



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK

DISERTACION

Për Marrjen e Gradës Shkencore
DOKTOR

SHËNDETI I GRUAS NË MOSHËN E MENOPAUZËS NË TIRANË
ASPEKTE EPIDEMIOLOGJIKE

Kandidati:
Miranda Hajdini

Udhëheqësi Shkencor:
Prof. Asc. Vilma Mema

TIRANË 2022

UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Miranda Hajdini

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: “SHËNDETI I GRUAS NË MOSHËN E MENOPAUZËS NË TIRANË.
ASPEKTE EPIDEMIOLOGJIKE”**

MBROHET NË DATË

PARA JURISË:

- | | |
|-----------------------------|---------|
| 1. Prof. Genta QIRIAKO | KRYETAR |
| 2. Prof. Enver ROSHI | OPONENT |
| 3. Prof. Gjergj THEODHOSI | OPONENT |
| 4. Prof. Rubena MOISIU | ANËTAR |
| 5. Prof. Llukan RRUMBULLAKU | ANËTAR |

Parathënie

Kërkime të shumta për menopauzën janë zhvilluar në shumë vende të botës, sepse është një fenomen i pashmangshëm dhe vendimtar në jetën e një gruaje. Rezultatet kryesore lidhen me faktin që çdo eksperiencë është unike dhe një grua mund të ketë ose jo simptoma gjatë kësaj kohe. Studime të ndryshme kanë përcaktuar që menopauza është e lidhur me fillimin e shumë sëmundjeve kronike, të cilat mund të ndikojnë në cilësinë e jetës dhe është e rëndësishme që të njohim si përceptohet dhe përjetohet ky fenomen në shoqërinë shqiptare.

Korniza konceptuale e këtij studimi është bazuar në konceptin e menopauzës si tranzicion në një kohë kur ruajtja e shëndetit bëhet primare. Periudha e perimenopauzës dhe menopauzës përbëjnë një kohë tranzicioni sfiduese për jetën e një gruaje dhe shëndeti në menopauzë është një aspekt kryesor në plakjen e shëndetshme. Menopauza duhet të shihet si gjendje dinamike, ku femrat të marrin në kontroll shëndetin e tyre, duke u përshtatur ndaj ndryshimeve dhe menaxhimit të problemeve shëndetësore.

Me anë të këtij studimi, do të vlerësohen simptomat kryesore në menopauzë, aspektet epidemiologjike të tyre, gjendjet shëndetësore të përjetuara dhe përceptimet, në mënyrë që pas njohurive të marra të mund të zhvillohet një program i gjerë për të promovuar menopauzën si një gjendje tranzicioni por në mënyrë të shëndetshme.

Falenderim

Falenderoj udhëheqësin tim shkencor për ndihmën në të gjitha etapat e studimit duke më ofruar eksperiencën dhe ekspertizën e tij në fushën e Shëndetit Publik.

Falenderim dhe mirënjohje për të gjithë pedagogët dhe kolegët që më kanë ndihmuar dhe përkrahur gjatë punës për të realizuar me sukses këtë projekt shkencor.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon.

Shkurtesa

BMI	Indeksi i masës trupore
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
FSH	Hormoni Folikulo-stimulues
LH	Hormoni Luteinizues
WHI	Women's Health Initiative
CVD	Sëmundje Kardio-Vaskulare
HDL	Lipoproteina me densitet të lartë
LDL	Lipoproteina me densitet të ulët
SHBH	Globulina lidhëse e hormoneve
ER	Estrogjen
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
NAMS	North American Menopause Society
INSTAT	Instituti i Statistikave
SVM	Simptomat Vazo-Motorre
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
HRT	Terapia hormonale zvendesuese
ADN	Acidi Deoxyribonucleic
HTA	Hipertension arterial
DIU	Diapozitiv intrauterin
SM	Simptomat në menopauzë
MH	Menopauza e hershme

Përmbajtja

Parathënie.....	iii
Falenderim	iv
Shkurtesa.....	v
Abstrakt.....	xi
I HYRJE.....	xii
1.1 Sfondi i studimit	xii
1.2 Çështjet e programit të kërkimit.....	xiii
1.3 Korniza konceptuale.....	xiv
2.1 Shqyrtimi i literaturës.....	xiv
2.2 Përkufizimi i Menopauzës.....	xvi
Fazat e menopauzës	xvii
2.2.1 Fiziologjia e menopauzës	xvii
2.2.2 Simptomat në Menopauzë.....	xx
2.2.3 Moshë në menopauzë, ndikimi i faktorëve socio-demografike dhe stili i jetesës	xxii
2.3 Konceptimi dhe qëndrimet ndaj menopauzës	xxiv
2.4 Terapia hormonale dhe terapitë alternative në menaxhimin e menopauzës.....	xxv
2.5 Shëndeti dhe menopauza.....	xxvi
2.5.1 Sëmundjet kardiovaskulare.....	xxvii
2.5.2 Osteoporoza	xxvii
2.5.3 Kanceri.....	xxix
2.5.4 Obeziteti.....	xxx
2.5.5 Ndikimi i pamjaftueshmërisë së estrogjenit në SNQ.....	xxxi
2.5.6 Jeta seksuale në menopauzë	xxxii
2.5.7 Shëndeti mendor dhe menopauza	xxxiii
II METODOLOGJIA.....	35
2.1 Qëllimi i studimit	35
2.2 Objektivi i përgjithshëm.....	35
2.3 Materiali dhe metoda.....	36
2.4 Metodologjia e analizës statistikore	43
-Testet statistikore të përdorura.....	44
III REZULTATE	46
IV DISKUTIM.....	154
V PËRFUNDIME	167
VI REKOMANDIME.....	172
VII SHTOJCA	172
VIII BIBLIOGRAFIA	182

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike të pjesëmarrësve	46
Tabela 3. 2 Karakteristikat klinike të totalit të pjesëmarrësve në studim	49
Tabela 3. 3 Karakteristikat klinike sipas etnisë	52
Tabela 3. 4 Karakteristikat klinike sipas gjendjes civile.....	53
Tabela 3. 5 Karakteristikat klinike sipas vendbanimit.....	54
Tabela 3. 6 Karakteristikat klinike sipas punësimit	57
Tabela 3. 7 Karakteristikat klinike sipas arsimit.....	59
Tabela 3. 8 Gjëndja shëndetësore e referuar	62
Tabela 3. 9 Problemet shëndetësore për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	63
Tabela 3. 10 Problemet shëndetësore për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	64
Tabela 3. 11 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore sipas kohës së menopauses	70
Tabela 3. 12 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore në vite.....	72
Tabela 3. 13 Problemet shëndetësore sipas vendbanimit.....	74
Tabela 3. 14 Karakteristikat klinike dhe ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrësve dhe sipas grupmoshës.....	77
Tabela 3. 15 Ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrësve dhe sipas grupmoshës	79
Tabela 3. 16 Ekzaminimet e kryera sipas vendbanimit	82
Tabela 3. 17 Metodot kontraktive për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	86
Tabela 3. 18 Marrëdhënia seksuale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	89
Tabela 3. 19 Përdorimi i medikamenteve sipas vendbanimit	92
Tabela 3. 20 Historia e nënës për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	93
Tabela 3. 21 Historia e nënës për rastet sipas vendbanimit	96
Tabela 3. 22 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës.....	98
Tabela 3. 23 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës.....	99
Tabela 3. 24 Sjellje (zakone) personale të pjesëmarrësve sipas vendbanimit	101
Tabela 3. 25 Shëndeti mendor për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës.....	105
Tabela 3. 26 Shëndeti mendor i pjesëmarrësve sipas vendbanimit	106
Tabela 3. 27 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve.....	107
Tabela 3. 28 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	109
Tabela 3. 29 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e pjesëmarrësve dhe sipas grupmoshës	111
Tabela 3. 30 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	113
Tabela 3. 31 Shpeshtësia e simptomave sipas kohës së menopauses	115
Tabela 3. 32 Shpeshtësia e simptomave sipas viteve në menopauzë.....	117
Tabela 3. 33 Lista e simptomave në menopauzë sipas vendbanimit	119

Tabela 3. 34	Lista e simptomave në menopauzë e pjesmarrësve sipas vendbanimit	121
Tabela 3. 35	Lista e simptomave në menopauzë e pjesmarrësve sipas vendbanimit	123
Tabela 3. 36	Numri i simptomave të shpeshta për totalin e grave	128
Tabela 3. 37	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës	130
Tabela 3. 38	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas Etnisë	132
Tabela 3. 39	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas besimit fetar	134
Tabela 3. 40	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas nivelit arsimor	137
Tabela 3. 41	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas statusit të punësimit.....	140
Tabela 3. 42	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas Statusit civil.....	143
Tabela 3. 43	Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas Vendbanimit	145
Tabela 3. 44	Menopauza e hershme dhe karakteristikat klinike dhe sociodemografike. Analiza bivariate.	148
Tabela 3. 45	Korrelacioni i moshës në menopauzë me variablat klinike	151
Tabela 3. 46	Parashikimi i menopausës së hershme. Analiza e Regresionit Logjistik Multivariat.....	152

Lista e figurave

Figura 3. 1 Histogrami i moshës së pjesëmarrëseve	47
Figura 3. 2 Karakteristikat sociodemografike të pjesëmarrëseve	48
Figura 3. 3 Karakteristikat klinike të totalit të pjesëmarrëseve në studim.....	50
Figura 3. 4 Histogrami i moshës në menopauzë	51
Figura 3. 5 Histogrami i BMI	52
Figura 3. 6 Karakteristikat klinike sipas etnisë.....	53
Figura 3. 7 Karakteristikat klinike sipas gjendjes civile	54
Figura 3. 8 Karakteristikat klinike sipas vendbanimit	56
Figura 3. 9 Karakteristikat klinike sipas punësimit	58
Figura 3. 10 Karakteristikat klinike sipas arsimit	60
Figura 3. 11 Korrelacioni i BMI me moshën dhe sipas vendbanimit	61
Figura 3. 12 Krahasimi i BMI sipas grupmoshës	62
Figura 3. 13 Gjëndja shëndetësore e referuar	63
Figura 3. 14 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore për totalin e pjesëmarrëseve në studim.....	66
Figura 3. 15 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore sipas grupmoshës.....	67
Figura 3. 16 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore sipas kohës së menopauzës	71
Figura 3. 17 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore në vite	73
Figura 3. 18 Problemet shëndetësore sipas vendbanimit (OR, 95%CI)	75
Figura 3. 19 Karakteristikat klinike dhe ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrëseve	80
Figura 3. 20 Shpeshtësia e problemeve me yndyrnat sipas grupmoshës	81
Figura 3. 21 Ekzaminimet e kryera sipas vendbanimit (OR, 95%CI)	83
Figura 3. 22 Shpeshtësia e metodave kontraktive për totalin e rasteve.....	87
Figura 3. 23 Shpeshtësia e përdorimit të prezervativit sipas grupmoshës	87
Figura 3. 24 Mardhënia seksuale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës.....	89
Figura 3. 25 Shpeshtësia e përdorimit të medikamenteve për totalin e rasteve (error bars 95% CI).....	91
Figura 3. 26 Lloji i medikamenteve të përdorura	91
Figura 3.27 Metodat kontraktive, marrëdhënia seksuale dhe përdorimi i medikamenteve sipas vendbanimit (OR, 95% CI).....	92
Figura 3. 28 Historia e nënës për totalin e rasteve	94
Figura 3. 29 Historia e nënës sipas grupmoshës së rasteve	95
Figura 3. 30 Historia e nënës për pjesëmarrëset sipas vendbanimit (OR, 95%CI)	97
Figura 3. 31 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve	100
Figura 3. 32 Sjellje (zakone) personale të pjesëmarrësve sipas vendbanimit	102
Figura 3. 33 Shëndeti mendor për totalin e rasteve	105
Figura 3. 34 Shëndeti mendor i pjesëmarrësve sipas vendbanimit	106
Figura 3. 35 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve	108

Figura 3. 36 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve	110
Figura 3. 37 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve	112
Figura 3. 38 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve	114
Figura 3. 39 Shpeshësia e simptomave sipas kohës së menopauzës	116
Figura 3. 40 Shpeshësia e simptomave sipas viteve në menopauzë	118
Figura 3. 41 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit.....	120
Figura 3. 42 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit.....	122
Figura 3. 43 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit.....	124
Figura 3. 44 Numri i simptomave të shpeshta për totalin e grave	128
Figura 3. 45 Korrelacioni i numrit të simptomave me moshën, moshën në menopauzë dhe BMI.....	129
Figura 3. 46 Numri mesatar i simptomave sipas viteve në menopause	129
Figura 3. 47 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën për totalin e rasteve	131
Figura 3. 48 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas Etnisë (OR, 95%CI)	133
Figura 3. 49 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas Besimit fetar (OR, 95%CI)	135
Figura 3. 50 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas nivelit arsimor	138
Figura 3. 51 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas statusit të punësimit	141
Figura 3. 52 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas statusit civil (OR, 95%CI)	144
Figura 3. 53 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas vendbanimit (OR, 95%CI)	146
Figura 3. 54 Mosha mesatare në menopauzë të hershme dhe në kohë	149
Figura 3. 55 Menopauza e hershme dhe karakteristikat klinike dhe sociodemografike.	149
Figura 3. 56 Korrelacioni i moshës aktuale me moshën në menopauzë.....	150
Figura 3. 57 Korrelacioni i moshës në menopauzë me variablat klinikë.....	151
Figura 3. 58 Parashikimi i menopausës së hershme. Analiza e Regresionit Logjistik Multivariat	153

Abstrakt

Hyrje: Menopauza është një periudhë e rëndësishme në jetën e një gruaje, duke qënë se ajo kalon nga periudha riprodhuese në atë joriprodhuese dhe gjatë këtij tranzicioni, karakterizohet nga ulja e nivelit të estrogenit dhe mund të shoqërohet me shfaqjen e simptomave të ndryshme.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipit transversal (cross-sectional) i bazuar në popullatë të kryer gjatë vitit 2016. Në studim janë përfshirë 1040 femra të moshës 45-64 vjeç në menopausë, banuese në rrethin e Tiranës sipas vendbanimit qytet/fshat. Është vlerësuar historia shëndetsore obstetrikale-gjinekologjike, seksuale, mjekimi aktual, historia e sëmundjeve familjare, sjelljet (zakonet) personale, simptomat në menopausë dhe qëndrimi rreth terapisë hormonale.

Rezultate: Në studim morën pjesë 1040 gra me moshë mesatare 54.6 (± 4.81) vjeç, me rang 45-64 vjeç. Moshë mesatare e menopauzës ishte 48.1 \pm 4.2 vjet. Menopauza ishte e hershme në (14.8%) të grave dhe në kohë në shumicën (85.2%) e tyre. U gjetën nivele mesatare dhe të ulta të ekzaminimeve mjekësore të grave. Shumica e grave (64.3%) e kanë ekzaminuar gjoksin, ndërsa Pap test kanë kryer rreth gjysmën e grave (51.9%) pa ndryshim sinjifikant me 48.1% prej tyre që nuk e kanë kryer. Në totalin e grave simptomat kanë shfaqur 833 ose 80% e tyre. Simptomat më të shpeshta të shfaqura të gratë janë dhimbje artikulacionesh/muskujsh (80.1%), afshet e nxehta (77.9%), lodhje e zakonshme (77.3%), dhimbje koke (71.9%), vështirësia për gjumë (67.9%), djersitja natën (66.1%), shtim në peshë (55.3%), fryrje stomaku (62.9%), gazra konstipacion (62.3%), rrahje të shpeshta zemre (59.9%), lëkurë e lëshuar (57.3%), nervoze/depresive janë (56.3%), përqëndrim dhe kujtesë e dobët (56.1%), urinim të shpeshtë (49.1%), vaginëtë thatë (41.3%) etj. Faktorë parashikues sinjifikante dhe të pavarur të menopauzës së hershme janë: moshë, moshë e menstruacionit I-rë, heqja e mitrës, përdorimi i pilulës dhe duhanpirja.

Konkluzion: Është e domosdoshme që në këtë periudhë të kryhen kontrole mjekësore të rregullta si masë parandaluese apo për të marrë kujdes mjekësor nëse nevojitet. Promocion dhe ndërhyrje në programe specifike të informimit dhe të trajtimit në kohë të problemeve shëndetësore tek gratë.

Fjalë kyçe: menopauzë, estrogen, simptoma, trajtim

I HYRJE

1.1 Sfondi i studimit

Nuk është sëmundje. Menopauza është një ngjarje normale, e natyrshme e përcaktuar si periudha e fundit menstruale dhe zakonisht konfirmohet kur një gruaje i mungon cikli menstrual për 12 muaj rresht (në mungesë të shkaqeve të tjera të dukshme). Menopauza lidhet me funksionimin e reduktuar të vezoreve për shkak të plakjes, duke rezultuar në nivele më të ulëta të estrogenit dhe hormoneve të tjera. Ajo shënon fundin e përhershëm të fertilitetit. Menopauza ndodh mesatarisht në moshën 51 vjeç. Më së shumti shfaqet midis moshës 45 dhe 55 vjeç. Termi “premenopauzë” i referohet fazës së jetës që paraprin menopauzën. Për shumë gra, është koha optimale për të rivlerësuar shëndetin e tyre, reth 60-70% e grave shqafin simptoma të ndryshme. Këtu përfshihen afshet e nxehta/djersitjet gjatë natës, dhimbjet e kokës dhe të kyçeve, pagjumësia, atrofia vaginale dhe simptoma të tjera uro-genitale dhe psikologjike (1). Në studime të ndryshme, përvoja e menopauzës është përshkruar shpeshherë përmes vetëraportimit të këtyre simptomave nga gratë pjesëmarrëse. Njohja e duhur e këtyre përjetimeve gjatë tranzicionit të menopauzës përbën një fokus të rëndësishëm për shëndetin e gruas globalisht. Në kontekstin shqiptar, shëndeti në menopauzë ka përparësi për shkak të rritjes së jetëgjatësisë dhe rritjes së popullsisë së grave në menopauzë po në vendin tonë nuk ka studime mbi shëndetin e gruas në menopauzë.

