφορετική κατατομή στο σώμα τους λόγω απώλειας μυϊκής δύναμης, ανάπτυξης λίπους και αλλαγών που προκαλούνται εξαιτίας της οστεοπόρωσης. Η θεραπεία HRT μπορεί να αναστείλει τις αλλοιώσεις αυτές.

3. Διατήρηση υγιών οργάνων, οστών και μυών: Η θεραπεία έχει επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη διατήρηση όλων των οργάνων της αναπαραγωγής (κυρίως μήτρα και τραχήλου) και εμποδίζει την ακράτεια. Επιπλέον, τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της

υγείας, της καλής κατάστασης των οστών των μυών και των αρθρώσεων. Με αυτό τον τρόπο, τα οιστρογόνα περιορίζουν την εμφάνιση πόνων στην πλάτη που προκαλείται λόγω της οστεοπόρωσης. Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η θεραπεία της HRT προσφέρει μια γενικότερη τόνωση στο μυοσκελετικό σύστημα της γυναίκας, με αποτέλεσμα να διατηρείται η ενεργητικότητα και η αντοχή του οργανισμού της.

4. Αύξηση ευεξίας: Κατά τη διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση, η λήψη ορμονών έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή διάθεση, την ανακούφιση από ανησυχίες και την ανανέωση της γυναίκας. Σε καμία, όμως, περίπτωση δεν πρέπει η ίδια να φτάσει στο σημείο να θεωρήσει τη θεραπεία ως ψυχοτονωτικό φάρμακο εξαιτίας της ανακούφισής της από το αίσθημα της κατάπτωσης.

5. Ανακούφιση από τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου. Τα οιστρογόνα, ανεξάρτητα από τον τρόπο χορήγησής τους, ανακουφίζουν από ξαφνικές έντονες ερυθριάσεις, βραδινές εφιδρώσεις και πονοκεφάλους. Βοηθούν, επίσης, και σε διανοητικά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν όπως έλλειψη ικανότητας συγκέντρωσης, δυσχέρεια στη λήψη αποφάσεων και εκρήξεις πανικού. (Μακγκρέγκορ,2000)

Ως προς την ικανότητα για σεξουαλική διέγερση, παρατηρείται μια αύξηση της ικανοποίησης, όχι όμως υποχρεωτικά και μια αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αυτό συμβαίνει γιατί η ικανότητα για σεξουαλική διέγερση διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Παράλληλα, τα συμπτώματα της κολπικής ξήρανσης και της οδυνηρής συνουσίας μπορούν να καταπραυνθούν με τη λήψη οιστρογόνων.

Επιπλέον, η λήψη οιστρογόνων αυξάνει το χρόνο της REM φάσης κατά τη διάρκεια του ύπνου, που υπάρχει η δυνατότητα να ονειρευτεί η

γυναίκα. Όπως είναι γνωστό, ο χρόνος του ύπνου REM αυξάνεται, συνεπώς, υπάρχει βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής ηρεμίας.

Τέλος, τα οιστρογόνα επιφέρουν στο δέρμα μια σχετική τόνωση και ελαστικότητα. Δυναμώνουν τα μαλλιά και νύχια.(Stoppard,2000)

iv) Οι κυριότερες αντενδείξεις και οι κυριότεροι κίνδυνοι της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, διαφαίνεται ότι μόνο το 9% περίπου των γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ακολουθούν τη θεραπεία HRT, ενώ η πλειονότητα των γυναικών τη διακόπτουν, εξαιτίας της ανεπαρκούς πληροφόρησης των ιατρών. Εκείνες που είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν με το γιατρό τα πλεονεκτήματα και τις αντενδείξεις, είχαν μια πιο ρεαλιστική άποψη για τη θεραπεία.

Η βασική αιτία της εγκατάλειψης της θεραπείας HRT είναι οι παρενέργειες του προγεσταγόνου και συγκεκριμένα ο φόβος της μηνιαίας αιμορραγίας. Ένα ποσοστό των γυναικών βρίσκουν ότι οι παρενέργειες του προγεσταγόνου είναι ενοχλητικές και συχνά παραπονιούνται για συμπτώματα όπως πόνοι στην πλάτη, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, αλλαγή διάθεσης, δάκρυσμα, απώλεια ερωτικής διέγερσης, προσθήκη βάρους και κατακράτηση υγρών.

Αντίθετα, οι γυναίκες που λαμβάνουν μόνο οιστρογόνα, συνήθως δεν αντιμετωπίζουν ενοχλήσεις και δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Εντούτοις, αν η δόση είναι πολύ μεγάλη, μπορεί να υπάρξουν ορισμένες παρενέργειες, όπως πονοκέφαλοι, υπερευαισθησία στο στήθος, πιθανή προσθήκη βάρους, αλλά και κάποιες σοβαρές επιπτώσεις, όπως καρκίνος του μαστού.

Επιπλέον παρατηρούνται οι παρακάτω αντενδείξεις, που προκαλεί η θεραπεία HRT:

1. Υπέρταση: Μια κατάσταση που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη για τις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, γιατί έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες, όπως κίνδυνο αύξησης καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών συμφορήσεων. Τα οιστρογόνα δεν επιφέρουν αλλαγή στην πίεση, εκτός αν υπάρχει ιδιαίτερη ευαισθησία, κάτι που είναι σπάνιο φαινόμενο. Ακόμα και σε υπερτασικές γυναίκες είναι δυνατή η χορήγηση ορμονοθεραπείας, αρκεί να ελεγχθεί η πίεση, λίγο μετά την έναρξη της θεραπείας. (Ντολατζάς, 1998)
2. Πόνοι στο στήθος (μαστοδυνία): Οφείλονται στα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων και διαρκούν σε όλη τη διάρκεια του κύκλου HRT. Παράλληλα, μπορεί να παρατηρηθεί πρήξιμο στο στήθος, λόγω των διογκωμένων γαλακτοφόρων αδένων. Συνεπώς, απαραίτητη είναι η αναπροσαρμογή της δόσης του προγεσταγόνου, εξαιτίας των οιστρογόνων.
3. Ημικρανίες: Η αντίδραση στη θεραπεία σε ό,τι αφορά στις ημικρανίες, είναι απρόβλεπτη. Ορισμένες γυναίκες διαπιστώνουν ότι οι ημικρανίες εξαφανίζονται πλήρως, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι επιδεινώνονται. Η συνήθης διαπίστωση είναι ότι επιδεινώνονται στα πλαίσια χορήγησης της προγεσταγόνης ή αμέσως μόλις ολοκληρωθεί. (Zissopoulos.gr, 03/05)
4. Ακανόνιστη αιμορραγία: Περιστασιακά, η θεραπεία HRT μπορεί να οδηγήσει σε ακανόνιστη αιμορραγία και ο γιατρός να χρειαστεί να πάρει δείγμα από το εσωτερικό του τοιχώματος της μήτρας, προκειμένου να διαπιστώσει την ύπαρξη τυχόν ανωμαλιών.

5. **Ινομώματα:** Κατά τη διάρκεια της θεραπείας διαπιστώνεται αύξηση καλοηθών όγκων στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας. Αν τα ινομώματα μεγαλώσουν σε μέγεθος και προκαλέσουν συμπτώματα, όπως ακανόνιστη αιμορραγία ή πίεση, τότε ίσως χρειαστεί να γίνει υστερεκτομή.
6. **Καρκίνος του ενδομητρίου και του μαστού:** Έχουν γίνει πολλές συζητήσεις και δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία απόψεων, για το αν η θεραπεία επηρεάζει την εμφάνιση του ενδομητρίου και του μαστού. Η έκθεση σε θεραπεία HRT με τη χρήση μόνο οιστρογόνων οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για υπερπλασία του ενδομητρίου. Ευτυχώς, όμως, η ανταγωνιστική δράση των προγεσταγόνων μπορεί να δώσει μελλοντική προφύλαξη

Η σχέση της θεραπείας HRT είναι περισσότερο αμφιλεγόμενη, σχετικά με την αύξηση του καρκίνου του μαστού. Σημαντικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενειών του στήθους, η θεραπεία HRT δεν επιφέρει παρενέργειες. (Μακγκρέγκορ,2000).

β) i) Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας

Σύμφωνα με τη Dr.Stoppard(2000) και Dr.Μακγκρέγκορ(2000), υπάρχει μια μερίδα γυναικών που προτιμά να ακολουθήσει εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας από την HRT, επειδή θεωρεί ότι επιφέρουν άμεση ανακούφιση και πληρούν τις προσωπικές τους ανάγκες. Οι εναλλακτικές αυτές, μέθοδοι είναι γυμναστική, ομοιοπαθητική, βελονισμός και πίεση,

αρωματοθεραπεία, υδροθεραπεία, βοτανική, γιόγκα, μασάζ, οστεοπαθητική και χειροπρακτική.

Αντίθετα, ο Ζησσόπουλος(2005) για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας υποστηρίζει τα εξής:

«Στην καθημερινή λύση ιατρικών προβλημάτων ισχύει το αξίωμα: Όποιος γιατρεύει έχει και δίκιο.