Duke u bazuar në shifrat ndërkombëtare, në 1990 ishin afërsisht 467 milionë femra në post menopauzë të moshës mbi 50 vjeç në botë. Në vitin 2030 pritet të jenë 1.2 miliardë dhe në 2050 deri në 2 miliardë femra të kësaj grupmoshe, pra një rritje të trefishtë të numrit të grave në këtë moshë (2). Këto shifra tregojnë së më shumë gra do të jetojnë në post-menopauzë dhe do të jetë nevoja që të kemi një informacion të duhur për të arritur një promovim shëndeti cilësor kundrejt kësaj kategorie. Ashtu si dhe hulumtimet e shumta kanë treguar se gratë jetojnë 1/3 e jetës së tyre në vitet e post- menopauzës. Ndërkohë, vitet e fundit po i jepet një rëndësi e madhe të gjitha çështjeve të lidhura me shëndetin e grave, duke filluar që nga fushatat për barazi gjinore, planifikim familjar apo kundër dhunës familjare. Por njëkohësisht është e nevojshme që në Shqipëri të kemi më shumë të dhëna lidhur me menopauzën, në çfarë moshë shfaqet ajo dhe faktorët ndikues mbi të. Kjo do të ndihmojë në organizimin dhe koordinimin e shërbimeve shëndetësore në mënyre të tillë që të ofrojnë shërbimet e duhura për gratë gjatë këtij tranzicioni.

Përdorimi i hormonoterapisë është një pjesë kyçe lidhur me menaxhimin e menopauzës, që në literaturë ka sjellë revolucion në mënyrën e perceptimit të fenomenit në tërësi, por dhe në mënyrën e studimit të tij. Nëse në botë dhe Europën Perëndimore është studiuar vazhdimisht mënyra e perceptimit dhe përdorimit të terapisë hormonale, në Shqipëri ka mungesa të dhënash të cilat nuk lënë hapësira për të zhvilluar programe informimi të duhura për gratë e moshës së mesme.

Në literaturë, kryesisht hormonoterapia është përshkruar për qetësimin e simptomave si, problemet e gjumit, afshet e nxehta, djersitjen gjatë natës, problemet psikologjike dhe parandalimin e osteoporozës (3). Për këtë duhet njohur profili epidemiologjik shqiptar i këtyre simptomave apo sëmundjeve që do të ndihmojnë për një shëndet të mirë të gruas dhe përcaktimin e përparësive në këtë fushë.

Përveç hormonoterapisë, literatura e gjerë na përshkruan faktorë si, dieta, aktiviteti fizik, ndryshimi i stilit të jetës dhe terapitë alternative që kanë një ndikim pozitiv në përjetimin e menopauzës dhe rrjedhimisht në shëndet (4). Në të kundërt, duhanpirja, jeta sedentare dhe dieta e pashëndetshme kontribuojnë si faktor risku në zhvillimin e sëmundjeve kronike. Shqipëria, si një vend në tranzicion epidemiologjik ka një rritje të shifrave të këtyre sëmundjeve, të cilat zëvendësojnë ato infektive dhe nivelet më të larta të incidences janë nga sëmundjet kardiovaskulare dhe kanceri.

Në këtë moment, promovimi i shëndetit bëhet esencial, sepse menopauza është lidhur me zhvillimin e gjendjeve shëndetësore negative si, obeziteti, sëmundjet kardiovaskulare, osteoporoza, demencat dhe kanceri (5). Disa studime kanë përcaktuar sëmundjet e zemrës si kontribuese në vdekshmëri dhe paaftësi tek femrat: gjysma e tyre do të diagnostikohet me sëmundje kardiovaskulare dhe rreth 1/3 do të vdesin prej tyre (6). Më tej, është parë se osteoporoza prek në mënyrë jo të barabartë gratë në post-menopauzë, në të cilat deficienca e estrogenit çon në humbjen e masës së kockës dhe mund të shkaktohen fraktura (4). Barra e këtyre sëmundjeve mbi shoqërinë dhe pasojat e tyre përkthehen në kosto të sistemit shëndetësor. Në Shqipëri, ku veçanërisht financimi shëndetësor është i ulët, është e nevojshme shpërndarja adekuate e fondeve për menaxhimin e menopauzës.

1.2 Çështjet e programit të kërkimit

Çështjet e studimit janë të lidhura me prevalencën e simptomave në menopauzë dhe ashperësin e tyre, shëndetin në gratë e moshës 45-64 vjeç dhe qëndrimet e grave lidhur me terapinë hormonale.

Pavarësisht se menopauza nuk është një sëmundje, ajo është një shkak i rëndësishëm i sëmundshmërisë dhe vepron si një faktor rreziku për vdekshmërinë e hershme nga sëmundjet kronike si; sëmundjet ishemike e zemrës dhe osteoporoza. Gjithashtu e lidhur me plakjen në përgjithësi, ajo mund të nxisin fillimin dhe përparimin e sëmundjeve të shumta kronike, duke përfshirë CVD, goditje në tru, osteoporozë, demenca dhe kancer. CVD mbetet shkaku kryesor i vdekjes dhe një kontribues thelbësor për sëmundjet dhe paaftësinë tek gratë në këtë moshë

Për këto arsye, është e rëndësishme të dim se si t'i parandalojmë këto sëmundje pas menopauzës dhe të promovojmë një jetë të shëndetshme gjatë tranzicionit në menopauzë.

Prandaj qëllimi i këtij kërkimi është të vlerësojë tranzicionin e menopauzës në terësi, në mënyrë që të promovojmë një shëndet të mirë të gruas. Gjetjet e këtij kërkimi mund të ofrojnë një kornizë të dhënash për përmirësimin e shëndetit në menopauzë. Ky kërkim po bëhet që të merret në konsideratë kur planifikohen fushatat e mëtejshme të promovimit.

1.3 Korniza konceptuale

Korniza konceptuale e këtij studimi është bazuar në konceptin e menopauzës si tranzicion, në një kohë kur shëndeti merr rëndësi primare. Sipas Jaspers et. Al (7) periudha e perimenopauzës dhe menopauzës përbejnë një kohë tranzicioni sfiduese për jetën e një gruaje dhe shëndeti në menopauzë është një aspekt kryesor në plakjen e shëndetshme. Menopauza duhet të shihet si gjendje dinamike, ku femrat të marrin në kontroll shëndetin e tyre, duke u përshtatur ndaj ndryshimeve dhe menaxhimit të simptomave (7).

Studime të ndryshme e kanë përcaktuar si një përjetim negativ (8, 9), por shumë studime të tjera kanë thënë se jo domosdoshmerisht simptomat shqetësuese duhet të jenë të pranishme (10). Këto na paraqesin të dhëna të cilat janë të vlefshme për të kuptuar si ndikon menopauza tek gratë në mbarë botën, por përveç se na paraqet një kornizë të vlefshme, na jep mundësinë për të diskutuar dhe krahasuar të dhënat me rezultatet e marra nga ky kërkim.

Si një vend në zhvillim, me gjithë valen e re të internetit dhe reformat e shumta shëndetësore, është e nevojshme të merren të dhëna të përditësuara që i informojnë gratë për një ndryshim të mundshëm në konceptim dhe qëndrimet e mundshme ndaj këtij fenomeni.

Nëpërmjet këtij studimi, do të vlerësohen simptomat kryesore në menopauzë, gjëndjet shëndetësore të përjetuara dhe përceptimet, në mënyrë që pas njohurive të marra të mund të zhvillohet një program i gjerë për të promovuar menopauzën si një gjendje tranzicioni por në mënyrë të shëndetshme.

2.1 Shqyrtimi i literaturës

Njohuritë në kohë të hershme për menopauzën kanë qenë shumë të pakta. Filozofi i shquar i antikitetit Aristoteli ju referua moshës së menopauzës në 40 vjeç. Një mjek

francezë për herë të parë përdori termin menopauzën në vitin 1820. Interesi mjekësor në menopauzën u rrit ndjeshëm në mesin e shekullit të 19-të, në vitet 1930 njerëzit filluan ta përshkruanin atë si një sëmundje, si një deficiençë. Sipas burimeve të tjera, fjala "menopauz" u përdor fillimisht nga mjeku francez de Gardanne në 1812. Kjo kthesë e rëndësishme shënoi një ndryshim në kuptimin mjekësor dhe shkencor në lidhje me menopauzën. Burime të tjera, në 1821, termi "menopauzë" u përdor nga Dr Charles Négrier (1792 - 1862). Ajo rrjedh nga greqishtja; muaji është "meno", and pause "pauzis", ndalim.

Kërkime të shumta janë zhvilluar për të kuptuar dhe shpjeguar se pse ndodh menopauza, ky proces biologjik i rëndësishëm në jetën e një gruaje. Dr. George C. Williams ishte i pari që ofroi një shpjegim evolucionar në 1957. Ai hipotezoi që menopauza është përshtatur për të mbrojtur femrën nga rreziqet që e ekspozon lindja e fëmijës (këto risqe ishin me të larta për paraardhësit tanë). Kjo u lejoi atyre të mbeten gjallë për kohë të mjaftueshme për tu siguruar që fëmijët e tyre janë rritur dhe kanë mundësi të kenë pasardhësit e tyre (duke vazhduar vijën e gjeneve të nënës). Kjo u bë e njohur si **hipoteza e gjyshes**. Në librin e tij "Feminine Forever", botuar në 1966 gjinekologu Robert Wilson përshkroi se menopauza ndodh për shkak të deficitit të estrogenit dhe hodhi për herë të parë iden e trajtimit me tepapi hormonele zvendësuese. (11,12).

Duke shfrytëzuar **teorinë e historisë së jetës**, Lummaa sugjeron që ndjeshmëria riprodhuese është në të vërtetë një përshtatje për përmirësimin e aftësisë riprodhuese. Një tjetër teori kjo që thotë se ndryshimet në suksesin riprodhues janë të varura nga kohëzgjatja e periudhës riprodhuese që nënkupton se një periudhë më e shkurtër riprodhuese është dhe me e suksesshme (13).

Ndërkohë që **hipoteza e mungesës së babait** propozon që mungesa e mashkullit në një marrëdhënie ishte një shtysë shtesë për evoluimin e menopauzës. Mungesa e mashkullit mund të ketë qenë i lidhur me rritjen e moshës së nënës për dy arsye: dëbimi i meshkujve nga bashkëshortet e tyre të moshës së mesme dhe vdekja relativisht e mëparshme e meshkujve (14,15).

Një qasje tjetër sugjeron që njerëzit mund të kenë evoluar në këtë formë në mënyrë që të zvogëlohet konkurrenca mes brezave të riprodhimit të grave në një familje dhe të rrisë mbijetesën e fëmijëve në kohë kur burimet për rritjen e fëmijëve ishin të pakta. Hulumtimet e mëparshme kishin lënë të kuptohet se konkurrenca për burime, të tilla si ushqimi, koha dhe ndihma për kujdesin ndaj fëmijëve midis gjeneratave që jetojnë nën të njëjtën çati, mund të ketë qenë një faktor kyç në evoluimin e menopauzës - një teori e quajtur **hipoteza e konfliktit riprodhues** (16).

Hipoteza e patriarkut (17) është një teori tjetër për të shpjeguar shfaqjen e menopauzës në femrat njerëzore si avantazh të konsiderueshëm evolucionist. Kjo është një teori alternative ndaj hipotezës së gjyshes e cila tenton të injorojë përfitimet mashkullore të spermatogenezës së vazhdueshme dhe rolet e tyre në marrëdhënie dhe evolucion. Kjo hipotezë tregon se presioni i përzgjedhjes për jetëgjatësinë e meshkujve zgjati

jetëgjatësinë e femrave; jetëgjatësia e të cilave është kufizuar nga madhësia e vezoreve - duke rezultuar në femra që mbijetojnë përtej epokës në të cilën ato mund të riprodhojnë. Përveç studimit të këtij fenomeni nga ana evolucionare, studime të shumta janë zhvilluar mbi arsyet biologjike të menopauzës, duke u munduar të gjenden zgjidhje për lehtësimin e simptomave të saj. Këtu bëhet fjalë për një literaturë të gjerë të hormonterapisë që e largon fokusin nga arsyet pse ndodh ky tranzicion, duke e bërë të rëndësishëm menaxhimin e tij. Në kohët moderne, një rëndësi të veçantë i jepet si aspekteve pozitive dhe negative për trajtimin e një gruaje me hormone të jashtme ashtu edhe ushqyerjes, aktivitetit fizik dhe cilësisë së jetës në tërësi. Këto kërkime janë bazuar në ndryshimet në simptoma midis grave me karakteristika të ndryshme socio-demografike, me një stil jetese të ndryshëm dhe gjenetikës. Në vitet 1970, u vlersua për herë të parë se menopauza ishte për shkak të uljes së nivelit të estrogenit dhe mjekimi me tepati hormonele i menopauzës ishte i plotë. Në vitet 1970 u krijua Shoqata Ndërkombëtare e Menopauzës. Kongresi i Parë Ndërkombëtar mbi Menopauzën u organizua gjithashtu në Paris, Francë në vitin 1976. Simptomatologjia e menopauzës ndryshon sipas rajoneve të ndryshme të botës, në perëndim – afshet e nxehta, në Japoni dhimbja e kyçeve dhe në Indi ka nivele të ulëta të shenjave dalluese në menopauzës. Shkalla e përdorimit të HRT është e lartë në Perëndim, ndërsa është e ulët ose e papërfillshme në vende si India. Moshë në menopauzë është gjithashtu më e lartë në Perëndim krahasuar me intervalin 45-47 vjeç në vendet në zhvillim. Historikisht, një moshë e ulët në menopauzë është dokumentuar në kohët më herët, kjo u rrit në rangun e 50-51 vjetëve në epokën e sotme. Në përgjithësi, gratë në vendet perëndimore e shohin menopauzën negativisht, kjo është në kontrast me pikëpamje pozitive ndaj menopauzës në vend në zhvillim.

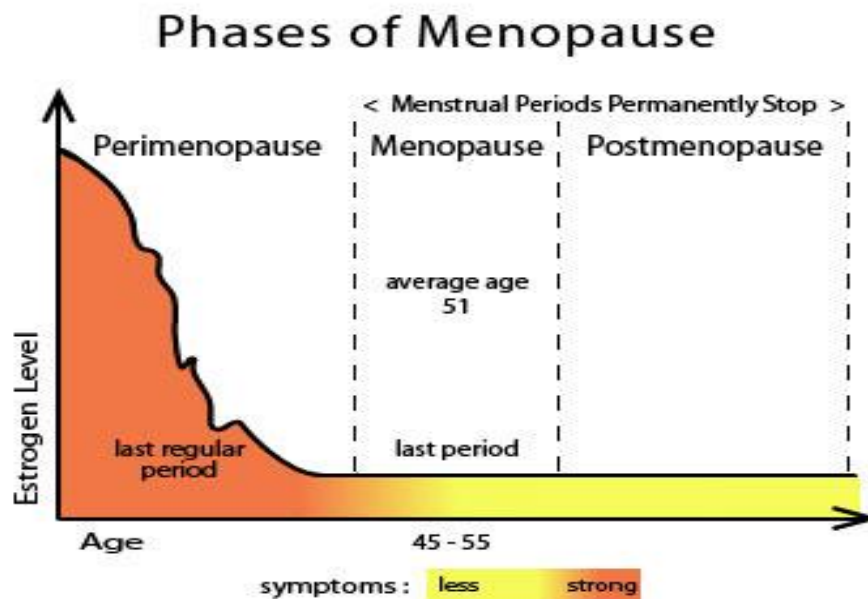
2.2 Përkufizimi i Menopauzës

Në përgjithësi, menopauza është konsideruar si ndalimi i menstruacioneve për 12 muaj me rradhë dhe lidhet me ndryshime në ovulacion dhe prodhimin e hormoneve, të cilat çojnë në një proces ndryshimesh në ciklin e jetës së grave. Ky proces ndryshimesh fillon me perimenopauzën që sipas **Organizatës Botërore të Shëndetësisë** është periudha që fillon me ndryshime endokrine, biologjike dhe klinike dhe që mbyll një vit pa menstruacione. Në literaturë, menopauza njihet ndryshe si periudha e klimaksit (17), pikerisht për të pasqyruar ndryshimet që ndodhin gjatë kësaj periudhe.

Menopauza e hershme . Menopauza e hershme është nderprerja e ciklit dhe ulja e nivelit të estrogenit para moshës 44 vjeç me rang 44 - 40 vjeç. Dështimi i parakohëshme i sekretimit të estrogenit ndodh në masën 1-5% të rasteve

Menopauza premature. Menopauza e parakohëshme është ndërprerja e ciklit dhe ulja e nivelit të estrogenit para moshës ≤ 40 vjeç. Përqindja e rasteve me menopauze premature shkon në 0.1% - 1% të rasteve.

Menopauza e vonshme. Menopauza e vonshme është ndërprerja e ciklit dhe ulja e nivelit të estrogenit në moshën >55 vjeç. Menopauza e vonshme ndodh në 5% të rasteve



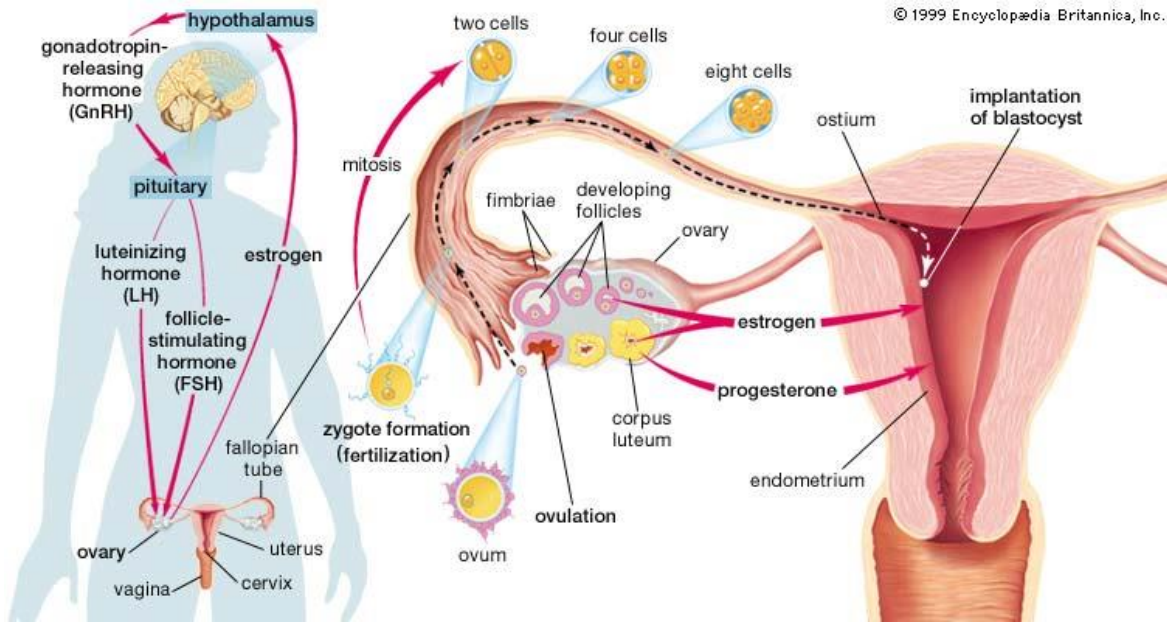
Fazat e menopauzës

2.2.1 Fiziologjia e menopauzës

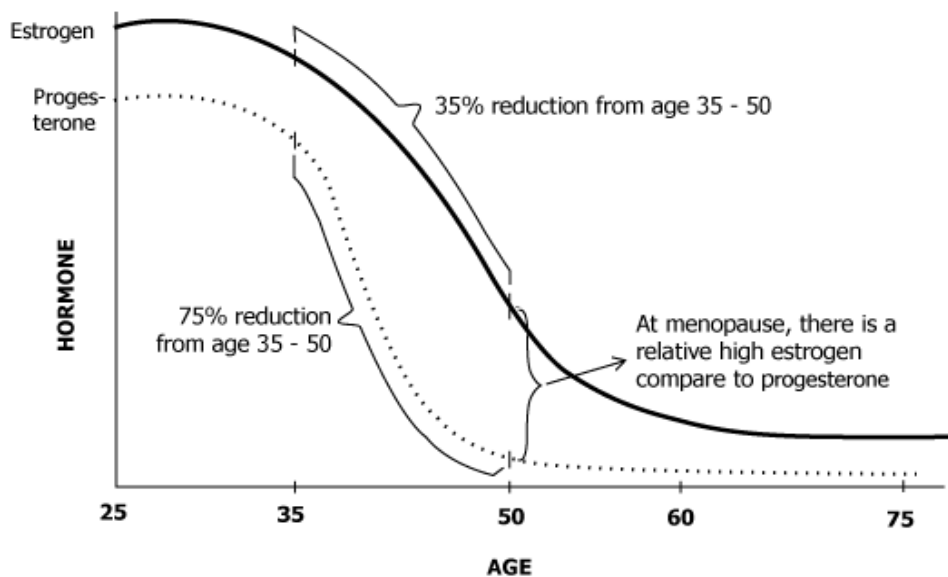
Menopauza është fundi i cikleve menstruale, teorikisht duke rezultuar në një reduktim të numrit të folikulave dhe kështu në një reduktim të vezëve të cilat mund të lëshohen nga vezorët; folikulat e mbetura nuk janë të afta ti përgjigjen hormoneve folikulo-stimulues (FSH) dhe luteinizues (LH). Kjo ndodh si pasojë e rekrutimit të vazhdueshëm të folikulave primordiale, nga të cilat disa arrijnë ovulacionin dhe të tjera shkojnë në shkatërrim (18).

Procesi i maturimit të folikulave është i varur nga hormonet estrogen dhe progesteron. Po çfarë janë saktësisht këto hormone të shumë përfolura? Fjala estrogen është një term i përgjithshëm për një grup të hormoneve të prodhuara nga vezorët, të cilat rregullojnë zhvillimin seksual gjatë dhe menjëherë pas pubertetit (19). Këto estrogene, me dominant estradiolin prodhohen kryesisht në vezore, edhe pse në sasi të vogla janë të sekretuara nga gjëndrat mbiveshkore, placenta gjatë shtatzënisë dhe nga qelizat e yndyrës

(20).Gjithashtu ovarët prodhojnë progesteronin, i cili së bashku me estrogenin kontrollojnë ciklin menstrual te grave dhe procese të tjera në trup (21).



Në menopauzë, sasia e estrogenit dhe progesteronit të prodhuar nga vezoret bie ndonëse mjaft hormone të tjera vazhdojnë të prodhohen (22,23). Nivelet e estrogenit bien në vetëm 40-60 %, e mjaftueshme kjo që folikulat e vezës mos të maturohen, duke e bërë kështu të pamundur shtatzëninë (24). Kjo rënie nuk është e menjëherëshme por në vetvete është një tranzicion, gjatë të cilit me kalimin e moshës, ovarët prodhojnë pak a më pak estrogen. Kjo çon në perioda të parregullta deri në largim të përhershëm të tyre dhe kështu shënjohet fillimi i menopauzës (25).



Në këtë figurë është e paraqitur rënia e ngadaltë e hormoneve estrogjen dhe progesteron. Në moshën 35-50 vjec ka një rënie në 35% të niveleve të estrogjenit, ndërkohë që rënia e progesteronit është në nivele më të larta në 75%. Është interesant fakti që estrogjeni në menopauzë është shumë herë më i lartë krahasuar me progesteronin, por në vitet e mëvonshme nivelet e tyre bien në proporcion të barabartë.

Rënia e niveleve të estrogjenit çon në ndryshime në trupin e një gruaje, ku aktiviteti i ulët i folikulave çon në rritjen e FSH dhe uljen e estradiolit (18,26). Këto ndryshime endokrine, të lidhura me tepër me uljen e nivelit të estrogjenit çojnë në ndryshime në indet që i pergjigjen këtij hormoni si, vagina, uterus, kockat, uretra, gjiri, lëkura, truri, enet e gjakut, zemra, flokët dhe membranat mukoze (27) Këto ndryshime mund të jenë emocionale ose psikologjike dhe fizike, të përjetuara nga gratë nëpërmjet simptomave të ndryshme. Më shumë se 80% e grave raportojnë këto simptoma me shkallë të ndryshme severiteti (ashpërsie) (28).

Simptomat më të shpeshta fizike në gratë në perimenopauzë janë ato vazomotore, ku afshet e nxehta janë ato më të raportuarat (1,26). Afshet e nxehta janë raportuar në deri në 70% të grave që kalojnë menopauzë natyrore dhe pothuajse në të gjitha gratë që kanë kaluar menopauzë kirurgjikale (20). Mekanizmi fiziologjik kur ndodh një afsh i nxehtë është menduar të jetë një rritje e temperaturës së trupit që çon në vazodilatacion kutan, e cila çon më tej në djersitje dhe shoqërohet me një rënie të mëvonshme të temperaturës (1). Studime të zhvilluara në Iran dhe Singapore raportojnë simptomat somatike të tilla si dhimbjet e mesit, kyceve dhe muskujve si më prevalente (28,29). Këto simptoma nuk janë direkt të lidhura me statusinë, sepse janë multifaktoriale dhe jo vetëm të lidhura me disbalancën hormonale dhe gratë e moshës së mesme zakonisht i përjetojnë këto simptoma prej problemeve shëndetësore dhe plakjes në përgjithësi (29).

Përveç simptomave fizike, gjatë tranzicionit gratë mund të përjetojnë nervozizem, irritim, ankth dhe deri në depresion (22). Mjekët kanë debatuar gjatë për zanafillën e simptomave emocionale dhe mendore të menopauzës; disa mjekë pohojnë se hormonet luhatëse shkaktajnë direkt vështirësi emocionale, ndërsa mjekët e tjerë i atribuojnë këto ndryshimeve sociale që përputhen me moshën e mesme (30).

Në vitet e mëvonshme gratë raportojnë simptoma urogenitale, disfunkcion seksual, sëmundje kardiovaskulare, osteoporozë dhe probleme muskuloartikulare (27).

Një konkluzion i publikuar nga OBSH përmend faktin që simptomat vazomotore, duke përfshirë afshet e nxehta dhe djersitjen gjatë natës përcaktojnë menopauzën (13). Ndërkohë që simptomat e tjera nuk janë të lidhura drejtpërdrejtë me të, por janë një fenomen sekondar me një severitet të lartë të simptomave vazomotore. Ky raport paraqet ndryshimin e madh të përjetimit të këtyre simptomave në Japoni që është vetëm 17%,

ndërkohë që në Europë vlerat janë shumë të larta. Të dhënat për vendet në zhvillim ngelen akoma të pakta dhe nuk ka njohuri të plota për këto vende.

Një rishikim interkontinental (27) rreth epidemiologjisë së simptomave në dy Amerikat, Afrikë, Australi dhe Euroazi konkludoi se prevalenca e simptomave është më e lartë në Afrikë. Në Amerikën Jugore, gratë raportojnë me tepër momente depresive, disfunsione seksuale dhe dhimbje të muskujve, ndërkohë që në SHBA raportimi më i lartë është për dhimbjet e kyçeve dhe muskujve. Çregullimet e humorit në gratë e survejuara në Azi ishin në rritje alarmuese, ndërkohë që në Europë ka një incidencë të lartë të çrregullimeve të gjumit bashkë me ato të humorit. Në Australi gratë raportojnë më tepër simptomat vazomotorë. Ky studim na paraqet një tablo të asaj që është studiuar në këto kontinente por jemi skeptike lidhur me ndryshimet që ka një studim nga tjetri duke filluar që nga instrumenti matës që është i ndryshëm, por edhe nga numri i pakët i studimeve krahasuese për çdo vend.

Një rishikim i zhvilluar nga Dennerstein (31) për njohuritë rreth menopauzës në Europë dhe Amerikë Veriore ka konkluduar se femrat në menopauzë raportojnë një eksperiencë pozitive gjatë këtij tranzicioni sesa negativë. Kjo lidhet me faktin se mirëqenia në përgjithësi është e lidhur me statusin shëndetësor, variablat e stilit të jetesës dhe ato psikosociale. Në të njejtën kohë ky rishikim i literaturës na raporton rritjen e simptomave vazomotorë përgjatë menopauzës. Por a nuk janë këto simptoma që mund të shkaktojnë vështirësi në arritjen e mirëqenies gjatë kësaj periudhe?

Sipas Boulet dhe Burger (32) në librin e tyre “A portrait of the menopause”, në Europë simptomat vazomotorë nuk janë në vlera aq të larta sa raportohen nga mjekët duke qënë se në qendrat shëndetësore paraqiten më shpesh femrat që kanë pasur një menopauzë kirurgjikale, ndërkohë që studimet e bazuara në popullatë japin një prevalencë më të ulët të këtyre simptomave.

Vetë literatura na informon dhe në të njejtën kohë është kontradiktore lidhur me përjetimin e simptomave, por ajo që është konsistente lidhur me menopauzën janë simptomat vazomotorë, pavarësisht nga prevalenca e tyre nëpër botë. Një rëndësi të veçantë në fillimin e këtyre simptomave ka mosha në fillimin e menopauzës dhe ndikimi i saj nga faktorët socio-demografike dhe të stilit të jetesës.

2.2.2 Simptomat në Menopauzë

1. Afashe të nxehta, djersitje natën (Afshet e nxehta vijnë për shkak të reagimit hipotalamik ndaj prodhimit në rënie të estrogjenit ovarial. Sekretime ekstremisht të larta të LH ndodhin gjatë periudhës së rënies së prodhimit të estrogjenit. LH ka efekte vasodilator, e cila çon në skuqje dhe nxehtësi.)

2. Rrahjetë shpeshta të zemrës (palpitacione)

3. Nervozizëm, acarim
4. Lëkundjehumori, të qara të papritura
5. Shqetësime në gjumë natës (me ose pa djersë natën)
6. Perioda të parregullta, të shkurtëra, perioda të zbardhura, perioda të errëta, gjakëderdhje,...
7. Humbja e dëshirës seksuale (humbja e dëshirës seksuale, për disa gra humbja është aq e madhe sa ato në fakt e gjejnë të neveritshëm seksin. Humbja e hormoneve mund të heqë dëshirën.)
8. Vaginë e thatë dhimbje gjatë aktit seksual, (vagina e thatë rezulton në marrëdhënie të dhimbshme).
9. Lodhje/ Krampe
10. Ankthi, shqetësim, siklet
11. Ndjenjë frike, tmerr, (mendime dënimi të vetëvetes, përfshirë mendimet e vdekjes, vetëvrasjes).
12. Vështirësi përqëndrimi, konfuzion mendor, çorientim
13. Shqetësime, gabime me memorien, kujtesën
14. Mosmbajtje të urinës, sidomos pas testitjes, të qeshurës; nxitje të urinimit. (inkontinenca pasqyron një humbje të përgjithshme të tonusit të muskujve të butë).
15. Kruarje, lëkurë e thatë (kruarje e lëkures, e ashpër ,shpime ,ndjenja e mizave).
16. Dhimbje therëse të kyçesh, lëndime të muskujve dhe tendineve (dhimbje të kyçeve mund të përfshijnë probleme të tilla si sindroma e tunelit të kyçit të dorës).
17. Rritja e tonusit në muskujve
18. Zbutje të gjinjëve, rëndim
19. Ndryshimi i dhimbjeve të kokës, shtim ose paksim
20. Shqetësime gastrointestinale të tretjes, të përziera, fryrje, dhimbje, gazra, konstipacion.
21. Meteorizëm
22. Depresion (pamundësia për tu përballuar është e madhe. Ka një ndjenjë të humbjes së vetëvetes. Terapia hormonale përmirëson depresionin nga menopauza)
23. Rëndim i gjëndjes emocionale ekzistuese
24. Shtim i alergjive të ndryshme
25. Shtim në peshë (shtimi në peshë shpesh rreth belit dhe kofshëve, duke rezultuar në "zhdukjen e belit").
26. Humbje e flokëve, të thyeshëm, të thatë, renie të flokeve; rritje e qimeve në fytyrë
27. Marrje mendsh, episode të humbjes së ekuilibrit
28. Ndryshime në erën e trupi
29. Ndjesi e çuditshme elektrike nën lëkurë dhe në kokë (ndjesi goditje "ndjenja e një përdredhje, kërcitjeje në shtresën e indeve midis lëkurës dhe muskujve).

30. Therje të gjymtyrëve, ndjesi shpimi si gjilpëra në gjymtyrë, mund të jetë simptomë e mungesës së B12, diabetit, ndryshimeve në fleksibilitetin e enëve të gjakut, ose humbje e kaliumit ose kalciumit)
31. Problemet me mishrat e dhembëve enjtje, gjakderdhje.
32. Djegie gjuhe, djegie e qiellzës, shije të keqe në gojë, ndryshim në erën e gojës.
33. Osteoporoza (pas disa viteve).
34. Ndryshimet në thonjtë: të butë të plasaritur apo lehtësisht të thyeshëm.
35. Tinguj, zhurme në vesh, këmbana, gumëzhima etj (zhurma në veshe është një nga ato gjendje fizike që duket se shfaqet në disa gra në të njëjtën kohë me menopauzën.

Ajo mund të shoqërohet me probleme shëndetësore të tilla si hipotiroidizmi dhe sëmundjet e zemrës dhe është një efekt anësor i njohur i shumë medikamenteve duke përfshirë dhe aspirinën (salicilatet).

Disa ngasimptomat mund t'jënë shenjat e gjendjeve të mëposhtme:

- Hypotiroidizmi
- Diabet
- Depresioni me një tjetër etiologji
- Gjendje të tjera mjekësore

2.2.3 Moshë në menopauzë, ndikimi i faktorëve socio-demografike dhe stili i jetesës

Moshë mesatare për fillimin e menopauzës në vendet e industrializuara është nga 50 deri në 52 dhe fillimi i perimenopauzës është 47,5 vjeç, duke pasur kjo një rritje të lehtë me kalimin e kohës. Ndryshimet endokrine që përkohjnë me perimenopauzën ndodhin rreth moshës 45 vjeç. Koha kur ky tranzicion fillon varet nga raca, etniciteti dhe influencohet nga faktoret socio-demografike dhe të stilit të jetesës. Studime të shumta janë zhvilluar për të kuptuar ndikimin e faktorëve socio-demografike dhe ato të stilit të jetesës në fillimin e hershëm të menopauzës dhe në disa prej tyre është përcaktuar se moshë në menopauzë është më e hershme në vendet në zhvillim se në ato të zhvilluara. Gjithashtu, gratë që jetojnë në zona rurale kanë një menopauzë më të hershme se ato që jetojnë në zona urbane. Por një nga lidhjet më konsistente të provuara është pirja e duhanit e cila mund të çojë në menopauzë të parakohshme, duke e lidhur me vetitë e tij antiestrogjenike dhe efektit citotoksik në ovare (13,32,33). Në literaturë përmendet dhe fakti që gratë që kanë pasur një hysterectomy apo oophorectomy kanë menopauzë, si pasojë e uljes së menjëhershme të estrogenit dhe femrat të cilët kanë bërë trajtimin e kancerit të gjirit mund të hyjnë në një menopauzë të parakohshme gjatë trajtimit fillestar të tumorit malinj (34).