*Η γενική μου εντύπωση από τους ασθενείς που βλέπω να μου έρχονται μετά από «εναλλακτικές θεραπείες», είναι ότι ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η φυτοθεραπεία δεν έχουν λύσεις για τα κλιμακτηριακά ενοχλήματα και τα άλλα προβλήματα, που μπορεί να προκύψουν από την εμμηνόπαυση. Από τα διάφορα χρησιμοποιούμενα φυτικά προϊόντα, φαίνεται ότι το εκχύλισμα από *Cinicifuga racemosa* επιφέρει κάποια μείωση των αγγειοκινητικών κλιμακτηριακών ενοχλημάτων. Περίπου όλα τα ομοιοπαθητικά σκευάσματα για την κλιμακτήριο το περιέχουν.*

*Επίσης και το σπαθόχορτο (*Hypericum perforatum*) με την ψυχοτρόπο κατευναστική του δράση βοηθά καμιά φορά αντικαταθλιπτικά.*

Κάπως δραστικά στα αγγειοκινητικά φαινόμενα φαίνεται να είναι παρασκευάσματα από εκχύλισμα σπλήνας (κατά την άποψή μου, σύμφωνα με τις σήμερα επικρατούσες απόψεις για τη νόσο των «τρελών αγελάδων» κ.α., όχι ακίνδυνα).

Όλα τα εναλλακτικά - και λέω εναλλακτικά, επειδή τα περισσότερα δεν έχουν σχέση με ομοιοπαθητική - παρασκευάσματα έχουν ένα κοινό γνώρισμα: Δεν βοηθούν στην καταστολή της συμπτωματολογίας σαν την ορμονική υποκατάσταση και επιπλέον δεν έχουν προστατευτική επίδραση στα αγγεία και στα οστά.

*Προσπάθησα να χρησιμοποιήσω σκευάσματα *Cinicifuga* σε ασθενείς προκατειλημμένες εναντίον της ορμονικής αντιμετώπισης. Η*

προσωπική μου εντύπωση ήταν, ότι σκευάσματα με τα παραπάνω συστατικά βοήθησαν ίσως ελάχιστα και για πολύ λίγο διάστημα.

Το ότι σχεδόν όλες οι ασθενείς μου (περισσότερες από 50) τα σταμάτησαν - οι περισσότερες δεν κατανάλωσαν ούτε την πρώτη συσκευασία - μιλά από μόνο του. Πάντως, το θέμα της αντιμετώπισης ή όχι της κλιμακτηρίου και της εμμηνόπαυσης, παραμένει ακόμη μια πρόκληση για την ειδικότητά μας».

ii) Είδη εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας

1. Γυμναστική άσκηση

Ένα είδος εναλλακτικής θεραπείας είναι η τακτική γυμναστική άσκηση, η οποία είναι ο καλύτερος φίλος της γυναίκας που βρίσκεται στην κλιμακτήριο. Αυτό συμβαίνει γιατί παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου της φυσικής και συναισθηματικής ισορροπίας με τη βοήθεια των ίδιων πηγών του οργανισμού. Όσο περνούν τα χρόνια, η ευελιξία του σώματος, η ρώμη και το καρδιοαναπνευστικό αρχίζουν να εξασθενούν, όμως, αν γυμνάζονται κυρίως οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η εξασθένιση αυτή γίνεται με αργότερο ρυθμό. Η 30λεπτη άσκηση, τέσσερις φορές την εβδομάδα είναι αρκετή για να επιφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. (Ντολατζάς,1998)

Τα οφέλη από την τακτική άσκηση είναι τα εξής:

- μειωμένες πιθανότητες για προσβολή από διαβήτη
- καλύτερη υγιεινή των οστών και μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης οστεοπόρωσης.
- μειωμένος κίνδυνος καρδιακών παθήσεων
- πιο αποτελεσματικό ανοσοποιητικό σύστημα

- υψηλά επίπεδα υγείας τύπου χοληστερόλης στο αίμα
- λιγότεροι πονοκέφαλοι
- ευέλικτες αρθρώσεις
- καλύτερος έλεγχος της όρεξης
- μείωση του λίπους στον οργανισμό
- αυξημένη πνευματική ικανότητα
- καλύτερος ύπνος.

Τέλος, η έναρξη της γυμναστικής άσκησης, αργότερα μπορεί να αποκαταστήσει μικρές ποσότητες της μάζας των οστών, περίπου 4%. Το είδος της άσκησης που θα επιλέξει η γυναίκα, εξαρτάται από τον ελεύθερο χρόνο της, τις δυνατότητές της και την προσωπική της προτίμηση. Τα οφέλη της μπορούν να διαπιστωθούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα συνεχούς γυμναστικής.(Stoppard,2000)

2. Ομοιοπαθητική

Η αρχή της ομοιοπαθητικής συνίσταται στο ότι η ουσία που προκαλεί τα ίδια συμπτώματα με εκείνα μιας ασθένειας, βοηθά στην ίασή της μόνος ε ήπια μορφή. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα προέρχονται από φυτικές, ζωικές ή ανόργανες ουσίες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά σε αραιωμένη μορφή.(Horvilleur,1993)

Οι ομοιοπαθητικοί υποστηρίζουν ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες εκδηλώνουν ανισορροπίες, που θεραπεύονται μόνο με την ομαλοποίηση του φυσικού και ψυχικού κόσμου του συγκεκριμένου ατόμου. Έτσι λοιπόν, οι γυναίκες φροντίζουν την υγεία τους και αναπτύσσουν μια θετική συμπεριφορά, πριν από την έναρξη της εμμηνόπαυσης. (Βυθούλκας,2001)

3. Βελονισμός και πίεση

Ο βελονισμός (πίεση με βελόνες), ως ένα άλλο είδος εναλλακτικής θεραπείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με σκοπό την ανακούφιση από τους πόνους. Η θεωρία του βελονισμού βασίζεται στη διακίνηση της ενέργειας στο σώμα, διαμέσου καναλιών, γνωστά ως μεσημβρινοί. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία είναι τόσο λεπτές, που σχεδόν δεν γίνονται αντιληπτές καθώς εισχωρούν στο δέρμα.(Stoppard,2000 & Ντολατζάς,1998)

Η πίεση είναι παρόμοια μέθοδος με τον βελονισμό, κατά την οποία εφαρμόζεται πίεση στους μεσημβρινούς ενέργειας. Είναι, δηλαδή, μια φάση νευρομυϊκού μασάζ, ασκώντας ο θεραπευτής μεγάλη δύναμη χρησιμοποιώντας τον αντίχειρά του.

Η πίεση βελτιώνει την υγεία και τη γενικότερη ευεξία, καθώς απελευθερώνει την παρεμποδιζόμενη ενέργεια. Επιπλέον, ανακουφίζει από τους πόνους και βοηθά στην αντιμετώπιση ειδικών συμπτωμάτων, όπως η δυσκαμψία.(Stoppard,2000)

4. Αρωματοθεραπεία

Η αρωματοθεραπεία είναι μια σχετικά νέα μέθοδος συμπληρωματικής ιατρικής, η οποία συνίσταται στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Συγκεκριμένα, τα αιθέρια έλαια μπορούν να προκαλέσουν αλλαγή στη διάθεση και να εξασθενίσει το πιθανό άγχος των γυναικών.

Τα αρωματικά έλαια που χρησιμοποιούνται στην αρωματοθεραπεία είναι συμπυκνωμένα αποστάγματα από φυτά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν, είτε μόνα τους είτε αναμειγμένα με άλλα έχοντας διάφορες χρησιμότητες.(Hess,1997)

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, γιατί θεραπεύει μικρούς πόνους και παράλληλα προασπίζει την υγεία και την ευεξία, τόσο της σωματικής όσο και της πνευματικής.

5. Υδροθεραπεία

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

Οι τύποι υδροθεραπείας είναι οι εξής:

- i) Σάουνα
- ii) Σκωτσέζικο ντους
- iii) Καθιστό μπάνιο (Sitz)
- iv) Ατμόλουτρα

(Stoppard,2000)

6. Βοτανική

Έχει αναγνωριστεί, ότι η βοτανοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ως συμπλήρωμα στην ορθόδοξη ιατρική και συγκεκριμένα προσφέρει τη δυνατότητα στον ασθενή να πειραματιστεί με μια μεγάλη ποικιλία βοτάνων, χωρίς να αντιμετωπίσει σοβαρές παρενέργειες. (Ντολατζάς,1998)

Στόχος της είναι η αντιμετώπιση της αιτίας των συμπτωμάτων, παρά τα ίδια τα συμπτώματα καθώς και η βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Στοχεύει, δηλαδή, στην ενίσχυση των φυσικών λειτουργιών του οργανισμού, έτσι ώστε να μπορέσει η ασθενής να θεραπευθεί από μόνη της.

Λίγα από τα βότανα έχουν υποστεί κλινικές δοκιμές, παρ' όλα αυτά μπορούν να αποβούν πολύ αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα. Το μειονέκτημα, όμως, της βοτανοθεραπείας είναι ότι δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με το ποια φάρμακα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση διάφορων συγκεκριμένων ανωμαλιών.(Stoppard,2000)

7. Γιόγκα

Η γιόγκα θεωρείται η πλέον γνωστή θεωρία αυτοσυγκέντρωσης και περιλαμβάνει κινήσεις τεντώματος, χαλάρωσης και βαθιές αναπνοές, οι οποίες συντελούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου.(Stoppard,2000)

Βασικός στόχος της γιόγκα είναι η αρμονική συμβίωση υγιούς πνεύματος και υγιούς σώματος. Η θεραπεία εφαρμόζεται, ανεξαρτήτου ηλικίας και σώματος και βοηθάει στην αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων, όπως κάπνισμα.