Janë zhvilluar studime të ndryshme në Europë, por jo të gjithë kanë pasur një mostër të krahasueshme dhe nuk kanë marrë parasysh të gjithë faktorët e mundshëm ndikues. Gjithashtu studime ndërkombëtare kanë dhënë informacione lidhur me këto faktorë të mundshëm ndikues, por lidhja midis këtyre variablave ngelet serish e paqartë.

Në studimin HAPIEE (35), të zhvilluar në Europën Qëndrore dhe Lindore u analizuan faktorët socio-ekonomike, riprodhues dhe të sjelljes lidhur me menopauzën. Studimi përfshiu një numër të madh pjesëmarrësish dhe bëri krahasime midis vendeve. Menopauza e hershme është asociuar me duhanpirjen dhe mospirjen e alkoolit ndërkohë që menopauza e vonë me mbarimin e universitetit. Nuk u arrit që të paraqitej një lidhje midis faktorëve të tjerë dhe moshës së menopauzës dhe nuk u gjet një arsye pse ekzistonin diferenca për moshën në menopauzë midis vendeve.

Dy studime të zhvilluara në Europë në një periudhë 4 vjeçare, nga viti 1998 deri në 2002 matën të dhënat socio-demografike dhe të stilit të jetesës lidhur me menopauzën. Një analizë mëtejshme e të dhënave kryesore të tyre konkludoi që moshë në menopauzë ndryshon nëpër Europë, duke pasur një ndryshim për në moshat më të vjetra. Kjo rritje e moshës është paradoksale duke pasur parasysh që faktorë ndikues në menopauzën e hershme si sendetariteti, mbipesha, duhanpirja janë në rritje dhe janë asociuar në këtë studim me menopauzën. Gjithashtu në këtë studim nuk janë përfshirë faktorë të tillë si përmirësimi i ushqyerjes që mund të kenë ndikim në plakjen riprodhuese.

Ndërkohë që një studim internacional *“Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause”*(36) ka lidhur pubertetin e hershëm dhe mungesën e fëmijëve me një risk të rritur të zhvillimit më herët të menopauzës. Të dhënat për studimin u morën nga nëntë studime observuese në Angli, Australi dhe Japoni si pjesë e InterLACE. Një nga rezultatet e studimit ishte që një në 10 femra përjetojnë menopauzë të parakohshme, prematurë (para moshës 40) ose menopauzë të hershme (midis 40-44 vjeç), ku u specifikua se femrat të cilat kishin periodën e parë para moshës 11 vjeç, ishin 80% më të predispozuar për menopauzë të parakohshme ose të hershme dhe kanë një predispozitë më të madhe për të pasur sëmundje kronike kardiovaskulare, diabet tip 2 ose osteoporozë. Këto rezultate bëhen relevante për gjeneratën e re të femrave, në të cilat po shohim një pubertet të hershëm. Gjithashtu, një pubertet i hershëm dhe mungesa e shtatëzanive çon në një rritje të riskut për menopauzë të hershme. (recall bias).

Duke qënë se shumica e studimeve janë kros-seksionale, rezultatet e tyre bëjnë një përcaktim jo totalisht të qartë të moshës në menopauzë dhe faktorëve ndikues. Për këtë vlen të përmendim një studim longitudinal (SWAN) (37) i zhvilluar në SHBA, i cili përfshiu gra nga 7 vende amerikane, të 5 grupeve etnike të ndryshme. Rezultatet e studimit treguan se menopauza e hershme është e lidhur me edukimin e ulët, duhanpirjen,

me përdorimin e kontraceptiveve, statusin socio-ekonomik dhe aktivitetin e lartë fizik, por nuk arriti të përcaktojë asnjë lidhje midis BMI së lartë apo kalorive të marra më fillimin e menopauzës.

Por pse është kaq e rëndësishme që menopauza të ndodhë sa më vonë? Këtë përgjigje na i janin hulumtimet e shumta ku menopauza në moshë të vonë lidhet me një mbijetesë të përgjithshme me të gjatë dhe një reduktim të vdekshmërisë për të gjitha shkaqet. Gjithashtu lidhet me një risk të reduktuar të sëmundshmërisë kardiovaskulare dhe vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare dhe ishemike të zemrës, stroke, angina pas infarktimit të miokardit, dhe ateroskleroza. Një femër me menopauzë natyrore të vonë do të ketë më pak humbje të densitetit të kockave dhe rrjedhimisht një rrezik të reduktuar të osteoporozës. Por duhet të theksojmë që në këtë rast mund të ketë risk të lartë për kancerin e gjirit, ovarial dhe endometrial (38).

2.3 Konceptimi dhe qëndrimet ndaj menopauzës

Menopauza në vetëvete përfshin një sërë elementesh diskutimi që nga koha kur ndodh, simptomat dhe sëmundjet e ndryshme të lidhura me të, faktorët influencues dhe mënyrën e menaxhimit. Të gjitha këto e kanë përcaktuar menopauzën si një stad dhe ndryshim të rëndësishëm në jetën e një gruaje. Sipas studimeve, në varësi të qëndrimit që dikush ka lidhur me këtë “ndryshim të jetës”, mund të shihet dhe përjetohet pozitivisht ose negativisht. Fakti sesi këto konceptime pozitive apo negative mund të ndikojnë përjetimin e simptomave ka qënë interes i shumë studiuesve. Por realisht a mund të ndikojë një qëndrim në mënyrën e përjetimit të simptomave?

Një rishikim sistematik, ku u analizuan 13 studime studioi lidhjen midis eksperiencës së menopauzës dhe qëndrimeve ndaj saj. U konkludua se gratë që raportojnë më shumë simptoma gjatë klimaksit kanë qëndrime negative për të. Pavarësisht këtij rezultati, asgjë nuk thuhet lidhur me arsyen pse kjo ndodh dhe nuk kemi të qartë nëse ka standartizim midis studimeve të vendeve të ndryshme. Një rëndësi të veçantë duhet të marrë faktori kulturë për të pasur një kuptim më të mirë të qëndrimeve (39).

Pikërisht, kultura si një faktor i rëndësishëm bashkë me mjedisin socio-ekonomik përcakton mënyrën sesi gratë do ta përjetojnë plakjen në përgjithësi dhe menopauzën në veçanti. Zakonisht menopauza shihet me pozitivisht në kulturat jo-perëndimore, ku ajo heq disa bariera si (shtatëzania, aborti, etj), që janë prezente tek femrat në periudhën riprodhuese. Për shëmbull në Indi, femrat kanë më shumë mundësi të bëjnë gjëra që janë të ndaluara më parë për femrat, ndërkohë që në vendet perëndimore këto bariera nuk ekzistojnë dhe zakonisht shihet si një fenomen negativ në shoqërinë në përgjithësi (40)

Duke parë historinë, fillimisht menopauza është parë si një fenomen negativ, sidomos nga përshkrimet e qëndrave mjekësore perëndimore, të cilat theksonin dështimin e prodhimit të estrogenit (41). Duke pasur parasysh përshkrimin e menopauzës si një çrregullim, me simptomat e shumta të lidhura me të, do të mendohej si një ngjarje negative. Por realisht ky është vetëm një stereotip, i cili bie poshtë nga studime të zhvilluara që tregojnë të kundërtën. Për këtë një studim i zhvilluar në Itali në 2008, konkludoi se femrat kishin perceptime pozitive për menopauzën, ku 90% e tyre e shihnin si ngjarje normale të jetës se tyre dhe më shumë se 40% e shihnin si një eksperience pozitive (42). Gjithashtu, sipas rezultateve të studimit të Leon P. et al (43) më shumë se 90% e shohin menopauzën si një ngjarje e pritshme, që i jep atyre më shumë siguri, i lehtë shijojnë më shumë marrëdhëniet seksuale dhe nuk kanë më frikën të ngelen shtatëzënë.

2.4 Terapia hormonale dhe terapitë alternative në menaxhimin e menopauzës

Deri vonë, menopauza konsiderohej si një çrregullim që ndodhte si pasojë e uljës së nivelit të estrogenit dhe që manifestohej nëpërmjet simptomave që gratë përjetonin në perimenopauze. Në këtë situatë lind nevoja që për të lehtësuar këto simptoma të mendohej përdorimi i një terapie për të zëvendësuar atë që i mungonte trupit. Pikërisht, fillimi i përdorimit të terapisë hormonale revolucionizoi mënyrën e menaxhimit të menopauzës dhe në vitet 60' ajo filloi të përdorej dhe rekomandohej shpesh (44).

Kjo terapi, që kryesisht konsiston në suplemente estrogeni dhe progesteroni, i këshillohej grave për lehtësimin e simptomave si afshet e nxehta/djersitjet gjatë natës, problemet me gjumin, simptomat psikologjik, uro-gjenitale dhe për të parandaluar osteoporozën. Qëllimi kryesor i terapisë hormonale është pikërisht lehtësimi i këtyre simptomave duke përdorur një dozë efektive minimale për një kohë të shkurtër. Terapia e zëvendësimit me estrogen është provuar të lehtësojë afshet e nxehta në 90% të grave në post-menopauzë (45).

Sipas Shoqatës Amerikane të menopauzës (46), në bazë të të dhënave të fundit HT duhet të përdoret në gratë në premenopauzë dhe postmenopauzë kur përfitimet i kalojnë risqet. Të dhënat e kërkimeve e mbështesin fillimin e HT gjatë kohës së menopauzës për të lehtësuar simptomat dhe për të parandaluar osteoporozën tek gratë që janë në risk të lartë për fraktura. Në sferën seksuale terapia e zëvendësimit me estrogen është parë të sjellë një përmirësim në interesin seksual dhe orgazëm, ndërkohë që për trajtimin e menopauzës në tërësi nuk këshillohet.

Ndërkohë në vitet 90 dy studime të rëndësishme, njeri eksperimental klinik në SHBA (Women's Health Initiative (WHI)] dhe tjetri observues në Mbretërinë e Bashkuar (the Million Women Study) ngritën dyshime lidhur me sigurinë e terapisë hormonale. Këto

studime u orientuan në dy pika kryesore, të ngritura pas studimit të pacientëve që përdonin terapine hormonale. Së pari, përdorimi i gjerë i terapisë hormonale mund të rrisë riskun e kancerit të gjirit dhe së dyti mund të rrisë riskun për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare (47).

Të fokusuar në ndryshimin që mund të sjelli një terapi hormonale në përjetimin e menopauzës janë një sërë studimesh të cilat përbëjnë literaturën kryesore mbështetëse për menopauzën. Kjo në vetëvetë përbën një problem sepse fokusohen kryesisht në terapitë hormonale, të cilat kanë sjelle rezultate pozitive por kanë anët e tyre negative të cilat na bëjnë të reflektojmë nevojën e përdorimit të kësaj terapie. Shumë pak studime janë fokusuar në mënyrat alternative të lehtësimit të simptomave gjatë këtij tranzicioni.

Kjo literaturë mbi studimin e terapive alternative dhe komplementare paraqet të dhënat lidhur me përfitimet që sjellin në lehtësimin e simptomave të menopauzës, por kjo sillel nga studime individuale dhe do të kërkojë kërkime të mëtejshme që të mbështesin fuqishëm përdorimin e njerës terapi apo tjetrës. Megjithatë, prova të randomizuara klinike (48), të zhvilluara mbi shtimin e fitoestrogjeneve në dietë kanë demonstruar reduktimin e afsheve të nxehta për grupet që kanë përdorur grurin si burim fitoestrogjenik. Një tjetër studim lidhur me përdorimin e fitoestrogjeneve (49) ka konkluduar se ka përmirësim konjitive të individit që morën izoflavone në krahasim me ata që ishin në placebo, por nuk pati ndryshime në humorin në përgjithësi apo në problemet e gjumit.

Si përfundim, mund të themi se pavarësisht rezultateve të hulumtimit, për zgjedhjen e terapisë së duhur, çdo grua duhet të konsultohet me mjekun sepse çdo zgjedhje varët nga historia mjekësore individuale dhe nga shumë faktorë të tjerë. Çdo mjek duhet të marrë në konsideratë përfitimet dhe rreziqet e terapisë së zëvendësimit me estrogen dhe duhet të individualizojë kohëzgjatjen e trajtimit në varësi të individit.

Lidhur me ndikimet që ka terapia hormonale në parandalimin e sëmundjeve kronike, do të flitet në vazhdim.

2.5 Shëndeti dhe menopauza

Ashtu si e kemi përmendur më parë, estrogenet mirëmbajnë funksionin e shumë organeve vitale dhe të aktiviteteve të tyre metabolike. Prandaj, ulja e nivelit të estrogenit ka një ndikim jo vetëm të shkurtër në kohë të manifestueshem nëpërmjet simptomave vazomotorë, por ato zhvillojnë procese të tjera të ngadalta në trup, e pikërisht disa nga sëmundjet kronike. Në literaturë tre shkaqet më kryesore të sëmundjes dhe paaftësisë në vendet e zhvilluara por dhe në ato në zhvillim në kohët e fundit janë sëmundjet kardiovaskulare, kanceret dhe frakturat si pasojë e osteoporozës (50). Dhe jo rrallë herë një ulje e nivelit të këtij hormoni esencial çon në rritje të prevalencës së obezitetit në gratë në post-menopauzë dhe ka ndikim në sistemin nervor qendror dhe genitor-urinar.

2.5.1 Sëmundjet kardio-vaskulare

Kërkimet kanë treguar se sëmundja koronare e zemrës mbetet shkaku kryesor i vdekjes dhe një kontribues i rëndësishëm në sëmundje dhe paaftësi të gratë: gjysma e grave në post-menopauzë do të kenë CVD dhe një e treta do të vdesin prej saj (51). Për më tepër një menopauzë e hershme e rrit riskun për zhvillimin e kësaj sëmundje në krahasim me gratë të cilat nuk kanë arritur menopauzën (52).

Studimi i Framingham ishte i pari studim prospektiv kohort që solli një informacion të vlefshëm për shumë sëmundje dhe demonstroi që pas moshës 45 vjeç ka një rritje të kolesterolit të gratë dhe provoi një marrëdhënie risku midis menopauzës dhe sëmundjes koronare të zemrës (53).

Studime të tjera që e pasuan janë fokusuar kryesisht në përdorimin e hormonoterapisë dhe ndikimin e saj në reduktimin e riskut kardiovaskular. Pikërisht sipas Stampfer dhe Colditz (54) gratë që ishin nën terapine hormonale kishin një reduktim të riskut në 45% për të zhvilluar sëmundjen koronare të zemrës në krahasim me gratë që nuk e kanë përdorur atë. Gjithashtu, publikimi i të dhënave të Lipid Research Clinic Study nga Bush et al. ku u përfshinë 2270 gra të moshës 40- 69 vjeç theksoi sërish reduktimin e vdekshmërisë nga sëmundjet e zemrës me 60% në gratë që ishin duke përdorur terapinë e zëvendësimit të estrogenit (55,56).

Po çfarë ndikimi ka estrogeni në sistemin e qarkullimit të gjakut dhe çfarë mbrojtje i ofron zemrës? Estrogenet ushtrojnë një ndikim të madh në metabolizmin e lipoproteinave. Hepatocitet prodhojnë më shumë lipoproteina me densitet të lartë (HDL) dhe katabolizojnë më shumë lipoproteina me densitet të ulët (LDL) nën stimulimin e estrogenit. Kjo shkakton një profil lipidi në serum që është më pak i favorshëm për formimin e ateromave. Kur nivelet e estrogenit bien, raporti HDL / LDL ndryshon, duke rezultuar negativisht në një shkallë më të lartë të prodhimit të ateriosklerozës. Administrimi i estrogenit pas menopauzës do të mbajë një profil të favorshëm lipoproteinik (45).

Ndërkohë që, studimet e kohëve të fundit kanë vënë në pikëpyetje përdorimin e hormonoterapisë. Pikërisht rezultatet e publikuara të Women's Health Initiative nga Rossouw et al (57) kanë raportuar një risk të rritur kardiovaskular kur përdoret terapia e kombinuar estrogen-progestin. Pavarësisht së deficienca e estrogenit çon në risk të rritur të sëmundjeve kardiovaskulare, nuk mund të përcaktojmë në mënyrë të saktë nëse terapia e zëvendësimit të estrogenit do të ishte një masë parandaluese.

2.5.2 Osteoporoza

Kockat përfaqësohen nga një ind dinamik që i nënshtrohet rimodelimit të vazhdueshëm gjatë gjithë jetës. Ky proces fillon me absorbimit të kockave, i cili kryhet nga qelizat

gjigante shumëbërthamore të quajtur osteoklaste. Boshllëku i krijuar nga osteoklastet mbushet më pas me osteoid – kocke e re jo e mineralizuar e sintetizuar nga osteoblastet - e cila më tej mineralizohet për të formuar inde të maturuara të kockave. Estrogjenet rregullojnë bashkimin e proceseve të resorbimit të kockave dhe të formimit të tyre. Rënia e estrogjenit në post-menopauzë çon në mosçiftimin e rimodelimit kockor, e cila rezulton në rezorbim të tepruar (58). Ky proces do të çojë në humbjën e masës kockore, që me kalimin e viteve do të çojë në osteoporozë.

Globalisht, osteoporozja është sëmundja metabolike më e shpeshtë kockore që prek mbi 200 milione njerëz dhe rreth 75 milion në Europë. Osteoporozja është një sëmundje sistemike skeletore e karakterizuar nga masa e ulët kockore dhe ndryshimi mikroarkitekturial i indeve të kockave, që çon në rritje të brishtësisë së tyre. Sëmundja shpesh nuk bëhet klinikisht e dukshme derisa ndodh një frakturë (59). Frakturat ndodhin kryesisht në pjesën e legenit, kyçeve dhe trupave vertebrale. Këto do të ndikojnë në cilësinë e jetës së grave dhe në kosto të larta për sistemin shëndetësor.

Në literaturë është përmendur shpesh fakti i vështirësisë lidhur me vlerësimin e riskut për ndodhjen e frakturave para se kjo e fundit të ndodh. Ka pasur dështim të diagnostikimit në kohë të humbjes së masës kockore dhe trajtimit të duhur, prandaj i është dhënë rëndësi mënyrës së vlerësimit të riskut dhe instrumentave të duhur për matjen e tij.

Një studim i zhvilluar në Belgjike në gratë në post- menopauzë vuri në provë tre instrumenta të matjes së riskut për fraktura, përkatësisht Osteoporosis Self-assessment Tool, Osteoporosis Risk Assessment Instrument, dhe Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation. I pari rezultoi si një instrument më i thjeshtë në përdorim dhe me i këshilluar për përdorim nga mjekët, por gjithsesi la vend për kërkime të mëtejshme.

Për të ulur riskun e frakturave te gratë janë formuluar linja drejtimi për parandalim. US Preventive Task Forcës (60) ka publikuar disa rekomandime për gratë por ato janë fokusuar në moshën mbi 65 vjeç, ndërkohë risku për fraktura është njëlloj i barabartë ose më i lartë në gratë në post-menopauzë në moshë më të hershme se 65 vjeç. Kjo lë hapësira për diskutim dhe vështirësi në përcaktimin e riskut në grupmosha të ndryshme.

Cilësia e jetës, një pjesë e rëndësishme e mirëqenies në tërësi mund të çenohet nga prania e osteoporozës në gratë në post-menopauzë. Bianchi et al.⁵⁴ ndërmoren një studim rast-kontroll në Itali për të përcaktuar ndikimin e osteoporozës në jetën e grave. U përdoren dy pyetësore për të matur cilësinë e jetës si variabël dhe rezultoi se në total 41% e grave kishin reduktim të cilësisë së jetës, prej këtyre në përqindje më të lartë ato që kishin pasur komplikime nga osteoporozja. Studimi pati përgjegjshmëri të lartë por një mostër e vogël për shkak të vështirësisë që mbart një studim rast-kontroll.

2.5.3 Kanceri

Me moshën e rritur, rritet edhe risku për zhvillimin e kancerit tek gratë (61). Kanceret më të rëndësishme janë kanceri i gjirit, i ovarëve, i uterusit dhe i kolonit, të cilët shkaktojnë një barrë të madhe të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në botë. Pas menopauzës merr rëndësi të veçantë parandalimi i zhvillimit të këtyre kancereve duke gjetur mënyrat e duhura të depistimit (screening) dhe duke vlerësuar faktorët e mundshëm risk.

Në literaturë, shpesh përmendet fakti se një menopause e vonë do të çojë në një ekspozim të gjatë ndaj hormonit estrogen, i cili do të rrisë riskun për kancerin e gjirit dhe të uterusit. Në këtë rast do të kemi një numër më të lartë të ovulimeve dhe një risk më të lartë për kancerin e ovarëve (62). Por në literaturë ka të dhëna të pakta që të demonstrojnë ndikimin që ka estrogeni përkatësisht në këto organe të rëndësishme të femrës dhe mekanizmat përkatës.

Një publikim me mbi 200259 gra nga kërkimet mbi kancerin ka dhënë shpjegime biologjike të lidhjes së estrogenit me kancerin e gjirit. Estrogeni ndërmjetëson efektet e tij duke u lidhur me receptorët alfa dhe beta tek qelizat e gjirit, ku ER- α mendohet të funksionojë si një faktor transkriptimi i aktivizuar nga receptorët, por që ky receptor mund të stimulohet dhe nga sinjalet ekstraqelizore pa praninë e estrogenit. ER- α është parë të ndikojë në shprehjen e gjeneve në mungesë të lidhjes direkte me ADN dhe kjo mund të çojë në zhvillimin e qelizave të reja onkologjike. Në këtë rast nuk do të kishim një stimulim të qelizave normale në gji. Ky studim na jep një shpjegim biologjik lidhur me zhvillimin e mundshëm të kancerit por pse një ekspozim i gjatë me estrogen do të rrisë riskun e kancerit?

Sipas Paul Goss dhe Mark Clemons (63), tumori mund të rezultojë dhe nga stimulim i tepruar i një organi nga hormonet, në të cilin rritja normale dhe funksioni janë nën kontrollin endokrin. Përgjigjja e një organi ndaj efekteve proliferative të një hormoni mund të jetë një progres nga rritja normale deri te hiperplazia dhe me tej në neoplazi. Në këtë model, rreziku i kancerit të gjirit mund të përcaktohet nga ekspozimi kumulativ i indit të gjirit me estrogen, prandaj një menopauzë e hershme do të mbronte nga kanceri i gjirit.

Një studim i zhvilluar në Shqipëri (64) për ndikimin e terapisë së zëvendësimit me estrogen në gratë në post-menopauzë demonstroi ndryshime në strukturën e gjirit, prandaj bëhet e nevojshme një ndjekje periodike për femrat që e përdorin atë. Ky studim paraqiti ndryshimet nëpërmjet teknikave radiologjike, por numri i vogël i pjesëmarrësve dhe të qenit një studim retrospektiv mbart më vete bias të ndryshëm lidhur me përzgjedhjen e subjekteve.

Ndërkohë, ndikimi i estrogenit tek uterusit lidhet me nxitjen e hipertrofisë së miometriut dhe proliferimit të endometriut. Me ekspozimin kronik, endometriumi bëhet i prirur ndaj degjenerimit karcinomatоз dhe një rritje e kancereve të uterusit mbas viteve '70" çoi në një rivlerësim të përdorimit të terapisë së zëvendësimit me estrogen. Sipas publikimit të rezultateve të Women Health Initiative nga Rossouw et al. risqet e përdorimit të terapisë hormonale të kombinuar estrogen-progesteron i tejkalojnë përfitimet. Ky përfundim u arrit duke marrë parasysh disa kancere, duke përfshirë kancerin e gjirit, të ovarëve, të uterusit dhe të kolonit, ku risku për kancer gjiri ishte më i lartë.

Në 2014, një rishikim i literaturës lidhur me ndikimin e HT (65) vë në dukje mungesën e provave eksperimentale të mirëfillta dhe vështirësinë e përcaktimit të përdorimit të HT në subjektet që kanë kaluar njëherë kancer. Janë kryer studime për të përcaktuar riskun e përsëritjes së kancerit kur përdor terapisë së zëvendësimit të estrogenit, por nuk kemi një konkluzion përfundimtar. Për këtë, çdo femër duhet të ekzaminohet individualisht dhe terapia duhet të përcaktohet në varësi të përjetimit të menopauzës.

Në literaturë, kanceri i ovarëve është kanceri më i diagnostikuar në krahasim me kanceret e tjerë në gratë në post-menopauzë. Por një studim rast-kontroll në SHBA konkludoi se faktorët e riskut janë të lidhur më tepër me kancerin e ovarëve në gratë në premenopauzë sesa në post-menopauzë, që bie në kontradiktë me faktorët e njohur mbrojtës si shtatzënitë dhe përdorimi i kontraceptiveve orale. Por përdorimi i kontraceptiveve orale tek grate në këtë mostër kishte ndodhur para moshës 35 vjeç, që lë një periudhë latente të shfaqjes së kancerit të njohur prej 10-20 vjetësh. Si përfundim ky studim i jep rëndësi kohëzgjatjes së përdorimit të kontraceptiveve dhe moshën e shtatzënitë sesa numrit të femijëve.

Si përfundim, ndikimi i estrogenit në post-menopauzë me anë të terapisë hormonale ka nxitur debate dhe kërkime të shumta dhe ngelet i vështirë përcaktimi i saktë i ndikimit të tij në zhvillimin e kancerit dhe kjo ndodh për shkak të natyrës multifaktoriale të këtyre sëmundjeve dhe kjo e bën të vështirë trajtimin e tyre. Prandaj është e rëndësishme që gjithë kohës, por sidomos pas menopauzës t'i vihet rëndësi depistimit (screening) të vazhdueshëm tek femrat.

2.5.4 Obeziteti

Ulja e nivelit të estrogenit në menopauzë çon në një rritje të depozitës yndyrore në organet e brendshme, në një profil më të pafavorshëm të lipideve dhe aktivizimin e rrugës reninë-angiotenzinë, e cila çon në funksion të dëmtuar endotelial. Këto ndryshime, së bashku me ndryshimet lidhur me plakjen, çojnë në një rritje të rrezikut të hipertensionit,

obezitetit, diabet tip 2 mellitus, aterosklerozë, sëmundje ishemike të zemrës dhe goditjeve në tru (66). Pikërisht këto ndryshime shkaktojnë sëmundjet kronike të folura më parë, por ndryshimi i shpërndarjes së yndrynave në trup mund të çojë në rritje të perimetrit të belit dhe mund të jetë predispozite për obezitet (67). Obeziteti është faktor risku për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit tip II dhe gjendje të tjera shëndetësore prandaj dhe parandalimi i tij është esencial.

Edhe pse rritja e peshës së trupit vihet re më tepër pas menopauzës, studimet kanë treguar se kjo është e lidhur më tepër me plakjen se vetë menopauzën. Një përfundim ky i përforcuar nga publikimi i disa të dhënave nga studimi (68) SWAN në SHBA, ku edhe pse për çdo vit jetë kishte një rritje të peshës trupore kjo nuk ishte e lidhur me ndryshimin e statusit në menopauzë. Ky studim observues mori në konsiderate disa etni në SHBA dhe percaktoi se aktiviteti fizik do të ndihmonte në humbjen e peshës.

Sipas Lobo A. et al (69), ndryshimet në trup të lidhura me menopauzën është parë në të gjitha etnitet, si në gratë obeze dhe ato jo-obeze. Ato e përcaktojnë përqëndrimin e yndyrës në pjesën abdominale si një faktor të rëndësishëm risku për zhvillimin e rezistencës ndaj insulinës dhe një profili lipidesh të cilat janë shkak për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare.

Madje obeziteti është paraqitur si ndikues në shumë aspekte të seksualitetit. Në një studim rast-kontroll (70) dedikuar ndikimit të obezitetit në seksualitetin e femrave, u paraqit rëndësia që i duhet dhënë shtimit në peshë dhe pse duhet ta parandalojmë atë. Studiuesit konkluduan se nivelet e FSH, LH dhe SHBH (globulina lidhëse e hormoneve) ishin në nivele më të ulëta tek femrat obeze se tek kontrollet. Por femrat obeze raportnin një nivel dhimbje më të ulët gjatë aktit seksual. Ky studim i jep mbështetje kërkimeve të tjera për të njejtën temë, por numri i vogël i individeve gjithmonë hedh pikëpyetje lidhur me përfaqësueshmërinë.

2.5.5 Ndikimi i pamjaftueshmërisë së estrogenit në SNQ

Estrogenët veprojnë në fushat e sistemit nervor qendror që kontrollojnë të mësuarit, regjistrimin dhe kërkimin e informacionit, gjykimin, proceset e vlerësimit dhe aftësitë gjuhësore, kryesisht në korteksin prefrontal, hipokampus dhe stratium. Veprimi i tyre ushtrohet nëpërmjet mekanizmave gjenomike dhe jo-gjenomike dhe ato rrisin proteinat qelizore, nxisin rritjen nervore dhe mbijetesën, transmetimin nervor dhe funksionin, dhe gjithashtu sinaptogenezën (71). Për më tepër, estrogenet kufizojnë përgjigjen inflamatore në sistemin nervor qendror, që ndihmon për të shmangur insultet e përsëritura inflamatore që mund të rezultojnë në distrofi dhe një prirje për demenca. Shumica e studimeve tregojnë se menopauza ndikon në funksionin njohës dhe, më konkretisht, në

aspekte që lidhen me kujtesën dhe rrjedhshmërinë verbale (72). Për të shmangur pikërisht demencat, duke përfshirë këtu Alzheimer, është menduar përdorimi i terapisë me estrogen. Por nëse vërtet estrogeni do të ndikonte në konjicionin e femrave në post-menopauzë, do të ishte i rezervuar për pjesë specifike. P.sh., kjo do të ishte kryesisht në rrjedhshmërinë verbale sipas një hulumtimi shkencor (73).

Studimet janë të pakta lidhur me ndikimin e terapisë së zëvendësimit me estrogen në sëmundjet e lidhura me plakjen. Ato që janë zhvilluar kanë demonstruar pikërisht specificitetin e ndikimit në disa funksione. Sipas Shaywitz SE et al (74), estrogeni ndikon në përmirësimin e memories në gratë në post-menopauzë, por nuk kishte ndikim në performancën totale verbale dhe jo verbale. Ndërkohë, një studim eksperimental i viteve 2000, pas një viti administrimi të terapisë zëvendësuese me estrogen konkludoi se nuk kishte ndikim në ngadalsimin e progresit të Alzheimer dhe as nuk përmirësoi pjesën funksionale dhe konjitive të individëve. Rezultatet janë kontradiktore, gjë që lind nevojën e kërkimeve të mëtejshme lidhur me këto sëmundje degjenerative.

2.5.6 Jeta seksuale në menopauzë

Në 2014, nga International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) dhe North American Menopause Society (NAMS) u zhvillua një term i njohur si sindroma genito-urinare e menopauzës. Sindroma genito-urinare e menopauzës karakterizohet nga një lubrifikim i pakët gjatë seksit, parehati gjatë marrëdhënies, disfunksion seksual, nevojë e menjëhershme për të urinuar, urinim me dhimbje dhe infeksione të përsëritura të traktit urinar (75). Këto janë simptoma të përmendura në kapitujt më parë, të cilat shkaktojnë diskomfort te gratë dhe ndikojnë në cilësinë e jetës seksuale.

Rëndësi të veçantë ka marrë trajtimi i këtyre simptomave, që jo domosdoshmërisht duhet të jenë të gjitha të pranishme në të njejtën kohë. Duke qënë se kohët e fundit theksi është vendosur në rëndësinë e jetës seksuale tek gratë rreth menopauzës, është e nevojshme të kuptojmë sesa realisht niveli i ulët i estrogenit ndikon në marrëdhëniet seksuale të kësaj grupmoshe. Ndërkohë që cilësia e jetës bëhet e vështirë për t'u kuantifikuar, duke qënë një variabël më tepër subjektiv.

Megjithatë, një rishikim i literaturës aktuale të menopauzës hodhi dritë mbi faktin që mbi 50% e femrave janë seksualisht aktive dhe pas menopauzës. Gjithashtu, të qenit inaktive ishte e lidhur kryesisht me rëndësinë që i jepet seksit në tërësi dhe ekzistencës së një problemi shëndetësor që mund të ketë partnerja/partneri. Një përqindje e konsiderueshme e femrave raportojnë një jetë të mirë seksuale, por në përgjithësi literatura paraqet të dhëna që kundërshtojnë njera-tjetrën (76).

Përgjatë viteve 2001-2002 u zhvillua një studim prospektiv kohort (77) në lidhje me problemet seksuale në gratë e moshave të mesme dhe raportimin e këtyre problemeve të mjeku. Ky studim përfshiu gra të moshes 40-80 vjeç në UK dhe Europën kontinentale, i cili përdori intervistën telefonike si mjet kërkimor bazë. Përgjigjshmëria e ulët tregoi problemin e vështirësisë së raportimit të këtyre çështjeve të konsideruara shumë intime. Gjithsesi, ky studim na paraqiti problemet kryesore të grave seksualisht aktive, të lidhura me mungesën e aktivitetit seksual (33.7%), mungesa e kënaqësisë gjatë seksit (25.2%) dhe pamundësinë për të arritur orgazmën(23.6%) dhe më shumë se gjysma e këtyre grave i raportuan këto probleme si të vazhdueshme. Këto problematika shiheshin gati njëjloj në Mbretërinë e Bashkuar dhe Europën Jugore, por disi me të larta në krahasim me Europen Veriore. Në përgjithësi, mjekët nuk i kushtonin rëndësi këtij aspekti gjatë vizitave normale.

Lidhur me disfunktionet seksuale tek femrat, literatura është e paktë në krahasim me studimet që janë bërë për meshkujt për të njejtën temë. Kjo është e lidhur deri diku me faktin që menopauza te femrat do të shënjojte fundin e periudhës riprodhuese dhe kështu dhe fundin e jetës seksuale. Një mit ky që është rrëzuar nga studimet e kohëve të fundit. Për këtë, një rishikim i literaturës nga Dana R Ambler, et al. (78) e përforcon faktin që gratë në moshë të vjetër janë seksualisht aktive. Megjithatë, disfunksioni seksual prek më tepër së gjysmën e femrave dhe është i lidhur me moshën, edukimin, aktivitetin fizik dhe gjëndjen emocionale. Për të përcaktuar ndikimin që ka në cilësinë e jetës ka të dhëna të pakta dhe është një nevojë urgjente kërkimi për këtë temë.

Përsa i përket ndikimit të hormonterapise në sindromën gjenito-urinare të menopauzës, në një rishikim literaturë të 201569 grave, HT shihet si ndihmuese në lehtësimin e simptomave vulvogenitale, të tilla si atrofia vaginale. Por në bazë të studimeve të ndryshme kohort të zhvilluara për këtë temë, femrat nuk konsultohen me gjinekologun për keto probleme, por ia atribuojnë këto moshës së vjetër (79).

Përkatësisht, jeta seksuale në menopauzë mund të atribuohet faktorëve të ndryshëm, që mund të studiohen individualisht në çdo femër. E rëndësishme është që femrat mund të jenë aktivisht seksuale pas menopauzës dhe duhet të konsultohen me mjekun për probleme të caktuara për të gjetur zgjidhjet më të mira.