Παράλληλα, περιορίζει την υψηλή πίεση και ανακουφίζει από πόνους της πλάτης, ελαφρά κατάπτωση, καθώς και προβλήματα αϋπνίας.(Stoppard,2000 & Ντολαντζάς,1998)

8. Μασάζ

Το μασάζ είναι μια ασφαλής θεραπευτική μέθοδος, που μπορεί να ανακουφίσει τη γυναίκα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου από

συναισθηματική φόρτιση, επιταχύνει την τοπική κυκλοφορία του αίματος και βελτιώνει την τροφοδότηση των ιστών. Όμως, δεν βοηθά στην καταπολέμηση του πάχους, όπως μια μερίδα γυναικών πιστεύει.

Υπάρχουν τα εξής είδη μασάζ:

- i) με πίεση
- ii) με κυκλική κίνηση
- iii) με τις αρθρώσεις των δακτύλων του μασέρ
- iv) με πτέρωμα

(Gerson,1994 & Stoppard,2000)

9. Οστεοπαθητική

Η οστεοπαθητική μπορεί να θεωρηθεί ως μια από τις πιο τεκμηριωμένες και κοινώς αποδεκτές θεραπείες. Όμως, πριν ακολουθήσουν τη θεραπεία οι γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτηρίου, θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινογραφία για να βεβαιωθούν ότι δεν πάσχουν από οστεοπόρωση.

Η βασική θεωρία της θεραπείας είναι η ικανότητα του σώματος να αυτορρυθμίζεται και να αυτοθεραπεύεται, με την προϋπόθεση να βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση.

Η οστεοπαθητική διέγερση, που χρησιμοποιείται κατά τη θεραπεία, έχει σαν βασικό στόχο τη ρύθμιση των καταστροφικών αλλαγών του σώματος, κυρίως στα οστά και στις αρθρώσεις, με τη χειρομάλαξη της σπονδυλικής στήλης. Αυτές οι αλλαγές προέρχονται κυρίως από τραυματισμούς, ξαφνικές και αδέξιες κινήσεις, κακή στάση του σώματος και μυϊκό στρες.

Δύο είναι οι βασικές τεχνικές της οστεοπαθητικής, συγκεκριμένα το μασάζ μυών, σε περίπτωση σπασμού και η διόρθωση οστών της

σπονδυλικής στήλης, με χειρομάλαξη, τα οποία βρίσκονται σε κακή διάταξη.(Stoppard,2000)

10. Χειροπρακτική

Η χειροπρακτική, όπως και η οστεοπαθητική, μπορεί να εφαρμοστεί στις γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο. Όμως, μεγάλη προσοχή απαιτείται στις γυναίκες που πάσχουν από οστεοπόρωση ή έχουν πολύ χαμηλή οστική μάζα.

Η τεχνική αυτή εστιάζει τις προσπάθειές της στην ανατομία της σπονδυλικής στήλης και των νεύρων. Τα νεύρα περνούν από κάθε σπόνδυλο στο δέρμα, οστά, μύες, αιμοφόρα αγγεία και όργανα. Η υγεία ενός συγκεκριμένου οργάνου θα επηρεαστεί με τη χειρομάλαξη ενός συγκεκριμένου σπονδύλου, ενώ παράλληλα τα συμπτώματα που «ανταποκρίνονται» στην τεχνική της χειροπρακτικής είναι οι πόνοι στο λαιμό, μύες και αρθρώσεις.

Αυτοί που εφαρμόζουν τη συγκεκριμένη τεχνική, χειρομαλάσσουν τους σπονδύλους με γρήγορες και κοφτές πιέσεις, με στόχο την επαναφορά του οστού στη θέση του.(Stoppard, 2000).

*** ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ***

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ- ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ:

Προκειμένου να ενισχύσουμε τη βιβλιογραφική μας μελέτη, θεωρήσαμε βοηθητική τη διεξαγωγή της έρευνας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των γυναικολόγων για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα κατά την κλιμακτήριο.

Επιμέρους στόχοι:

- Η διερεύνηση της επίδρασης των σωματικών αλλαγών στη γυναίκα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου.
- Η διερεύνηση της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στη γυναίκα.
- Η διερεύνηση των τρόπων αντιμετώπισης των ψυχοσωματικών αλλαγών της γυναίκας από τους γυναικολόγους.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Ο πληθυσμός του δείγματος είναι οι γυναικολόγοι στην πόλη της Πάτρας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δέκα (10) γυναικολόγους στην πόλη των Πατρών. Επιλέξαμε πέντε (5) άνδρες και πέντε (5) γυναίκες με σκοπό να εστιάσουμε και να συγκρίνουμε τον διαφορετικό, ενδεχομένως, τρόπο αντιμετώπισης των εμμηνοπαυσιακών γυναικών.

3. ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Το εργαλείο για την συλλογή στοιχείων είναι η συνέντευξη, η οποία επιτρέπει τη λεκτική συναλλαγή μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου, και τη μη λεκτική επικοινωνία, τις διευκρινήσεις των απαντήσεων των ερωτώμενων καθώς επίσης την εις βάθος μελέτη του θέματος,

Συγκεκριμένα, το είδος της συνέντευξης είναι δομημένη, διότι βασίστηκε σε προκαθορισμένο άξονα ερωτήσεων, προσαρμοσμένος στα

πρόσωπα που απευθύνεται όπως επίσης στον σκοπό και τους στόχους της έρευνας (Φίλιας, 1997). Η συνέντευξη περιλαμβάνει επίσης ερωτήσεις γνώμης και πίστης.

4. ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ:

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων για την επεξεργασία των πληροφοριών της έρευνας. Συγκεκριμένα, όλες οι απόψεις των γυναικολόγων που παρατίθενται προέκυψαν μέσω της αναλυτικής επεξεργασίας της συνέντευξης.

5. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά την ερευνητική διαδικασία είναι οι εξής:

- Άρνηση ιατρών για συνάντηση με σκοπό την διεξαγωγή της συνέντευξης, εξαιτίας του περιορισμένου χρόνου τους και των αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων. Γι' αυτό το λόγο η έρευνα διήρκησε 2 μήνες.
- Αναμονή μέχρι και 3 ώρες, σε μερικούς ιατρούς για την λήψη της προκαθορισμένης συνέντευξης.
- Άρνηση ορισμένων ιατρών για την χρήση δημοσιογραφικού κασετοφώνου ζητώντας χειρόγραφη καταγραφή της συνέντευξης.

6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Κατά την επαφή με τους ερωτώμενους του δείγματος, χρειάστηκε υπομονή στην πολύωρη αναμονή μέχρι την διεξαγωγή της συνέντευξης. Επίσης προσαρμόστηκε το πρόγραμμά μας, ανάλογα με τις ώρες των συνεντεύξεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήσαμε την τεχνική της πειθούς προκειμένου να επιτύχουμε τον σκοπό μας.

7. ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Η πρώτη επαφή με τους γυναικολόγους πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας και τα ραντεβού μαζί τους, έλαβαν χώρα στα ιατρεία τους πρωινές και απογευματινές ώρες. Πριν διεξαχθούν οι συνεντεύξεις, όλοι οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν για τον ακριβή σκοπό της έρευνας, επισημαίνοντας την τήρηση της πλήρους εχεμύθειας. Κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε δημοσιογραφικό κασετόφωνο, ώστε να αποφευχθεί η αλλοίωση των απόψεων των ερωτώμενων.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Από την ερευνητική διαδικασία των συνεντεύξεων προέκυψαν τα εξής:

-Ως προς τη διάρκεια της κλιμακτηρίου, τις ηλικίες των γυναικών που εισέρχονται στις φάσεις της κλιμακτηρίου και ως την πρόωρη και όψιμη εμμηνόπαυση, παρατηρήθηκαν τα εξής:

Ορισμένοι γυναικολόγοι υποστήριξαν, ότι η διάρκεια της κλιμακτηρίου είναι περίπου 10 χρόνια. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός ανέφερε ότι « *το κλιμακτήριο είναι μία περίοδος της γυναίκας και αρχίζει περίπου πέντε (5) χρόνια πριν έρθει η εμμηνόπαυση και το μετακλιμακτήριο είναι (5) χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Είναι το κλιμακτήριο και το μετακλιμακτήριο και στη μέση η εμμηνόπαυση*».

Ως προς τις ηλικίες των γυναικών που εισέρχονται στις φάσεις της κλιμακτηρίου υπήρξε διάσταση απόψεων. Αυτό συμβαίνει, γιατί σύμφωνα με την άποψη ενός ιατρού, κανένας δεν ξέρει την ηλικία επακριβώς και μπορεί να εξαρτάται από την κληρονομικότητα. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός υποστήριξε ότι η κλιμακτήριος οριοθετείται +, - 5 έτη από την εμμηνόπαυση, της οποίας ο μέσος όρος εμφάνισης είναι το 47^ο έτος της ηλικίας. Συνεπώς, η κλιμακτήριος ξεκινά στην ηλικία των 42 ετών και τελειώνει κατά το 52^ο έτος της ηλικίας. Επιπλέον, ένας ιατρός όρισε γύρω στην ηλικία των 45 ετών, ότι ξεκινά η προεμμηνόπαυση, στα 50 επέρχεται η εμμηνόπαυση και μέχρι τα 53 διαρκεί η μετεμμηνόπαυση

Αντίθετα, ένας ιατρός τόνισε ότι η έναρξη της κλιμακτηρίου εξαρτάται από τις φυλές. Συγκεκριμένα, για την Ελλάδα, η προεμμηνόπαυση, αρχίζει περίπου στην ηλικία των 38-40 ετών, τα 45 είναι η μέση τιμή της εμμηνόπαυσης και γύρω στα 5-7 χρόνια, μέχρι 50-52 ετών, η γυναίκα θα βρίσκεται στη φάση της μετεμμηνόπαυσης.