2.5.7 Shëndeti mendor dhe menopauza

Vitet e mesme të jetës, për shumicën e grave jane një periudhë kalimtare me pak ose aspak ndikim të rëndësishëm në mirëqenien psikologjike. Dëshmitë e fundit thonë, megjithatë, se për disa gra kjo kohë paraqet një periudhë të rritjes së ndjeshmërisë për zhvillimin e simptomave depresive apo një episod depresiv madhor (i ri ose ripërsëritje).

Përveç një historie depresioni, faktorë të ndryshëm duket se ndikojnë ose ndërmjetësojnë riskun për depresion gjatë viteve të pre menopauzës: prania dhe severiteti i simptomave vazomotorë (afshe të nxehta, djersitje gjatë natës), ndodhja e ngjarjeve stresante të jetës, problemet e gjumit, dhe, më e rëndësishmja, një histori e ndjeshmërisë lidhur me riprodhimin; që është, disforia pre-menstruale, depresioni pas lindjes, apo simptoma të ndryshimit të humorit gjatë shtatzënisë (80).

Studimet e humorit gjatë menopauzës kanë zbuluar në përgjithësi një rritje të rrezikut të depresionit gjatë perimenopauzës me një ulje të rrezikut gjatë viteve të postmenopauzës. Studimi kohort Penn Ovarian Aging (81) tregoi se simptomat depressive rriten gjatë tranzicionit të menopauzës dhe uleshin pas menopauzës. Ky studim identifikoi praninë e një historie të mëparshme depresioni si faktorin më të rëndësishëm ndikues për zhvillimin e depresionit, së bashku me luhatjet e niveleve të hormoneve riprodhuese të lidhura me humurin.

Në një studim cross-seksional të zhvilluar në Hollandë, 2103 grave ju kërkua të vlerësonin simptomat e tyre të depresionit para menopauzës dhe 3.5 vjet më vonë, gjatë tranzicionit të menopauzës. Ato raportuan me shumë simptoma depressive gjatë tranzicionit. Gjithashtu, në Shtetet e Bashkuara, një studim i bazuar në komunitet tek gratë që po kalonin menopauzë natyrore tregoi një rritje të simptomave depressive gjatë perimenopauzës.

Studiuesit nga Studimi i Harvardit lidhur me luhatjet e humorit rekrutuan gra në premenopauzë të moshës 36-44 vjeç pa asnjë histori depresioni madhor dhe ndoqën këto gra për 9 vjet për të zbuluar fillime të reja të depresionit madhor. Gratë që hynë në perimenopauzë kishin dy herë më shumë gjasa sesa gratë që ende nuk kishin hyrë në tranzicionin menopausal të kishin simptoma depressive klinikisht të rëndësishme (82).

Literatura mbështetëse lidhur me depresionin është konsistente përsa i përket mundësisë së përjetimit të simptomave depressive më tepër gjatë tranzicionit të menopauzës sesa më parë. Por në kohën kur ndodh ndalimi i menstruacioneve, kategoria e femrave i përket moshës së mesme. Kjo moshë është delikate në shumë aspekte sepse një femër mund të ndihet e porealizuar për shkak të mungesës së një pune apo marrëdhënie. Këto janë arsye të tjera të cilat nuk janë të lidhura specifikisht me menopauzën, por me veshtirësitë e jetës së përditshme. Vetë kalimi i viteve është një faktor që të bën me vulnerabel ndaj sëmundjeve kronike gjë që çon në një shëndet jo të mirë mendor. Prandaj është e nevojshme të kërkohet më në thellësi lidhur me problemet e shëndetit mendor në gratë e moshës së mesme.

II METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi i studimit

Identifikimi dhe vlerësimi i problemeve shëndetësore të gruas në moshën e menopauzës me qëllim përmirësimin e cilësisë së jetës së gruas në menopauzë dhe post-menopauzë

2.2 Objektivi i përgjithshëm

Vlerësimi i karakteristikave epidemiologjike, klinike dhe të sjelljes së grave në menopauzë.

Objektivat specifike

1. Të studiojë karakteristikat sociodemografike dhe klinike të popullatës së studimit.
2. Të vlerësojë problemete lidhura me shëndetin në menopauzë dhe ekzaminimet e kryera.
3. Të vlerësojë sjelljet dhe praktikatat e shëndetit të grave në menopauzë dhe postmenopauzë lidhur me stilin e jetesës, metodat kontraktive, mardhënien seksuale, përdorimin e medikamenteve dhe historinë familjare.
4. Të përcaktojë llojin dhe prevalencën e simptomave në menopauzë dhe ashpërsinë e tyre.
5. Të vlerësojë njohurive mbi menopauzën dhe burimin e informacionit
6. Të vlerësojë korelacionin e gjendjes shëndetësore, sjelljeve dhe njohurive mbi menopauzën me faktorët socio - demografike dhe klinike.
7. Të vlerësojë faktorët e ndryshëm socio-demografike, klinike dhe të sjelljes në vendosjen e menopauzës së hershme.
8. Të ofrojë edukim shëndetësor për të përmirësuar gjendjen e përgjithshme shëndetësore të femrave (grave) në menopauzë dhe postmenopauzë.

Pyetjet kërkimore të studimit

1. Cila është prevalenca e simptomave të menopauzës së grave në Tiranë?
2. Ashpërsia e simptomave gjatë menopauzës dhe periudhës së postmenopauzës ?
3. Cilët faktorë ndikojnë në simptomat e menopauzës së grave?
4. Cilët faktore ndikojnë në zhvillimin e hershem të menopauzës?

Hipotezat

- Menopauza e hershme ndikohet nga faktorët sociodemografikë dhe të stilit të jetesës
- Shpeshtësia e simptomave është më e madhe tek gratë në menopauzë të hershme

2.3 Materiali dhe metoda

Tipi i studimit

Studimi është i tipit transversal (cross-sectional) bazuar në popullatë. Afati kohor i studimit ishte periudha nga marsi 2016 deri në nëntor 2016. Shkalla e pjesëmarrjes (përgjigjes) 89,4%.

Përshkrues eksplorativ: nëpërmjet përshkrimit të detajuar të gjithë rasteve, lidhur karakteristikat sociodemografike, karakteristikat klinike, dhe njohuritë dhe qëndrimet mbi menopauzën.

Analitik: Me anë të këtij studimi janë identifikuar faktorët e pavarur parashikues të menopauzës së hershme.

Vendi i kryerjes së studimit

Studimi u kryhet në rrethin e Tiranës i ndarë sipas zonave të vendbanimit të femrave të marra në studim Qytet/ Fshat. Popullata e marë në studim përfaqësohej nga 2/3 me banim në qytet dhe 1/3 me banim në fshat. (Në fillim ishin llogaritur 1350 pjesëmarrës dhe vetëm 1207 u përgjigjen). Nga keto, vetëm 1040 ishin në menopauzë, kështu që të dhënat bazohen në këtë numër grash. Kriteret e përfshirjes; a) moshë; b) vendbanimi; c) në menopauzë; d) gjinia.

Popullata e studimit

Femrat që janë në menopauzë dhe që jetojnë në kohën e kryerjes së studimit në vendin e kryerjes së studimit.

Popullata target në studimishin femrat që variojnë nga mosha 45-64 vjeç ose kohort lindje 1952-1971. Sipas WHO është raportuar se menopauza zakonisht vendoset midis moshës 45 deri në 55 vjeç. Mosha me kufi më të lart deri në 64 vjeç u vendos për të marrë nga femrat e intervistura përvojat e tyre në lidhje me shëndetin e tyre gjatë dhe pas menopauzës me një interval deri në 10 vite periudhë post menopauzë.

Kriteret e përfshirjes në studim

Kriteret ku studimi u mbështet për të realizuar objektivat janë tre;

1. Femra që jetojnë në Tiranë sipas zonës së banimit qytet/fshat me qëllim që të realizohet një shpërndarje sa më e drejtë edhe sipas përqindjes së popullatës totale gra për të përfituar të dhëna apo diferenca që mund të ndikohen nga edukimi, punësimi dhe vendbanimi.
2. Femra të moshës 45-65 vjeç kriter ky i mbështetur referuar dhe shfletimit të literaturës dhe definicionit sipas (OBSH 1996) (13), ku vendosja menopauzës fillon nga 45-55 vjeç mesatarisht 50.1 vjeç
3. Femra tashmë me status në menopauzë sipas qëllimit të studimit për të hulumtuar mbi shëndetin e tyre në menopauzë dhe post - menopauzë.

Burimi i të dhënave

Në studim janë përdorur të dhënat e mbledhura nga femrat e moshës 45-64 vjeç banuese në Rrethin e Tiranës sipas vendbanimit qytet/fshat.

Rrethi i Tiranës përbëhet nga 3 bashki; Tiranë, Kamëz dhe Vorë, dhe nga 16 njësi administrative; Baldushk, Bërxullë, Bërzhitë, Dajt, Farkë, Kashar, Krrabë, Ndroq, Paskuqan, Petrelë, Pezë, Prezë, Shëngjergj, Vaqar, Zall-Bastar, Zall-Herr. (INSTAT 2014) (83).

Bashkia Tiranë me ndarjen e re administrative 2014, bashkia ka 24 njësi administrative, me 11 njësi administrative për Tiranën si qytet dhe 13 njësi administrative për fshatin: Petrelë, Farkë, Dajt, Zall-Bastar, Bërzhitë, Krrabë, Baldushk, Shëngjergj Vaqarr, Kashar, Pezë, Ndroq dhe Zall Herr.

Popullsia: Sipas censusit të vitit 2011, në territorin e bashkisë së re Tiranë banojnë 557,422 banorë, ndërsa sipas Regjistrat Civil banojnë 757,361 banorë. Me një sipërfaqe prej 1,110.03 kilometrash katrorë, densiteti i popullsisë sipas të dhënave të Censusit është 502 banorë/ km² ndërsa sipas Regjistrat Civil, densiteti është 682 banorë km².

Popullsia e qytetit është një popullsi jo homogjene e përbëre nga shtresa të ndryshme shoqërore dhe kulturore të ndikura nga lëvizja e lirë në vitet e fundit.

Popullsia totale e meshkujve është 1% më e madhe krahasuar me popullatën e femrave. Përqindja e ritjes totale e femrave mbi 50 vjeç në këto vitet e fundit është ≈5% (83).

Popullata e femra të mara në studimim 45-64 vjeçështë 87106, e ndarë sipas vendbanimit qytet /fshat 2/3 jetojnë në qytet (përkatesisht 64165 femra 45-64 vjeç) dhe 1/3 në fshat (përkatesisht 22941 femra 45-64 vjeç). Karakteristikat të mara në studim të tilla si:arsimi, besimi, niveli social-ekonomik mund të kenë ndikim në prevalencën e përvojave të menopauzës, qëndrimet dhe përceptimet e tyre në lidhje me këtë fazë të jetës së tyre. .

Madhësia e kampionit dhe përzgjedhja

Duke përdorur procedurën e kampionimit bazuar në mostër përfaqësuese, nga popullata e përgjithshme femra 87106 u përzgjedh fillimisht nje kampion përfaqësues me parametrat e mëposhtëm:

Intervali i besimit	95%
Precizioni	3%
Efekti i skicimit	1

Duke konsideruar dhe një nivel mospërgjigje prej 20% madhësia e kampionit rezulton prej 1350 femra,

U përdor metoda e përzgjedhjes së klasterave të rastësishme me dy stade (*two stage random cluster sampling*).

Zonat e intervistave

Të dhënat primare janë mbledhur duke përdorur pyetësonin e strukturuar dhe të shpërndarë tek femrat që përmbushnin kriteret e studimit.

❖ Stadi i I-rë

Si vendpër intervistat u përzgjedhennë mënyrë të rastësishme 5 qendra shëndetësore në qytet dhe 6 të tilla në fshat.

Zona ku u kryen intervistat sipas ndarjes qytet/fshat ishin:

Qytet, Njësitë administrative / Qendrat Shëndetësore

Njesia administrative 4, Babru, Allias, Kinostudio
Njesia administrative 5, Selit, Tirana e Re
Njesia administrative 6, Kombinat, Yzberisht
Njesia administrative 8, Selvija, Medrese
Njesia administrative 11, Laprak, Institut, Bathore.

Fshat, Njesitë administrative / Qendrat Shëndetësore

Njësia administrative Dajt, Fshatrat: Linzë, Shishtufinë, Tujan, Brar, Ferraj, Priskë e Madhe, Surrel, Lanabregas, Shkallë, Qafë-Mollë, Darshen, Selbë, Murt

Njësia administrative Farkë, Fshatrat: Farkë e Madhe, Farkë e Vogël, Lundër, Mjull-Bathore, Sauk, Selitë

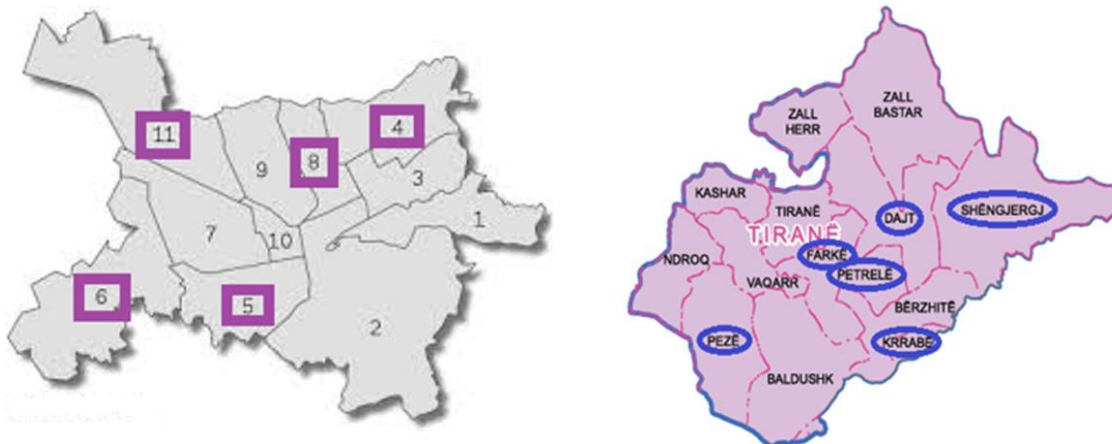
Njësia administrative Krrabë, fshatrat: Mushqetë, Skuterrë

Njësia administrative Petrelë, Fshatrat: Petrelë, Mullet, Stërmas, Picallë, Shënkoll, Gurrë e Madhe, Gurrë e Vogël, Daias, Barbas, Fikas, Mangull, Qeha, Shytaj, Hekal, Kryezi, Përcëllesh, Durisht

Njësia administrative Pezë, Fshatrat: Pezë e Madhe, Pezë-Helmës, Pezë e vogël Varosh, Maknor, Dorëz, Gror, Grecë, Pajan, Gjysylkanë

Bashkia Vorë & Bashkia Kamzë

Numri i të intervistuarave në qytet për çdo qëndër shëndetësore u llogarit të ishte nga 100-150 femra dhe në fshat nga 50-70 femra.



Zonat e përfshira në studim

❖ Stadi i II-të

Në çdo qëndër shëndetësore u mor lista e popullatës dhe u zgjodh në mënyrë të rastësishme numri i femrave për çdo qëndër në bazë të teknikës së probabilitetit në proporcion me popullatën; probability proportional to size (PPS).

Nga përgjigjet e të intervistuarave rezultoi një pjesëmarrje prej 1207 me një shkallë përgjigjeje 89.4% e kampionit fillestar prej 1350 (Shtojca).

Nga 1207 femra që ju përgjigjen intervistës u analizuan vetëm 1040 të tilla ato që raportuan në kohën e intervistës se ishin në menopauze, ndërsa pjesa tjetër ishin femra gjatë ose në pre-menopauzë.

Pre testimi - studimi Pilot

Një studim pilot është kryer në 32 gra që plotësonin tre kriteret e studimit. Në bazë të vlersimit të të dhënave disa kapituj dhe pyetje të veçanta u rishikuan dhe u përshtatën sipas mënyrës se si femrat jupërgjigjen pyetjeve. Vetëm në seksionin e historisë seksuale u hoqën disa pyetje që kërkonin të dinim më shumë rreth aktivitetit seksual, abortit e pyetje të tjera sensitive. Edhe në rast të atyre që ju janë përgjigjur në analizë duket se shumica nuk ka dhënë përgjigjen korrekt ose ka nënraportim.

Instrumenti i studimit

Të dhënat u grumbulluan duke përdorur një pyetsor të strukturuar dhe me vetë-administrim. Vetë-administrimi u përdor për shkak se pas vlersimit të pre-testit pa se ishte më mirë për gratë të ishin të pavarura në përgjigjete tyre dhe sidomos për pyetje sensitive.

Qëllimi i instrumentit të përdorur ishte të grumbullojë të dhëna mbi:

- prevalencën e simptomave, gjatë menopauzës,
- problemeve të ndryshme në lidhje me shëndetin gjatë dhe pas menopauzës,
- si dhe qëndrimin e tyre ndaj menopauzës, siç përceptohen nga vetëpjesëmarrëset në studim.

Pyetëtori i përdorur u strukturua në bazë të shqyrtimit të literaturës dhe i përshtatur për qëllimin e studimit.

Pyetëtori ka pesë pjesë të rëndësishme:

- Pjesa e parë përmban karakteristika socio-demografike.
- Pjesa e dytë për të vlerësuar gjendjen shëndetësore të gruas,
- Pjesa e tretë për të vlerësuar stilin e jetesës,
- Pjesa e katërt për të vlerësuar prevalencën e simptomave të menopauzës.
- Pjesa e fundit u hartua për të vlerësuar reagimet dhe qëndrimin ndaj menopauzës.

Gjithsej në pyetsor janë përfshirë 13 seksione me qëllim përshkrimim më të mirë të strukturës së pyetsorit të shpjeguar më lart.

Seksionet e përfshira në pyetsor

Seksioni 1: Te dhëna personale (të dhëna demografike dhe sociale, vendbanimi, moshë, gjinia, arsimit, etnia, besimi, punësimi, statusi civil, profesioni).

Seksioni 2: Vlerësimi i shëndetit të gruas (sipas kategorive i keq, mirë mesatar dhe shumë i mirë).

Seksioni 3: Informacion mbi gjatësinë dhe peshën (peshë dhe gjatësia aktuale dhe ajo ideale...).

Seksioni 4: Historia shëndetsore aktuale (disa nga sëmundjet kryesore kronike hipertension, diabet, hemoragji ne tru, diabet,sterilitet ankth/stres, sëmundje uro-genitale, cancer, osteopozor, etj.).

Seksioni 5: Historia Gjinekologjike (menstruacioni parë, mosha e menopauzës, natyra e menopauzës, vetekzaminimi i gjirit dhe disa teste klinike diagnostike kryesore që janë dhe pjesë e Ceck-up).

Seksioni 6: Historia obstetrikale (përdormi i kontraceptiveve hormanoal, numri shtatëzanive, mosha në shtatëzaninë e parë dhe mosha në shtatëzaninë e fundit).

Seksioni 7: Historia seksuale (rënie e dëshirës seksuale etj).

Seksioni 8: Mjekimi aktual (në se përdor mjekim aktual për menopauzen apo suplement).

Seksioni 9: Historia familjare e sëmundjeve (Diabet, osteoporoz, HTA, tromboz, cancer, depresion, sëmundje të tiroides).

Seksioni 10: Sjellje (zakone) personale (duhanpirjen, të dhëna për ushqyerjen aktiviteti fizik)

Seksioni 11: Shëndeti mendor (nëse ka problem me shëndetin mendor dhe nëse përdor mjekim).

Seksioni 12:Lista e simptomave në menopauzë (aty janë listuar 21 simptoma sipas kategorizimit, aspak, nuk ka shenja dhe deri tek severiteti ashpersia.Një nga dy qëllimet e studimit në lidhje me prevelencën e simptomave gjatë menopauzës dhe post).

Seksioni 13: Rreth menopauzës dhe terapisë hormonale (qëndrimi ndaj hormono-terapisë zëvendësuese, qëndrimi ndaj menopauzës dhe burimi i informacionit mbi menopauzën)

Përkufizimi i termave të menopauzës

Termet kryesore lidhur me menopauzën përfshijnë(13):

- *Menopauza*: Është periudha e pas 12 muajve të amenorrhese, që reflekton një minimizim komplet të funksionit ovarial për prodhimin e estrogenit.
- *Perimenopauza*: Është periudha nga 3-5 vjet para menopauzës deri në një vit pas saj, në të cilën fillojnë ndryshimet biologjike, endokrinologjike dhe shfaqjet klinike. (WHO)
- *Premenopauza*: Është një term i përdorur si për periudhen 1-2 para menopauzës ashtu edhe për gjithë periudhën riprodhuese para menopauzës. Me konsensus nga OBSH është përcaktuar si e dyta.
- *Postmenopauza*: Është periudha që pason një vit pas ciklit menstrual të fundit.
- *Menopauza natyrale*: Identifikon 12 muajt pas ciklit menstrual të fundit, që ka ndodhur si pasojë e humbjes së aktivitetit folikular të ovareve.¹³
- *Menopauza kirurgjikale*: Përdoret për të përcaktuar ndalimin e menstruacioneve si pasojë ose e heqjes së ovareve (me hysteroktomi ose jo) ose heqjen atrogjenike të funksionit ovarial (me kimioterapi ose rrezatim).
- *Klimaksi*: Faza në plakjen e grave që shënjon tranzicionin e kalimit nga periudha riprodhuese në atë jo riprodhuese.
- *Terapia zëvendësuese e estrogenit ose terapia hormonale*: Është një terapi e cila përdor hormonet femërore estrogenin dhe progesteronin për të trajtuar simptomat e menopauzës dhe plakjes.

Përkufizimi variablave

❖ Variablat kategorikë

1.Karakteristikat demografike

Mosha: do të vlerësohet si deklaram i moshës në vite të plota në momentin e intervistës. Përfshitja në kategoritë nga mosha 45-65 vjeç e ndarë në pesë kategori (45-49, 50-54, 55-59, 60-64, kufiri i fundit i moshës është marrë për të vlerësuar statusin shëndetësor përnjë periudhe 5 vjet dhe 10 vjet dhe mbi 15 vjet nga vendosja e menopauzës. Sipas shqyrtimit të literaturës ku menopauza instalohet në një kufi moshor 45-55 vjeç është kjo arsyeja pse është marrë kufiri fillimit i poshtëm mosha 45 vjeç (134).

Mosha në menopauzë: deklarimi nga gruaja e moshës së vendosjes së menopauzës për të bërë vlerësimin e moshës mesatare dhe kategorizimin e saj në menopauzë së hershme dhe në kohë.

Vendbanimi: vlerësuar sipas deklaramit në momentin e intervistës kategorizuar sipas zonës qytet, fshat.

Arsimi: sipas vetë deklaramit gjatë intervistës e kategorizuar nga niveli pa arsim =0 dhe deri tek niveli pasuniversitar. Ky variabël e bënë interesant më shumë qëndrimin në lidhje me menopauzën apo mjekimin me hormono-terapi sipas shkallës së arsimimit.

Statusi punësimit: vlerësuar sipas situatës aktuale të të intervistuarës e kategorizuar nëpa punë, e punësuar dhe pensioniste, për të vlerësuar ndoshta më shumë gjëndjen shëndetësore post menopauze.

Etnia: (*shtetësia, ose nënshtetësia*); sipas deklaramit të të intervistuarve ç'farë është shtetësia sipas përkatësisë duke përfshirë pakicat etnike sipas konventave ndërkombëtare e kategorizuar në katër. Kjo e dhënë do të na ndihmoj në analizë për të bërë krahasime të disa nga qëndrimet apo dhe të vetë moshës së vendosjes së menopauzës në rast referimi të literaturës për kombësi të njëjta.

2.Karakteristikat sociale

Besimi: vlerësimi sipas bindjeve që çdo e intervistuar mban qëndrim në lidhje me besimin e ndarë në mysliman dhe katolikë, dy kategori bazë që përbëjnë dhe shumicën në popullat.Ka interes nëse besimin ka influencën e vetë në qëndrimi apo sjellje në lidhje me menopauzën dhe interpretimin e saj.

Statusi ciliv: sipas deklaramit gjatë intervistes e kategorizuar në pesë kategori. Statusi mund të ketë ndikim e vetë në instalimin sidomos në menopauzën e hershme.

Statusi i menopauzës: deklarimin në kohën e intervistës për periudhën e vendosjes së menopauzës në vite e kategorizuar në tre kategori 1= 5 vjet, 2 = 9 vjet dhe 3= 10-14 vjet dhe 4 \geq 15. Ky variabël do të na ndihmoj për të vlerësuar barrën e sëmundshmërisë post menopauzëpor edhe ato që janë bashkëshoqëruese të saj.

Burimi i informacionit: Deklaram nga vetë e intervistuarës për burimin e informacionit rreth menopauzës me mundësi më shumë se një kategori.

Nevoja e vlerësimit të këtij variabli për të planifikuar shërbimet për menazhim dhe këshillim gjatë menopauzës.

3. Karakteristikat klinike (Variablat e ndërhyrjes)

Problemet shëndetësore dhe simptomat në menopauzë: sipas deklarimit të gruas në intervistë në lidhje me simptomat që shfaqen gjatë pas menopauzës

Njohuri mbi menopauzën: referuar njohurive të të intervistuarave në lidhje me menopauzën, menaxhimin të shëndetit gjatë menopauzës.

Qëndrime për menopauzën: referuar sipas qëndrimeve të deklaruara në lidhje si e si shokon grua vendosjen e menopauzës dhe qëndrimet mbi hormono-terapi zëvendësuese.

Shëndeti mendor: gjëndja në lidhje me problemet dhe shqetësimet nervore.

Praktikat shëndetësore gjatë menopauzës: lidhur me përceptimin e gjëndjes shëndetësore në momentin e intervistës, ushqyerjen, duhan pirjen dhe aktivitetin fizik

❖ Variablat numerikë

BMI

Mosha e menstruacionit I-rë

Kohëzgjatja e periodave

Mosha në lindjen e I-rë

Mosha në lindjen e fundit

Nr. i shtatëzanive

2.4 Metodologjia e analizës statistikore

-Kriteret e metodologjisë

Nevoja për më shumë kërkime në lidhje me shëndetin e grave në menopauze, vlerësimin e gjëndjes shëndetësore gjatë dhe pas menopauzës e bënë të rëndësishëm marrjen e këtij studimi.

Ky kapitulli paraqet në mënyrë të detajuar të gjithë mënyrën sesi është vepruar për realizimin e këtij studimi. Kapitulli përmban fazat e kërkimit, metodën kërkimore të përdorur, instrumentin e kërkimit, strategjinë e kampionimit dhe madhësinë e kampionit, mbledhjen e të dhënave, procedurën e analizës së tyre, qëndrueshmërinë dhe vlefshmërinë e studimit, çështjet etike, si edhe kufizimet metodologjike të studimit.

- Fazat e kërkimit

Kërkimi filloi me përzgjedhjen e fushës së studimit nga fundi i vitit 2012 fillimi i 2013. Realizimi i studimit ka kaluar në disa faza, më konkretisht:

-Faza e parë; konsistoi në rishikimin e literaturës. Ky është një moment i rëndësishëm për të përcaktuar atë që njihet aktualisht mbi këtë fushë studimi në rajon dhe në botë.

Literatura e shfletuar ka qënë e shumëllojshme, duke përfshirë studime, rishikime, artikuj, abstrakte, meta-analiza dhe libra.

-Faza e dytë; ishte diskutimin me bashkëpunëtorët dhe ekspertët e fushës për të riorientuar qëllimin dhe objektivat e studimit, si edhe për të përcaktuar pyetjet kërkimore.

-Faza e tretë; e cila mbështetet në fazën e dytë, konsistoi në përcaktimin e metodës kërkimore, instrumentit kërkimor dhe popullatën nga e cila do të përzgjidhej kampioni. Në këtë fazë u vendos që studimi do të ishte sasior dhe të dhënat do të mbledheshin përmes intervistave me pyetësor me vetë administrim, kjo u vendos pas fazës pre-testimit. Instrumenti i kërkimit, i cili përpara se të pilotohej kaloi në një fazë diskutimesh me ekspertë të fushës dhe bashkëpunëtorë të tjerë. Pilotimi i intervistës vuri në dukje nevojën për të modifikuar dhe hequr disa pyetje sensitive dhe duke i pershtatur sipas kontekstit kulturor - shqiptar. Kështu, në këtë fazë u konkretizua edhe varianti përfundimtar i instrumentit të intervistës.

-Faza e katërt; përkon me realizimin e intervistave në teren e përcaktuar më parë sipas teknikës propabilitare, pyetësor të strukturuar të konsultuar më parë me literaturën e huaj dhe përshtatje të studimeve të më parshme duke përfshirë me patjetër variablat universal ose socio-demografik.

Pas realizimit dhe grumbullimit krye, kodimi dhe analiza e të dhënave të grumbulluara. Një moment i rëndësishëm në këtë fazë ishte edhe përpunimi statistikor i të dhënave. Në fazën e pestë dhe të fundit punua për nxjerrjen e rezultateve, diskutimeve dhe nxjerrjen e përfundimeve e rekomandimeve.

E gjithë analiza statistikore e të dhënave u krye në SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 20.0, Chicago, IL). U kryen :

- Analizë përshkruese
- Analize univariate
- Analizë bivariate dhe multivariate

-Analiza deskriptive e variablave

- Për ndryshorët (variablat) numerikë të vazhduar: u paraqitën madhësitë e prirjes qëndrore (mesatarja aritmetike, mediana dhe moda) dhe madhësitë e dispersionit (varianca, deviacioni standard).
- Për variablat kategorike:u paraqitënshpeshtësiat absolute dhe relative përkatëse.

-Testet statistikore të përdorura

Kolmogorov-smirnov: për testimin e shpërndarjes së variablave të vazhduar: moshës, BMI

Hi-katror(χ^2):për krahasimin e përqindjes së variablave kategorikë.

Korrelacioni i Pearson për vlerësimin e mardhënies së BMI me moshën.

Analiza e variancës ANOVA one way për krahasimin e vlerës mesatare të BMI sipas grupmoshave.

Regresioni logjistik -Raporti i gjasave OR me intervalin e besimit 95%CI

- për vlerësimin e shoqërimit të variablave klinike me variablat sociodemografike dhe për parashikimin e menopauzës së hershme.

Vlera e $p \leq 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndësishme. Testet statistikore janë të dyanshme. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave.

Body mass index (BMI). Llogaritur sipas formulës kg/m^2

Kategoritë e BMI

Kategoria	Rangu BMI – kg/m^2
Nënpeshë	< 18.5
Normal	18.5 - 24.9
Mbipeshë	25 - 29.9
Obezë	≥ 30

III REZULTATE

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike të pjesëmarrësve

Variablat	N	%	P
Rrethi			
Tiranë	507	48.7	0.4
Tjetër	533	51.2	
Mosha, M SD	54.6 (±4.8)		
Grupmosha, vite			
≤50	221	21.2	<0.01
51-60	684	65.8	
> 61	135	13.0	
Etnia			
Shqiptar	983	94.5	<0.01
Tjetër	57	5.5	
Besimi fetar			
Kristian	204	19.6	<0.01
Mysliman	836	80.4	
Gjendja civile			
Martuar	864	83.1	<0.01
Tjetër	176	16.9	
Vendbanimi			
Fshat	361	34.7	<0.01
Qytet	679	65.3	
Punësimi_tre			
Papunë	488	46.9	<0.01
Pension	113	10.9	
Punësuar	439	42.2	

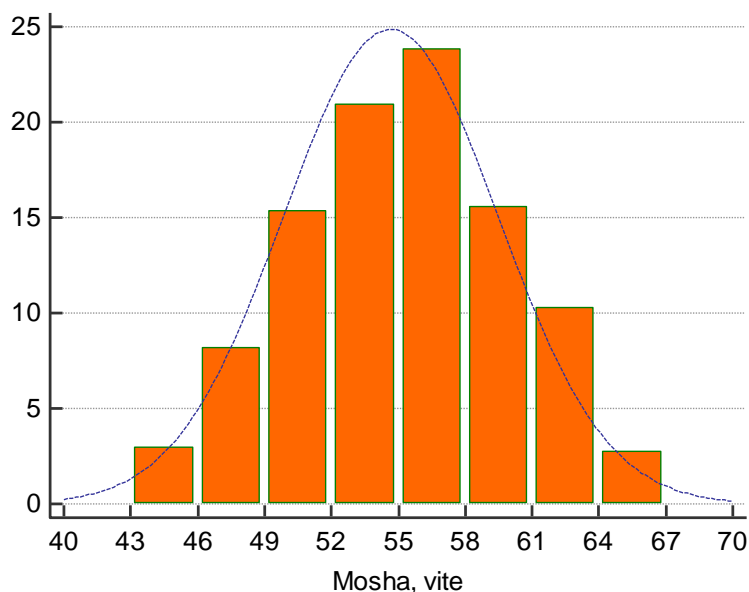


Figura 3. 1 Histogrami i moshës së pjesëmarrëseve

Në studim morën pjesë 1040 gra me moshë mesatare 54.6 (± 4.81) vjeç, me rang 45-64 vjeç.

-Vendlindja në Tiranë janë 507 (48.7%) e pjesëmarrësve ndërsa nga rrethe të tjera janë 51.2% e tyre, pa ndryshim sinjifikant ($p=0.4$).

-Në grupmoshën ≤ 50 vjeç janë 221 (21.2%) e grave, në grupmoshën 51-60 vjeç janë shumica e tyre, 684 (65.8%) dhe në grupmoshën >61 vjeç janë 135 (13%) e grave ($p<0.01$).

-Shumica janë të etnisë shqiptare 94.5% ndërsa 5.5% janë etni tjetër.

-Mbizotëron besimi mysliman në 80.4% të grave ndërsa besimi kristian në 19.6% të tyre, ($p<0.01$).

-Të martuara janë shumica e tyre 83.1% ndërsa status “tjetër” kanë 16.9% e tyre, ($p<0.01$).

-Shumica e tyre banojnë në qytet 679 (65.3%) ndërsa 361 (34.7%) në fshat, ($p<0.01$).

-Pa punë janë shumica e tyre 46.9%, të punësuar janë 42.2% ndërsa në pension janë 10.9% e tyre, ($p<0.01$).