Παρατηρείται, το φαινόμενο της πρόωρης και της όψιμης εμμηνόπαυσης, σύμφωνα με το οποίο η οριστική παύση της περιόδου μπορεί να επέλθει σε μικρότερες ηλικίες ή σε μεγαλύτερες με βάση τα φυσιολογικά πλαίσια, που προαναφέρθηκαν. Η πρόωρη εμμηνόπαυση θα μπορούσε να συμβεί για παράδειγμα αν κάνει χειρουργείο ή της αφαιρέσουν τις ωοθήκες.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γυναίκες βρίσκονται σε μια υψηλή κατηγορία κινδύνου για την εμφάνιση οστεοπόρωσης όπως τόνισαν δύο (2) ιατροί. Ένας άλλος ιατρός πρόσθεσε και την πιθανή εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Μια γυναικολόγος αναφέρθηκε ότι ο όρος πρόωρη εμμηνόπαυση, «δεν χρησιμοποιείται πια. Αναφέρεται ως πρόιμη ωοθυλακική ανεπάρκεια που μπορεί να συμβεί και στα 35 κυρίως, επειδή οι γυναικίες ορμόνες στα ωοθυλάκια έχουν εξαντληθεί. Με αποτέλεσμα να της εμφανιστεί οστεοπόρωση, επίσης, πολύ νωρίς. Αλλά, τέτοια περιστατικά είναι σπάνια, όπως σπάνια είναι και η εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία, π.χ. στα 56, αλλά συμβαίνει, βέβαια».

Παράλληλα, ένας γυναικολόγος, διευκρινίζει ότι, «έχουμε δει και γυναίκες που μέχρι το 54^ο-55^ο έτος (όψιμη εμμηνόπαυση). Δεν έχω δει γυναίκα μεγαλύτερη από αυτή την ηλικία. Σε αυτή την ηλικία υποπτευόμαστε ότι μπορεί να υπάρχει κάτι άλλο, η ίδια να νομίζει ότι είναι περίοδος ενώ στην ουσία να υποσκάπτεται κάτι άλλο, οπότε χρειάζεται διερεύνηση και εξήγηση. Θα έλεγα μητρορραγία και όχι περίοδος».

Σε αυτές τις περιπτώσεις η ορμονική υποκατάσταση είναι απαραίτητη και σύμφωνα με την άποψη ενός ιατρού «στη πρόωρη εμμηνόπαυση δε πρέπει να αφήσουμε τη γυναίκα να γεράσει πρόωρα».

-Ως προς τα σωματικά συμπτώματα που αντιμετωπίζει η γυναίκα στην αρχή της κλιμακτηρίου (προεμμηνόπαυση). Η πλειοψηφία των

γυναικών ανέφεραν ότι η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει επιδρώσεις, εξάψεις και ελάττωση σεξουαλικής επιθυμίας. Συνεπώς, αυτά είναι τα πιο συνήθη συμπτώματα που μπορεί να αντιμετωπίσει η γυναίκα σε αυτή την περίοδο της ζωής της. Επιπλέον, οι 4 στους 10 ερωτώμενους συμφώνησαν στην εμφάνιση της ξηρότητας του κόλπου και της αύξησης του βάρους στις γυναίκες. Το μικρότερο ποσοστό των ιατρών (3/10), υπογράμμισαν ότι παρατηρείται μυρμηγκιασμα και ταχυκαρδίες, ταχυπαλμίες, καθώς επίσης (2/10), υπέρταση και συρρίκνωση δέρματος.

Επίσης, μεμονωμένα παρατήρησαν ότι η γυναίκα μπορεί να έχει ημικρανίες, πόνους στις αρθρώσεις, δύσπνοια, μυαλγίες, ερυθριάσεις, συρρίκνωση μαστών, κομμάρες και διαταραχή κύκλου.

Τέλος, ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων στην αρχή της κλιμακτηρίου, 5 υποστήριξαν ότι τα παραπάνω συμπτώματα είναι ελάχιστα και εμφανίζονται σε ήπια μορφή και όσο πλησιάζει η γυναίκα προς την εμμηνόπαυση, εντείνονται. Κυρίως, δε, γίνονται αντιληπτά από τις ίδιες εξαιτίας του βεβαρημένου προγράμματος της εργασίας τους, ή αρνούνται ότι έχουν υποστεί αλλαγές στην όλη δομή του σώματος τους και στη ζωή τους, επειδή επιθυμούν να νιώθουν ακόμα νέες. Αντίθετα, μόνο μία γυναικολόγος ανέφερε ότι δύο στα 10 γυναίκες είναι τελείως ασυμπτωματικές (5-6% δεν έχουν συμπτώματα).

Επιπροσθέτως, συμπλήρωσε ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εργασία, η προσωπικότητα, η αγωγή και η παιδεία της κάθε γυναίκας, για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

-Ως προς τις σωματικές επιπτώσεις που επιφέρει η εμμηνόπαυση και η μετεμμηνόπαυση. Όλοι, σχεδόν οι ερωτώμενοι ιατροί συμφώνησαν ότι η συνηθέστερη επίπτωση στις γυναίκες είναι η οστεοπόρωση, ενώ ένας από αυτούς πρόσθεσε ότι παρατηρούνται και κατάγματα σπονδύλων. Αντίθετα, με όλους τους υπολοίπους γυναικολόγους, μία ιατρός υποστήριξε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών, κάτω των 20% εμφανίζουν οστεοπόρωση.

Επιπλέον, μια συχνή επίπτωση σε αυτή την περίοδο είναι οι καρκίνοι γενικότερα, όπως υποστηρίχθηκε από έξι (6) γυναικολόγους. Συγκεκριμένα, τέσσερις (4) γυναικολόγοι ανέφεραν τον καρκίνο του μαστού, ενώ ο ενδομήτριος και των ωθηκών αναφέρθηκε από μία μόνο γυναικολόγο. Αυτή, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους τόνισε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντικός, δηλαδή δεν εξαρτάται από την εμμηνόπαυση καθώς και ο καρκίνος του τραχήλου μειώνεται αυτή την περίοδο. Σε αυτό παρατηρήθηκε συμφωνία από έναν ιατρό, ο οποίος συμφώνησε ως προς τον τράχηλο και τον μαστό αλλά συμπλήρωσε και το ενδομήτριο.

Ακόμα, από τους μισούς αναφέρθηκαν και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ως πιθανή επίπτωση και ένας υποστήριξε ότι « *υπάρχει*

διεθνής διαφωνία κατά πόσο προκαλούνται από την χορήγηση ορμονών. Δε σημαίνει ότι μια γυναίκα που θα εισέλθει στην εμμηνόπαυση θα έχει οπωσδήποτε πρόβλημα στην καρδιά».

Δύο αναφέρθηκαν στη χαλάρωση ιστών στο σώμα της γυναίκας, ενώ άλλοι δύο στην αύξηση βάρους, με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Τέλος μία γυναικολόγος υποστήριξε ότι προκαλούνται αλλαγές στα λιπίδια, αύξηση χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων.

Επιπλέον, ένα σημαντικό κεφάλαιο για την γυναίκα είναι ο σεξουαλικός τομέας που παρατηρείται διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών ιατρών.

Συγκεκριμένα, οι άνδρες υποστηρίζουν ότι παρατηρούνται ορισμένες δυσλειτουργίες εξαιτίας της μείωσης των ορμονών, όπως όλοι ανέφεραν, ξηρότητα του κόλπου και ατροφία. Επιπλέον, ένας συμπλήρωσε ότι ο κόλπος χάνει την ελαστικότητά του, την πτύχωσή του και παρατηρείται στένωση του κόλπου και συρρίκνωση των ιστών. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσπαρεύνια, δηλαδή τον πόνο κατά την συνουσία. Έτσι, λοιπόν, εμφανίζεται μείωση της ερωτικής διάθεσης της γυναίκας και αρνείται την ερωτική πράξη.

Συμφωνία απόψεων υπήρχε από τους περισσότερους που υποστήριξαν ότι αντιμετωπίζεται με τη θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης. Δύο άνδρες ιατροί, συμπλήρωσαν ότι γίνεται χρήση ειδικών σκευασμάτων που λειτουργούν ως λιπαντικά του κόλπου, με σκοπό την ανώδυνη επαφή. Διαφοροποιήθηκε από τους υπόλοιπους ένας ιατρός που υποστήριξε ότι « *εγώ επιμένω να παραμείνουμε στη φύση. Ο Δημιουργός έχει προβλέψει έτσι ώστε το σεξουαλικό ένστικτο να αποδυναμώνεται με τα χρόνια. Αν ο άνδρας επιθυμεί να έχει σεξουαλική επαφή και η γυναίκα φοβάται ότι θα πονέσει, τότε χορηγώ λιπαντικές ουσίες*».

Αντίθετα, οι γυναίκες ιατροί υποστηρίζουν ότι δεν αντιμετωπίζουν οι γυναίκες κατά την κλιμακτήριο σεξουαλική δυσλειτουργία. Συγκεκριμένα, μία ιατρός ανέφερε ότι « *αν η γυναίκα ήταν ενεργή στο παρελθόν, αν υπάρχει σύζυγος και επιθυμία, τότε σε ένα μεγάλο ποσοστό, μπορεί και στις, να είναι πιο ενεργής η σεξουαλική ζωή, ακριβώς επειδή δεν υπάρχει ο φόβος της εγκυμοσύνης. Η ξηρότητα του κόλπου δε θα επέλθει αμέσως, αλλά μετά από 10 χρόνια, στα 60, κάτι που αντιμετωπίζεται*».

Μία άλλη γυναικολόγος, όμως, υποστήριξε ότι «*οι γυναίκες επιθυμούν την εμμηνόρροια κυρίως για την καθυστέρηση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου και την απόλαυση της ερωτικής συνεύρεσης, όπως παλιότερα. Αυτή η μερίδα από ανύπαντρες ή διαζευγμένες που δίνουν ιδιαίτερο βάρος στη σεξουαλική ζωή. Αντίθετα με τις παντρεμένες που δεν τις απασχολεί πια ο σεξουαλικός τομέας*». Συνεπώς, παρατηρείται ανάμεσα στις δύο ιατρούς διαφορά ως προς τη σεξουαλική δραστηριότητα της παντρεμένης γυναίκας.

Τέλος, μία άλλη ιατρός συμπληρώνει ότι μόνο αν δεν ήταν οι γυναίκες σεξουαλικά ενεργές στο παρελθόν θα υπάρχει επιδείνωση λόγω της μείωσης ορμονών και της ξηρότητας του κόλπου.

-Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα: Είναι αναμενόμενο να εμφανίσει η γυναίκα ψυχολογικά συμπτώματα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου, διότι ως ψυχοσωματική οντότητα, τα σωματικά συμπτώματα έχουν αντίκτυπο στον ψυχισμό της. Εμφανίζει, δηλαδή, ψυχολογικές διακυμάνσεις, αλλά το πιο σύνηθες σύμπτωμα σύμφωνα με την πλειοψηφία των γυναικολόγων είναι η κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα, μία ιατρός υποστήριξε ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται στις γυναίκες εξαιτίας των εξάψεων και των επιδρώσεων. Αντίθετα, ένας άλλος ιατρός ανέφερε ότι « νιώθει ότι έχει περάσει σε μία μη παραγωγική περίοδο της ζωής της και αυτό την κάνει να νιώθει λιγότερο γυναίκα. Έτσι, λοιπόν κλείνεται στον εαυτό της και πολλές παθαίνουν κατάθλιψη». Συνεπώς, υπάρχει διαφωνία ως προς τα αίτια της κατάθλιψης, διότι η μεν υποστηρίζει ότι προκαλείται εξαιτίας σωματικών παραγόντων και ο δε λόγω ψυχολογικών.

Αντίθετα, ένας από τους περισσότερους ερωτώμενους τόνισε ότι « σαφέστατα ένα πολύ μικρό ποσοστό 2-5% έχει έντονα τα συμπτώματα με συνέπεια να εμφανιστεί κατάθλιψη, αλλά κυρίως σε γυναίκες που έχουν ιστορικό δηλαδή είχαν κάποιες ψυχικές διαταραχές και πριν την κλιμακτήριο». Την ίδια άποψη ασπάστηκαν και οι δύο γυναίκες ιατροί. Η μία υποστήριξε ότι « μου έχει τύχει περιστατικό, μια γυναίκα με σοβαρή κατάθλιψη και με αυτοκτονικές ιδέες αλλά είχε χρόνια πρόβλημα με την κατάθλιψη και ιστορικό οικογενείας και ίσως της το επέτεινε η εμμηνόπαυση».

Επιπλέον, εμφανίζει κι άλλα ψυχολογικά συμπτώματα όπως υποστηρίχθηκε από πέντε (5) γυναικολόγους, τα οποία είναι μελαγχολία, εκνευρισμός, μοναξιά και στενοχώρια κυρίως επειδή τα παιδιά έχουν φύγει από το σπίτι (σύνδρομο της άδειας φωλιάς) καθώς και αϋπνία. Η αϋπνία οφείλεται και σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως μελαγχολία και νευρικότητα, αλλά και σε σωματικούς όπως εξάψεις και επιδρώσεις. Μόνο από δύο γυναικολόγους και συγκεκριμένα γυναίκες, αναφέρθηκε η εμφάνιση του άγχους κυρίως κατά την προεμμηνόπαυση.

Τέλος, παρατηρείται μείωση ή απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας που οφείλεται σε όλα τα προαναφερθέντα ψυχολογικά συμπτώματα. Από τους άνδρες γυναικολόγους ειπώθηκε ότι τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα την απόρριψη της από τον σύντροφο. Αντίθετα από τις γυναίκες γυναικολόγους δεν αναφέρθηκε κάτι παρόμοιο, αλλά παρέμεινε στη μείωση ή την απώλεια της ερωτικής διάθεσης.

Με αφορμή όλη αυτή την εξιστόρηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων, από τις γυναίκες στους γυναικολόγους, ερωτήθηκαν αν τους έχει συμβεί

να παραπέμψουν σε ψυχίατρο κάποιο περιστατικό με ιδιαίτερα σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των περισσοτέρων τους έχει συμβεί. Ένας ιατρός ανέφερε χαρακτηριστικά, ότι έχει παραπέμψει σε ψυχίατρο, διότι αυτός είναι ο αρμόδιος, ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος να χορηγήσει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, ένας άλλος ιατρός συμπλήρωσε ότι αν τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι σοβαρά και διαταράσσουν την οικογενειακή αρμονία, τότε την παραπομπή σε ψυχίατρο την κρίνει απαραίτητη για την χορήγηση αντικαταθλιπτικής, συνήθως, φύσεως φάρμακα.

Σε έναν ιατρό έχει τύχει μόνο μία φορά, ενώ σε κάποιους άλλους δεν έχει τύχει καθόλου, αλλά υποθετικά θα τις παρέπεμπαν σε ψυχιάτρους. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός υποστήριξε ότι *«δε θα έρθει η γυναίκα στο γυναικολόγο, θα πάει κατευθείαν στο ψυχίατρο, αλλά ο ψυχίατρος οφείλει να ξέρει ότι η κατάσταση αυτή της γυναίκας οφείλεται στην εμμηνόπαυση. Οπότε, θα υπάρξει συνεργασία μεταξύ γυναικολόγου και ψυχιάτρου»*.

Σε αντίθεση με τις παραπάνω απόψεις, έρχεται μια γυναικολόγος, η οποία υποστηρίζει ότι μια γυναίκα κατά την κλιμακτηριακή περίοδο έχει κατάθλιψη και έχει ήδη πάει σε ψυχολόγο, δε βοηθούν τα ψυχοφάρμακα. Αν, όμως την επισκεφθεί μια καταθλιπτική γυναίκα δε θα την παραπέμψει σε ψυχίατρο, γιατί θεωρεί ότι πρέπει να επέμβει. Θα υποκαταστήσει, δηλαδή για κάποιο χρονικό διάστημα ορμόνες, για να επανέλθει σε ομαλά επίπεδα εργασίας και ζωής.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι μια σημαντική μερίδα από τους ερωτώμενους ιατρούς προσπαθεί να τη στηρίξει ψυχολογικά. Αυτό διαπιστώνεται από τη μαρτυρία μιας ιατρού *«δε μου έχει τύχει τέτοιο περιστατικό αλλά μου έχουν τύχει περιστατικά που νιώθουν άσχημα και γενικά βιώνουν την κλιμακτήριο αρνητικά, με τα οποία συνηθίζω να συζητώ σε συμβουλευτικό επίπεδο»*.

-Ως προς τη δυνατότητα αντιμετώπισης των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από τις ίδιες τις γυναίκες, παρατηρείται διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών γυναικολόγων. Αυτό το εισπράξαμε από τα λεγόμενά τους αλλά και από τη διαπροσωπική επαφή μέσω της συνέντευξης, η οποία παρέχει αυτό το σημαντικό πλεονέκτημα.

Οι άνδρες γυναικολόγοι υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες δε μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνες τους τα συμπτώματα. Συγκεκριμένα ένας ιατρός είπε *«καμιά γυναίκα δεν τα αντιμετωπίζει μόνη της. Απλά έρχεται και συμβουλευέται τον ιατρό, εξιστορώντας του τα συμπτώματα. Πάντως, τα ψυχοσωματικά όχι σε βαριά μορφή, αν θέλει η γυναίκα τα αντιμετωπίζει και μόνη της με ανθυποβολή και με συγκράτηση των νεύρων»*.

Επιπλέον, ένας γυναικολόγος υποστηρίζει ότι η γυναίκα για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της, επιθυμεί σωματική, ψυχολογική, φαρμακευτική υποστήριξη και κατανόηση από την οικογένειά της.

Αντίθετα, οι γυναίκες γυναικολόγοι υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες μπορούν να τα αντιμετωπίσουν μόνες τους, χωρίς ψυχοφαρμακευτική αγωγή, γιατί έχουν μπιστοσύνη στο φύλο τους. Συμπληρώνουν ακόμα, ότι αυτές οι γυναίκες είναι μεγαλύτερο ποσοστό.

Μια γυναικολόγος τόνισε ότι *«Ευτυχώς, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών έρχεται και λέει δεν έχω τίποτα»*. Η ίδια είπε ότι πολύ μπορεί να τα αντιμετωπίσει ακόμα και μια παχύσαρκη γυναίκα απλά μειώνοντας το φαγητό. Βέβαια αν τα συμπτώματα ψυχολογικής φύσεως είναι σε βαριά μορφή, τότε αναπόφευκτα θα χρειαστεί ψυχολογική στήριξη.

-Ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις της γυναίκας με την οικογένεια της και την κοινωνία γενικότερα, καθοριστικός παράγοντας είναι η προσωπικότητα. Συγκεκριμένα, από τον χαρακτήρα της, την παιδεία, την ψυχολογική και πνευματική της ωριμότητα, θα εξαρτηθεί αν θα καλυτερεύσουν ή θα χειροτερεύσουν οι σχέσεις της ή αν ακόμα παραμείνουν στο ίδιο επίπεδο.

Από ορισμένους ιατρούς, αναφέρθηκε ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εργασία. Αν, δηλαδή, η γυναίκα εργάζεται, τότε υπάρχει απασχόληση και δεν αντιμετωπίζει τόσο έντονα τα συμπτώματα όσο μια γυναίκα που βρίσκεται διαρκώς στο σπίτι και δεν έχει διεξόδους. Αντίθετα, υποστήριξαν δύο άνδρες γυναικολόγοι ότι πιθανόν τα βεβαρημένο πρόγραμμα της γυναίκας εντείνει τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου και την επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία της.

Επίσης, αν δεν εργάζεται αλλά είναι κοινωνικά δραστηριοποιημένη, σε συνδυασμό με την στήριξη που πιθανόν θα δέχεται από κάποιον *«κοινωνικό ιστό»*, τότε δεν θα απομονώνεται, ενώ στην αντίθετη περίπτωση όπως αναφέρθηκε από μια ιατρό *«κλείνεται στον εαυτό της»*.

Ένας γυναικολόγος, συμπλήρωσε ότι *« η γυναίκα δεν απομονώνεται κοινωνικά, γιατί με την περισυλλογή που επέρχεται ασχολείται με χόμπυ, αφού τα παιδιά έχουν μεγαλώσει και έχει μειωθεί το σεξουαλικό της ένστικτο»*. Συνεπώς, ορισμένες δραστηριότητες ίσως ήθελε να τις κάνει κατά την διάρκεια του γάμου αλλά λόγω πολλών υποχρεώσεων δεν έβρισκε χρόνο.

Στις περιπτώσεις όπου η γυναίκα δεν βιώνει τα ψυχοσωματικά συμπτώματα έντονα, δεν παρατηρούνται ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Αντίθετα, αν η γυναίκα δεν έχει καμία απασχόληση και δεν τη στηρίζει ο σύζυγος, τότε παρατηρούνται πολλές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός υποστήριξε *«λόγω των συμπτωμάτων, η γυναίκα νιώθει ότι της φταίει, χωρίς η ίδια να ξέρει το γιατί. Βλέπει ότι η νιότη της πέρασε, νιώθει αδρανής για πολλά πράγματα. Επιπλέον, διαπιστώνει ότι δεν αρέσει πια, δεν έχει το βλέμμα του κάθε άνδρα που πέρασε ή μπορεί να περάσει από δίπλα της»*.

Επιπλέον, πολλές φορές η γυναίκα λόγω εκνευρισμού συγκρούεται με τα παιδιά της, ενώ επιβαρύνεται ο ψυχισμός της εξαιτίας του συνδρόμου της άδειας φωλιάς ή της απώλειας κάποιου γονέα. Έτσι, η γυναίκα βιώνει μοναξιά και απόρριψη και απομονώνεται από την κοινωνία και απομακρύνεται από το σύζυγο. Όλα αυτά τα συμπτώματα κατευνάζονται, με αποτέλεσμα να επέρχεται ισορροπία στον ψυχισμό της κόσμο, καθώς υποστηρίχθηκε από την πλειοψηφία των ιατρών.

Τέλος, σύμφωνα με την άποψη ενός ιατρού, θα πρέπει να αποφεύγονται οι συγκρούσεις. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι *«υπάρχουν συγκρούσεις αλλά θα πρέπει να γίνονται αποχωρήσεις και από τις δύο πλευρές, ώστε να μην φτάνουν στα άκρα. Ο άνδρας να κατανοήσει την κατάσταση της γυναίκας και η γυναίκα να κατανοήσει η ίδια την κατάστασή της»*.

-Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης από τους ιατρούς, όλοι χορηγούν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης συνεκτιμώντας, όμως, τη γενική κατάσταση της γυναίκας. Η γυναίκα, δηλαδή υποβάλλεται σε μια σειρά εξετάσεων όπως το τεστ Παπανικολάου, μέτρηση οστικής μάζας, εξέταση αίματος, μαστογραφίες, χορήγηση βιταμινών, ασβεστίου, υπερηχογράφημα, έναν ορμονική προσδιορισμό για την διαπίστωση έλλειψης ή μη οιστρογόνων και γενικότερα ένα γυναικολογικό έλεγχο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν τη συστήνουν, όταν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια ή ιστορικό θρομβώσεως και ιπατίτιδας, αν είναι υπέρβαρη κι αν έχει κίρσους. Επιπλέον, οι μισοί γυναικολόγοι τόνισαν ότι μόνο για 2-5 χρόνια επιτρέπεται η λήψη ορμονών. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός είπε ότι *«τα ορμονικά σκευάσματα μπορεί να τα χορηγήσω για λίγο καιρό για την καλύτερευση των συμπτωμάτων. Δεν πρέπει η θεραπεία να είναι πολυετής. Εγώ τα χορηγώ, συγκεκριμένα για 3 χρόνια και μετά τους συνιστώ τη διακοπή τους. Απλώς, ένα γεφύρωμα κάνω για να πάει από την προεμμηνόπαυση στη μετεμμηνόπαυση ομαλότερα»*. Επίσης, αυτός ο ιατρός δε χορηγεί συνήθως τη θεραπεία ΗΡΤ, γιατί όπως υποστηρίζει, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, δημιουργούν καρκινογενέσεις. Συνιστά ένα φάρμακο που έχει οιστρογονική δράση αλλά όχι ισχυρή.

Σε περιπτώσεις που υπάρχουν αντενδείξεις ή λόγω του φόβου ορισμένων γυναικών για τη λήψη οιστρογόνων, συνιστούν φυτοοιστρογόνα όπως ειπώθηκε από τους μισούς ιατρούς. Αντίθετα, ένας ιατρός υποστηρίζει ότι *«είμαι θιασώτης της ορμονικής υποκατάστασης, που πρέπει να δοθεί στην εμμηνοπαυσιακή γυναίκα»*. Συμπληρώνει, επίσης, ότι υπάρχουν πάρα πολλά σκευάσματα ορμονικής θεραπείας και μερικοί υποστηρίζουν ότι προκαλεί καρκίνο του μαστού, αλλά κατά τη γνώμη του είναι μικρό το ποσοστό εμφάνισης.

Διαπιστώνεται κυρίως στις γυναίκες που δεν είχαν ορμονική και ιατρική υποστήριξη για πολλά χρόνια. Συγκεκριμένα, η θεραπεία είναι αποτελεσματική ως προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου αλλά και ως προς την πρόληψη μακροχρόνιων επιπτώσεων από την εμμηνόπαυση και έπειτα.

Τέλος, η πλειοψηφία συμπλήρωσε ότι θα προτείνουν ορμονική υποκατάσταση ανάλογα με την περίπτωση, αλλά την τελική επιλογή την έχει η γυναίκα. Μία γυναικολόγος υποστήριξε ότι αρκετές γυναίκες αρχίζουν θεραπεία αλλά εξαιτίας του φόβου τους για πιθανές παρενέργειες, τη διακόπτουν απότομα.

-Ως προς την παρότρυνση γυναικών από τους ιατρούς για λήψη εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, και οι δέκα υποστήριξαν, ότι η πλέον αποτελεσματική είναι η γυμναστική. Ως προς τις υπόλοιπες μεθόδους όπως αρωματοθεραπεία, γιόγκα, βοτανοθεραπεία κ.α., ήταν αρκετά επιφυλακτικοί για την αποτελεσματικότητά τους. Συγκεκριμένα, ένας ιατρός υποστήριξε ότι *« υπάρχουν κι αυτές που καταφεύγουν σε γιόγκα κι άλλες μεθόδους. Απ'ότι λένε οι γυναίκες είναι αποτελεσματικές, εγώ όμως δεν τις πιστεύω πολύ».*

Υποστηρίχθηκε από πολλούς, ότι η γυμναστική είναι αποτελεσματική γιατί βοηθάει στη μείωση των εξάψεων, στην πρόληψη της οστεοπόρωσης και η γυναίκα αποκτά ένα αίσθημα ευεξίας. Μια γιατρός, συγκεκριμένα υποστήριξε ότι *« Προτείνω, βέβαια και εναλλακτικές θεραπείες κυρίως άσκηση όλων των τύπων, γυμναστική ιδιαίτερα, αλλά και πολύ βάδισμα, ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα των ενδορφινών στο σώμα της. Αυτές επηρεάζουν θετικά την ψυχολογία και την αυτοπεποίθηση της γυναίκας».*

Από τους γυναικολόγους υποστηρίχθηκε επιπλέον, ότι η σωστή διατροφή (γαλακτοκομικά προϊόντα), σκευάσματα ασβεστίου, όλων των τύπων τα σπόρ, το γυμναστήριο και το περπάτημα μειώνουν την αύξηση βάρους και την πιθανή εμφάνιση παχυσαρκίας. Ταυτόχρονα, αποφεύγεται η αλλαγή της κατανομής του λίπους και του σωματότυπού της και προλαμβάνεται η οστεοπόρωση.

Συμπερασματικά, υπάρχει ομοφωνία ως προς την αποτελεσματικότητα της γυμναστικής και της σωστής διατροφής σε συνδυασμό, όμως με την θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης. Δηλαδή, την αντιμετωπίζουν ως υποβοηθητική και τονίζουν ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων δεν είναι εφικτή μόνο με αυτή την μέθοδο. Δεν αμφισβητούν όμως ότι με αυτό τον συνδυασμό επέρχονται καλύτερα αποτελέσματα.

Αντίθετα, μία διαφοροποιημένη απάντηση από έναν ιατρό ήταν η ακόλουθη, *« Με στατιστική έρευνα έχει αποδειχθεί ότι καλύτερα να μη χορηγούμε σκευάσματα, αλλά να αντιμετωπίζει η γυναίκα τα συμπτώματα με φυσική αγωγή όπως περπάτημα, κολύμπι, φυσιοθεραπεία, σωστή*

διατροφή με πολλά φρούτα και λαχανικά υπό την επίβλεψη όμως του ειδικού».

Στη συνέχεια υποστηρίζει ότι τα παραπάνω ισχύουν για τις περισσότερες γυναίκες, εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που τα συμπτώματα βρίσκονται σε έξαρση.

* ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI *

1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την διεξαγωγή της έρευνας παρατηρήθηκε διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών γυναικολόγων σε ορισμένα σημεία της συζήτησης. Επιπλέον, επαληθεύτηκε η θεωρητική άποψη μέσω της βιβλιογραφίας. Συνεπώς, τα συμπεράσματα που προέκυψαν μέσω των συνεντεύξεων είναι τα εξής:

1. Παρατηρήσαμε μια σχετική διαφοροποίηση απόψεων για τον ηλικιακό καθορισμό της γυναίκας που εισέρχεται στις φάσεις της κλιμακτηρίου μεταξύ ιατρών και βιβλιογραφικής μελέτης.

2. Οι γυναικολόγοι ανέφεραν μια διαφορετική ορολογία για τον καθορισμό των φάσεων της κλιμακτηρίου. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ο όρος περιεμμηνόπαυση αντί της προεμμηνόπαυσης και μετεμμηνόπαυσης, προκλιμακτήριο και μετακλιμακτήριο αντί προεμμηνόπαυσης και μετεμμηνόπαυσης. Επιπλέον, αναφέρθηκε και ο όρος πρόωρη ωοθυλακική ανεπάρκεια αντί της πρόιμης εμμηνόπαυσης.

3. Τα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά συμπτώματα αλληλοσυνδέονται διότι το ένα είναι συνέπεια του άλλου. Συγκεκριμένα, τα σωματικά συμπτώματα έχουν αντίκτυπο στον ψυχισμό της γυναίκας καθώς και στις κοινωνικές της συναναστροφές. Για παράδειγμα μια καρκινοπαθής γυναίκα στην κλιμακτήριο ενδεχομένως να εμφανίσει κατάθλιψη με αποτέλεσμα να απομονωθεί από το σύζυγο και τις φιλικές της συναναστροφές. Αντίθετα, μπορεί ένα ψυχολογικό σύμπτωμα να έχει επίπτωση στο σωματικό και κοινωνικό τομέα, δηλαδή μια καταθλιπτική γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει συναίσθημα κατάπτωσης και να μην έχει επικοινωνία με τον κοινωνικό της περίγυρο.

4. Παρατηρήθηκε πλήρης συμφωνία απόψεων για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων στην περίοδο της προεμμηνόπαυσης (αρχική φάση κλιμακτηρίου), από τους ιατρούς και από τη βιβλιογραφική μελέτη.

5. Υπήρξε συμφωνία από την πλειοψηφία των γυναικολόγων με τη βιβλιογραφική μελέτη, ως προς τις πιθανές μακροχρόνιες σωματικές επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης και μετεμμηνόπαυσης. Αντίθετα, δεν αναφέρθηκε ο σακχαρώδης διαβήτης ως πιθανή επίπτωση από τους ιατρούς.

6. Στο σεξουαλικό τομέα αναφέρθηκε από τους άνδρες γυναικολόγους απόρριψη της γυναίκας από το σύζυγο, ενώ από τις γυναίκες ιατρούς δεν έγινε τέτοια αναφορά. Συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες ιατροί πιστεύουν, ότι οι γυναίκες μπορούν να ανταπεξέρχονται στις δύσκολες καταστάσεις.

7. Η επικρατέστερη ψυχολογική επίπτωση σύμφωνα με τα περιστατικά των ιατρών είναι η κατάθλιψη. Αυτό διαφαίνεται και από τη βιβλιογραφία.

8. Το άγχος αναφέρθηκε ως ψυχολογική επίπτωση μόνο από δύο γυναικολόγους σε αντίθεση με τη βιβλιογραφική μελέτη, που παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο συνήθη ψυχολογικά συμπτώματα.

9. Μέσω των συνεντεύξεων παρατηρήθηκε ότι οι μισοί ιατροί προσπαθούν να προσφέρουν και ψυχολογική υποστήριξη στην γυναίκα κατά την κλιμακτήριο, ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι επιλέγουν την παραπομπή της σε ψυχίατρο για καλύτερα αποτελέσματα.

10. Όπως παρατηρήθηκε μέσα από την έρευνα και από τη βιβλιογραφία, η προσωπικότητα, η παιδεία, η πνευματική και ψυχολογική ωριμότητα, παίζουν καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από την γυναίκα και επηρεάζουν τις διαπροσωπικές της σχέσεις με τον σύζυγο και τις κοινωνικές της συναναστροφές.

11. Σύμφωνα με μερικούς γυναικολόγους, εμφανίζεται απώλεια κατανόησης, συμπαράστασης και στήριξης της γυναίκας από το σύζυγο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά ο ψυχικός της κόσμος, δηλαδή να νιώθει μοναξιά και απογοήτευση. Αντίθετα, δεν υπάρχει σχετική αναφορά στη βιβλιογραφία.

12. Παρατηρήθηκε διαφοροποίηση απόψεων αντρών και γυναικών γυναικολόγων ως προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου από τις γυναίκες. Οι γυναίκες ιατροί έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στο φύλο τους και στο δυναμισμό τους.

13. Η θεραπεία HRT είναι αποτελεσματική όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα και τη βιβλιογραφική μελέτη, διότι προλαμβάνει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις που προκαλούνται εξαιτίας της εμμηνόπαυσης καθώς αντιμετωπίζει και τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου. Επιπλέον, η γυναίκα αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά επειδή πιστεύει ότι παρατείνεται η νιότη της.

14. Παρατηρήθηκε ομοφωνία απόψεων ως προς το βοηθητικό ρόλο της γυμναστικής για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου ενώ συμφώνησαν ότι οι υπόλοιπες εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας ενδεχομένως να μην είναι αποτελεσματικές. Αντίθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική μελέτη τονίστηκε ιδιαίτερα η αποτελεσματικότητά τους.

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Θεωρήσαμε αναγκαίο να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις για την εξοικείωση της γυναίκας στην κλιμακτηριακή φάση που δυσχεραίνουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική της ζωή. Αυτές οι προτάσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Να επισκέπτεται η γυναίκα, τακτικά τους ιατρούς για την διεξαγωγή γενικών εξετάσεων με σκοπό την διάγνωση και την πρόληψη πιθανών επιπτώσεων της κλιμακτηρίου.

2. Να ακολουθεί μια υγιεινή ζωή, δηλαδή μια ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση.

3. Να απολαμβάνει η γυναίκα την κάθε ηλικιακή φάση της ζωής της, γιατί η κάθε μία είναι μοναδική, ξεχωριστή και έχει τα δικά της πλεονεκτήματα.

4. Να διευρύνει τον κοινωνικό της κύκλο, με την δημιουργία ομάδων με συνομήλικες φίλες της αλλά και να στραφεί σε καινούργιες γνωριμίες.

5. Να δραστηριοποιηθεί ξεκινώντας κάποια χόμπι ή γενικά δραστηριότητες, τις οποίες δεν μπορούσε να ακολουθήσει στο παρελθόν λόγω υποχρεώσεων.

6. Σε περιπτώσεις ψυχολογικών διακυμάνσεων μια επίσκεψη σε έναν Κοινωνικό Λειτουργό ή ψυχολόγο, θα ήταν αρκετά βοηθητική για την γυναίκα.

7. Να αφιερώνει χρόνο στον εαυτό της η γυναίκα και να ασχολείται με ότι την ευχαριστεί.

8. Προσπάθεια προώθησης διαλόγου στο ζευγάρι με σκοπό την εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους, ανανεώνοντας έτσι τη σχέση τους και αντιμετωπίζοντας από κοινού τις τυχόν δυσκολίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αγγελάκης Άκης**, «Η τέχνη της αυτοπεποίθησης στη ζωή και στις πωλήσεις», εκδοτικός οίκος Interbooks, Αθήνα 1999
2. **Δρ. Αλειφερόπουλος Δημήτριος**, «Οστά και αρθρώσεις για Τεχνολόγους Ακτινολόγους», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000
3. **Αθανασιάδης Δημήτριος**, «Αρτηριακή Υπέρταση, Διάγνωση και Θεραπεία», εκδόσεις Λεωνίδας Ξερός, Αθήνα, 1995
4. **Αϊαν Όσγουολντ και Κέρστιν Άνταμ**, «Αϋπνία. Χρυσές συμβουλές για έναν καλύτερο ύπνο», εκδόσεις Αθανάσιος Ψυχογιός, Αθήνα 1983
5. **Αυγουστής Ιωάννης MD.PhD**, «Όλα για την Υγεία. Πρακτική Οικογενειακή Ιατρική», 2002
6. **Barlow & Durand**, «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά. Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση», μετάφραση Μπαρπάτση, Β έκδοση, εκδόσεις Ελλην, 2002
7. **Βασιλάκη Στέλλα**, «Αρωματοθεραπεία και θεραπεία κατά ζώνες», Θεσσαλονίκη 1993
8. **Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, καθηγητής Γκρεγκ Γουίλκινσον**, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Στρες. Συμπτώματα, Εξετάσεις, Διάγνωση, Θεραπείες, Αυτοβοήθεια, Τρόπος ζωής», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
9. **Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Οικογενειακός, Ντ. Τζ. Μπιβερς**, «Ιατρικός Οδηγός, Αρτηριακή Πίεση, Συμπτώματα, Εξετάσεις, Διάγνωση, Θεραπεία, Αυτοβοήθεια, Τρόπος ζωής, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα, 2000
10. **Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Δρ. Κρίστοφερ Ντέιβιντσον**, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Στεφανιαία Νόσος, Συμπτώματα, Εξετάσεις, Διάγνωση, Θεραπείες, Αυτοβοήθεια, Τρόπος ζωής», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000
11. **Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Δρ. Κόμπστον Τζουλιέτ**, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Οστεοπόρωση. Συμπτώματα.

Εξετάσεις. Διάγνωση. Θεραπείες. Αυτοβοήθεια. Τρόπος ζωής», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000

12.**Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Δρ. Κριστοφερ Ν. Μάρτιν και Δρ Κάθριν Ρ. Γκέϊλ**, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Ασθενής μνήμη και Άνοια. Συμπτώματα, Εξετάσεις, Διάγνωση, Θεραπεία, Αυτοβοήθεια», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000

13.**British Institute of management, Cary Cooper & Alison Straw**, «Επιτυχημένη Αντιμετώπιση του stress σε μία βδομάδα!», εκδόσεις Anubis, Αθήνα 1994

14.**Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Δρ.Αν Μακγκρέγκορ**, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Εμμηνόπαυση και Ορμονοθεραπεία, Συμπτώματα, Εξετάσεις, Διάγνωση, Θεραπείες, Αυτοβοήθεια, Τρόπος ζωής», Αθήνα 2000

15.**Βυθούλας Γεώργιος**, «Ομοιοπαθητική. Η νέα ιατρική», εκδόσεις Αδάμ, Αθήνα 1992

16.**Γαλανός Δημήτριος**, «Η ερωτική ψυχολογία της παντρεμένης», εκδόσεις Μπουκουμάνης, Αθήνα 1994

17.**Dollinger Mallin MD, Rosenbaum Ernest MD και Cable Greg**, «Ο Καρκίνος, διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους», μετάφραση Μαθάς Χρήστος, Αθήνα, 1992

18.**Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας**, «Η Καρδιά», εκδόσεις ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., Αθήνα, 1996

19.**Gilbert Paul**, « Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με Γνωστικές – Συμπεριφορικές Τεχνικές», επιμέλεια Μόνος Δημήτριος, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

20.**Horvilleur Alain**, «Οδηγός ομοιοπαθητικής για την οικογένεια», τεχνοεκδοτική ΕΠΕ, Αθήνα 1998

21.**Ίσκα Σαλτζμπέργκερ- Ουίτενμπεργκ**, «Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και ανθρώπινες σχέσεις. Μια Κλαϊνική προσέγγιση», εκδόσεις Καστανιώτη

- 22.**Joel Gerson**, «Αισθητική. Το βασικό βιβλίο του Επαγγελματία Αισθητικού», μετάφραση Καρασταμάτη, 1^ο τόμος, εκδόσεις Ιων, Αθήνα 1994
- 23.**Δρ.Καβάκας Ανανίας**, «Συναισθήματα και πώς επηρεάζουν τη ζωή μου», εκδόσεις Λυχνία, 1988
- 24.**Katchadourian Herant,M.D.**, «Στα πενήντα. Εξετάζοντας τα προβλήματα της μέσης ηλικίας», Α έκδοση, εκδόσεις κάτοπτρο, Αθήνα 1993, σελ. 164
- 25.**Κατσιλάμπρος Νικόλαος και Συνεργάτες**, «Κλινική Διατροφή», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004
- 26.**Κλεφταράς Γεώργιος**, «Η κατάθλιψη σήμερα; Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα», εκδόσεις Ελληνικά, Αθήνα 1998
- 27.**Ι.Κούρος**, «Ψυχικά προβλήματα και θεραπείες», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- 28.**Κουτάλας**, «Η θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,1993.
- 29.**T.Lemberiere- A.Feline & συνεργάτες**, «Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», Β τόμος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995
- 30.**Louis Cohen & Lawrence Manion**, «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας», εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα 1994
- 31.**Λουρίδας και Μπουγιούκας**, «Επίκτητες καρδιοπάθειες, σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία», εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991
- 32.**Λυρίτης**, «Οστεοπόρωση», εκδόσεις Press line, Αθήνα 1996
- 33.**Μάνος Νίκος**, «Κλινική ψυχιατρική. Βασικά στοιχεία», αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις University studio Press, Θεσσαλονίκη 1997,σελ.38,39,47,190,252
- 34.**Μαντιάφου- Κανελλοπούλου Μαρία**, «Μοναξιά. Αναζητώντας τα παράθυρα», εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 2003

- 35.**Μοσχωνάς Ιωάννης**, «Εγχειρίδιο Προσέγγισης του Διαβητικού ασθενούς», επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2000
- 36.**Ντολατζάς Θεόδωρος**, «Ο γιατρός συμβουλεύει. Προληπτική Ιατρική», τόμοι 1-4, εκδόσεις Κορωναίου, 1998
- 37.**Οικονόμου Ξενοφών**, «Ειδική Διαιτητική Προληπτική και θεραπευτική. Βασικές αρχές», εκδόσεις Λύχνος ΕΠΕ, Αθήνα,1996,σελ129
- 38.**Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**, «Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Με οδηγίες για τη χρήση οπιοειδών», Β έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,2000
- 39.**Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**, «Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,1993
- 40.**Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**, «Υπέρταση, Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα-Μονοπρόσωπη ΕΠΕ, Μετάφραση Αχείμαστος και Στεργίου,Αθήνα,1998
41. **Παπαδάτου Δανάη και Αναγνωστόπουλος Φώτιος**, «Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
- 42.**Παπαϊωάννου**, «Κλινική κοινωνική Εργασία. Κοινωνική Εργασία με Άτομα», εκδόσεις ΕΛΛΗΝ- Γ.Πάρικος κ ΣΙΑ Ε.Ε, Αθήνα 1998
- 43.**Dr.Peter & G.Hanson**, «Η χαρά του stress. Πώς να κάνετε το stress να δουλεύει για σας», μετάφραση Αντιγόνη Πανέτσου-Ωρακοπούλου, Αθήνα 1993
- 44.**Γ. Πιπερόπουλος**, «Ένας ψυχολόγος κοντά σου», Γ έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 45.**Ποταμιάνος & Συνεργάτες**, « Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική», 5^η αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2002
- 46.**Shelley Hess**, «Οδηγός για την αρωματοθεραπεία», εκδόσεις Ιων, Αθήνα 1999

47.**Stoppard Miriam**, «Εμμηνόπαυση. Ένας ολόκληρος πρακτικός οδηγός που θα σας βοηθήσει να οργανώσετε τη ζωή σας και να διατηρηθείτε τη φυσική και ψυχική σας ισορροπία», εκδόσεις Δομική, Αθήνα 2000,σελ 66

48.**Τουτούζας και Μπουντούλας**, «Καρδιακές Παθήσεις», 3^ο τόμος, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος κ.Παριστάνος, Αθήνα 1992

49.**Τσιμπούκης Κωνσταντίνος**, «Εκτίμηση Προσωπικότητας», Γ τόμος, Αθήνα 1980, σελ.22

50.**Φίλιας Βασίλειος κα.**, «Εισαγωγή στη μεθοδολογία και στις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1997

51.**Χαρτοκόλλης Πέτρος**, «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Β έκδοση, αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις Θεμέλιο, Πάτρα 1991

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ INTERNET

1.A:\ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ.htm(03/05)

2.A:\in.gr.health-Γυναίκα.htm

3.A:\WYETH....Therapeutic Areas.htm(03/05)

4.A:\Zissopoulos-gr.htm(03/05)

5.A:\Δρ-ΘάνοςΕ-Ασκητής.htm

6.A:\Εμμηνόπαυση.htm και www.asakidis.gr(03/05)

7.A:\κλιμακτήριος.htm και www.novartis.gr

8.A:\IatroCluB-Health Portal All About Health.htm και www.iatroclub.gr(03/05)

9.A:\medlook-Αιτίες απώλειας επιθυμίας για σεξ.htm

10.A:\medlook-βιάγκρα και σεξουαλικά προβλήματα γυναικών.htm

11.A:\ΕΙΕΠ-ΑΡΘΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.htm(0/9/2005)

12.health & style, 10/2005. περιοδικό

13.Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία- Διαβητολογικά Νέα 03/05