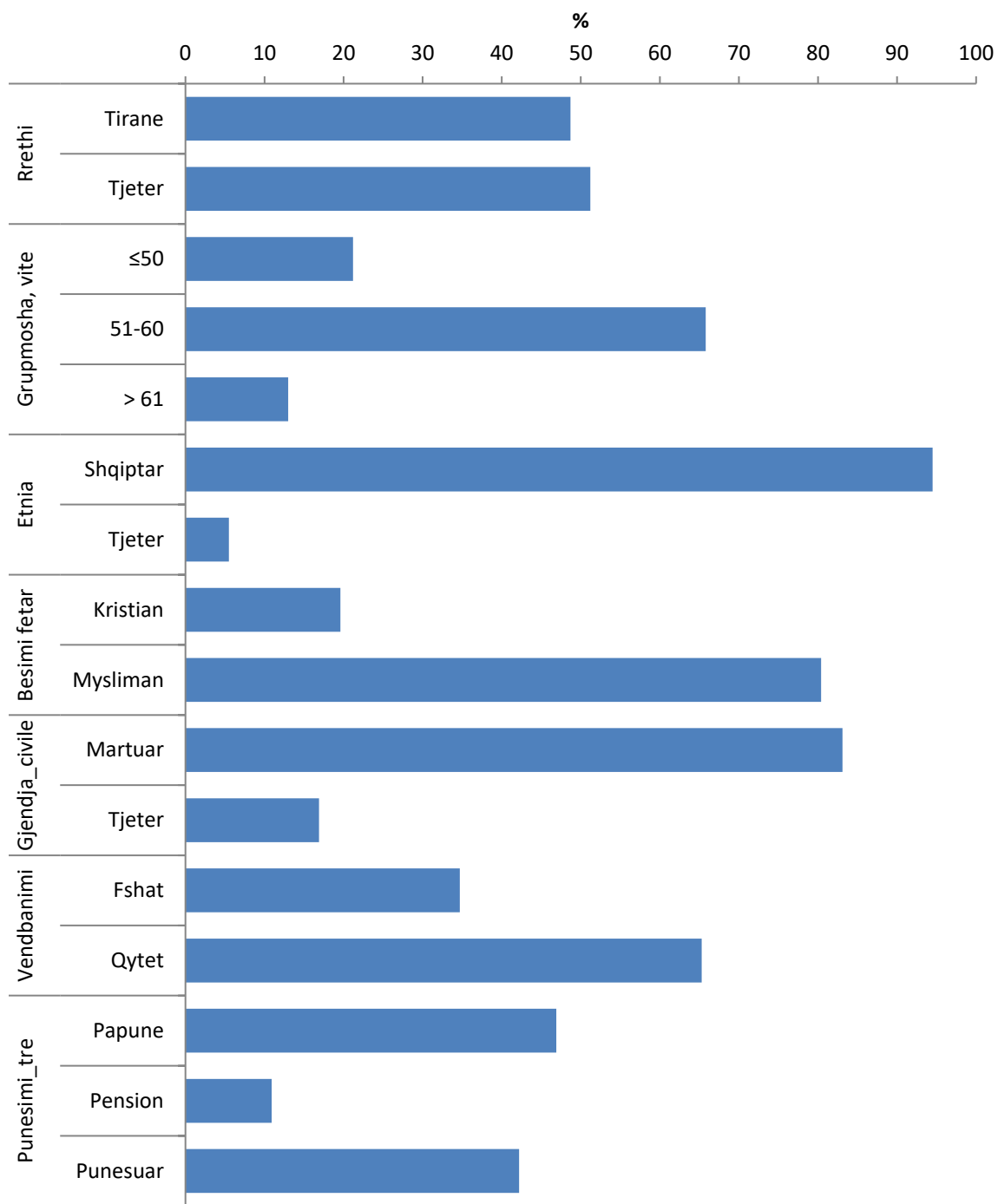


Figura 3. 2 Karakteristikat sociodemografike të pjesëmarrëseve

Tabela 3. 2 Karakteristikat klinike të totalit të pjesmarrëseve në studim

Variablat	N	%	P
Mosha_menstr_parë			
<12 vjeç	157	15.1	
13-15 vjeç	821	78.9	<0.01
≥16 vjeç	62	6.0	
Numri_shtatëzanive_3_cat			
0 lindje	13	1.3	
1-2 lindje	423	40.7	<0.01
≥3 lindje	604	58.1	
Mosha_lindjes_parë			
15-19 vjeç	242	23.3	
20-24 vjeç	468	45.0	
25-29 vjeç	220	21.2	<0.01
30-34 vjeç	37	3.6	
≥35 vjeç	52	5.0	
Mosha_lindjes_fundit			
15-19 vjeç	5	0.5	
20-24 vjeç	66	6.3	
25-29 vjeç	381	36.6	<0.01
30-34 vjeç	368	35.4	
≥35 vjeç	181	17.4	
Numri_aborteve_3_cat			
0 aborte	705	67.8	
1-2 aborte	287	27.6	<0.01
≥3 aborte	48	4.6	
Mosha_menopauzës M SD	48.1 (±4.2)	[38-57]	
Mosha_menopauzës_3_cat			
44 vjeç menopauzë e hershme	154	14.8	
45-55 vjeç menopauzë normale	764	73.5	<0.01
≥ 56 vjeç menopauzë e vonshme	23	2.2	
Fillimi i menopauzës			
Herët	154	14.8	
Jo herët	886	85.2	<0.01
Vite në menopauzë			
<5 vite	497	50.2	
5-10 vite	369	37.3	
11-16 vite	68	6.9	<0.01
>16 vite	56	5.7	
BMI			
M (SD)	26.6 (3.6)	[17 – 42]	
Nënpeshë	3	0.3	
Peshë normale	336	32.3	
Mbipeshë	530	51.0	<0.01
Obeze	171	16.4	

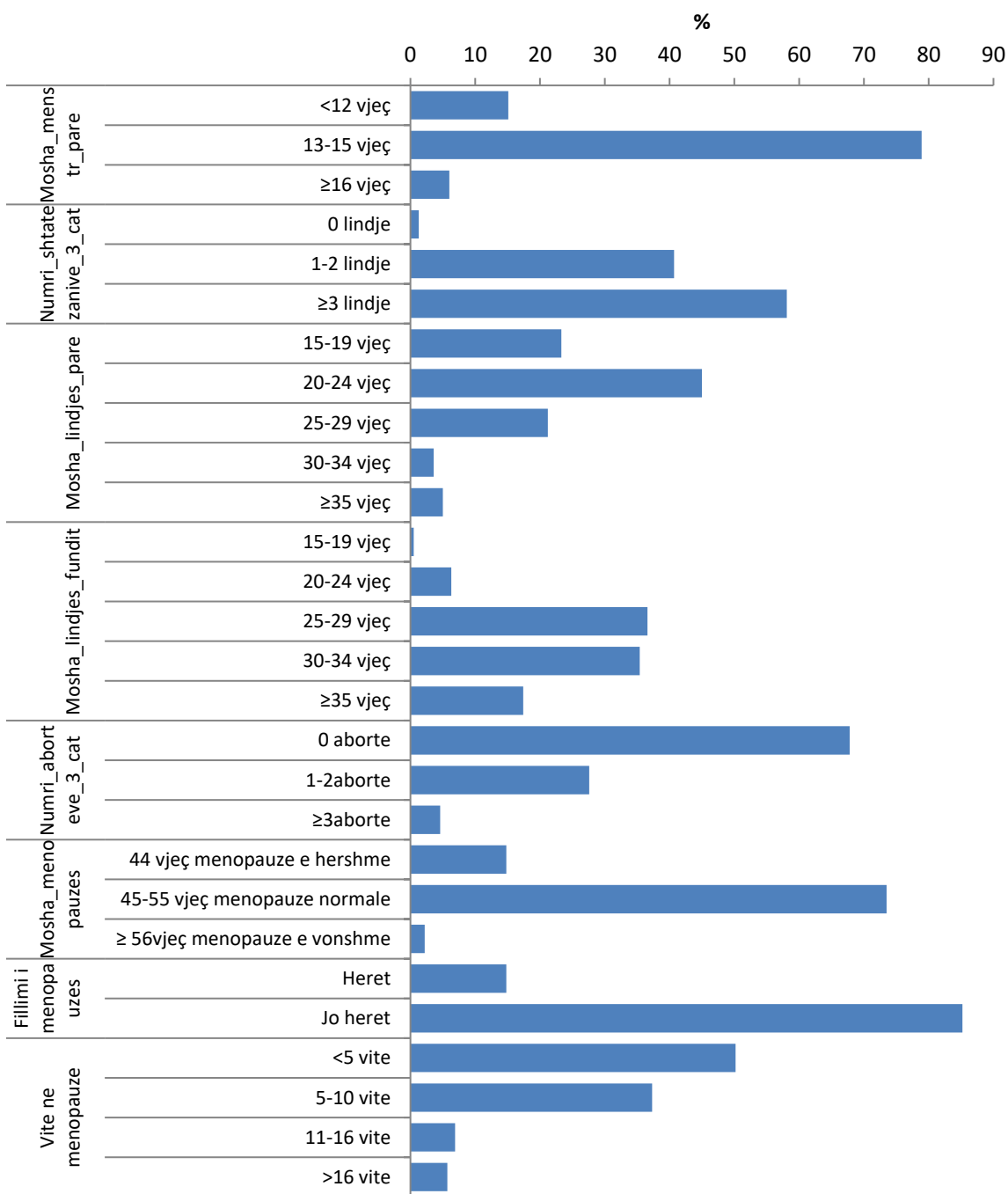


Figura 3.3 Karakteristikat klinike të totalit të pjesëmarrësve në studim

Në lidhje me moshën e menstruaconit të parë mbizotëron moshë 13-15 vjeç, në shumicën e grave 821 (78.9%) e tyre, me ndryshim sinjifikant me 157 (15.1%) të tyre me moshën e fillimit <12 vjeç dhe 62 (6%) e moshë të fillimit ≥16 vjeç, (p<0.01).

13 ose 1.3% e grave nuk kanë kryer asnjë lindje, 423 (40.7%) e tyre kanë bërë 1-2 lindje ndërsa mbizotërojnë ≥ 3 lindje në 604 (58.1%) të grave, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, ($p < 0.01$).

Vërehet që në shumicën e grave (68.3%) moshja e lindjes së parë është ≤ 24 vjeç.

Në shumicën e grave, 468 (45%) të tyre moshja e lindjes së parë është 20-24 vjeç, në 24 (23.3%) të tyre moshja e lindjes së parë është 15-19 vjeç, në 220 (21.2%) moshja është 25-29 vjeç në 37 (3.6%) moshja është 30-34 vjeç dhe në 52 (5%) moshja është ≥ 35 vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, ($p < 0.01$).

Moshja e lindjes së fundit në 5 (0.5%) të grave është 15-19 vjeç, në 66 (6.3%) është 20-24 vjeç, në 381 (36.6%) është 25-29 vjeç, në 368 (35.4%) është 30-34 vjeç ndërsa në 181 (17.4%) është ≥ 35 vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, ($p < 0.01$).

Shumica e grave 705 (67.8%) e tyre nuk kanë kryer asnjë abort, 1-2 aborte kanë kryer 287 (27.6%) e tyre ndërsa ≥ 3 aborte kanë kryer 48 (4.6%) e grave me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, ($p < 0.01$).

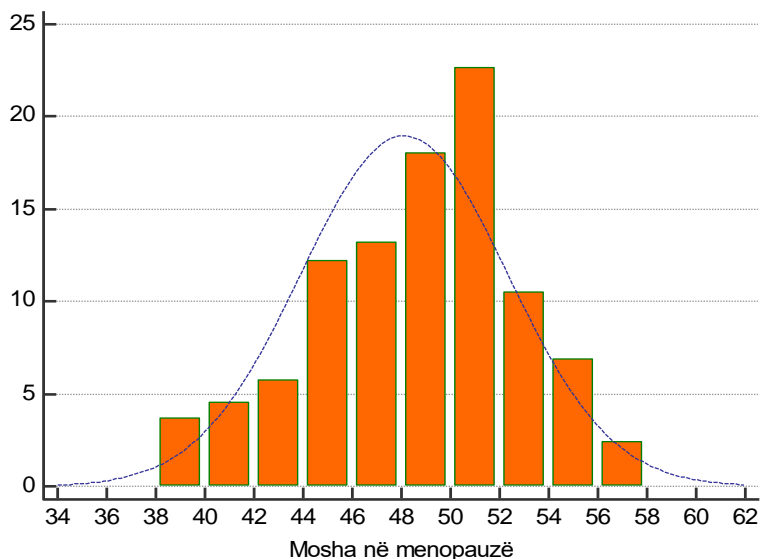


Figura 3. 4 Histogrami i moshës në menopauzë

Moshja mesatare e menopauzës ishte 48.1 ± 4.2 vjeç, me rang 38 vjeç – 57 vjeç.

Menopauza ishte e hershme në 154 (14.8%) të grave dhe normale në 886 (85.2%) të tyre, me ndryshim sinjifikant, ($p < 0.01$).

Në 764 (73.5%) të grave menopauza ishte normale në moshën 45-55 vjeç, ndërsa në 23 (2.2%) menopauza ishte e vonëshme në moshën ≥ 56 vjeç, ($p < 0.01$), në 9.5% mungojnë të dhënat.

Shumica e grave në studim 497 (50.2%) kanë <5 vite në menopausë, ndjekur nga 369 (37.3%) që kanë 5-10 vite, 68 (6.9%) e tyre me 11-16 vite dhe 56 (5.7%) me >16 vite, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, ($p<0.01$).

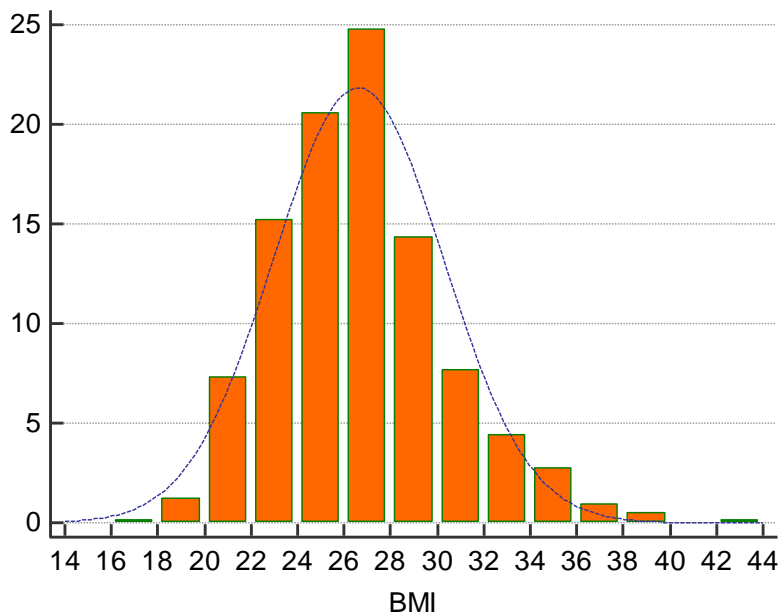


Figura 3. 5 Histogrami i BMI

BMI mesatare e grave ishte 26.6 ± 3.6 , me rang 17 – 42.

Tabela 3. 3 Karakteristikat klinike sipas etnisë

Karakteristikat klinike	Etnia		P
	Shqiptar n (%)	Tjetër n (%)	
Mosha e lindjes së parë			
15-19 vjeç	215(21.9)	27(47.4)	<0.01
20-24 vjeç	453(46.1)	15(26.3)	
25-29 vjeç	212(21.6)	8(14.0)	
30-34 vjeç	35(3.6)	2(3.5)	
≥35 vjeç	47(4.8)	5(8.8)	

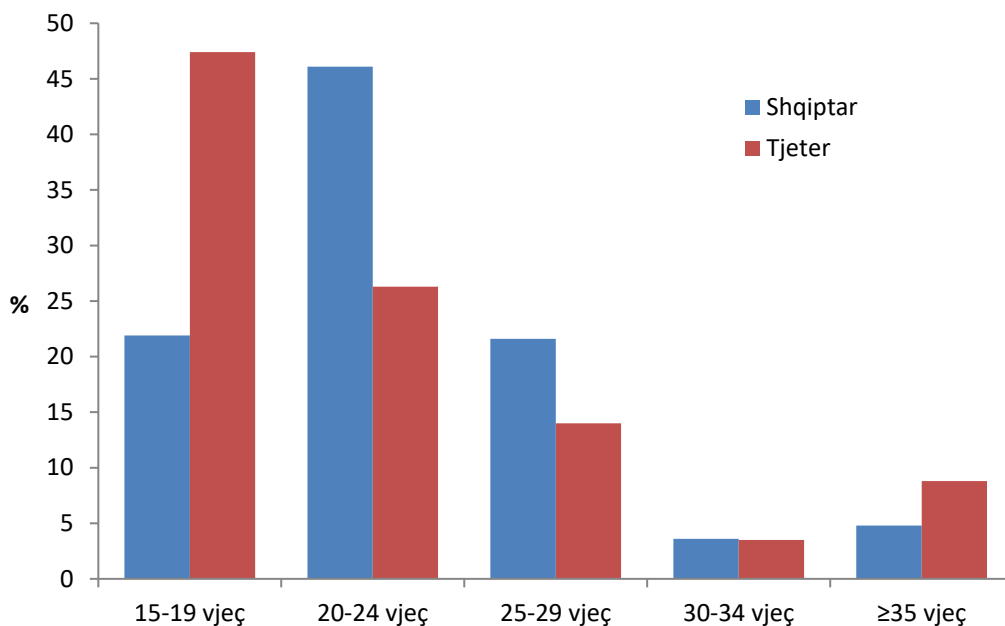


Figura 3.6 Karakteristikat klinike sipas etnisë

Në lidhje me karakteristikat klinike sipas etnisë ndryshim sinjifikant u gjet për moshën e lindjes së parë, ($p < 0.01$). Në etninë shqiptare lindja e parë mbizotëron në moshën 20-24 vjeç, ndërsa në etninë “tjetër” mosha e lindjes së parë është më e ulët 15-19 vjeç në 47.4% të grave.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i karakteristikat klinike sipas besimit fetar.

Tabela 3.4 Karakteristikat klinike sipas gjendjes civile

Karakteristikat klinike	Gjëndja civile		P
	Martuar n (%)	Tjeter n (%)	
Vite në menopauzë			
<5 vite	430(52.6)	67(38.7)	<0.01
5-10 vite	301(36.8)	68(39.3)	
11-16 vite	54(6.6)	14(8.1)	
>16 vite	32(3.9)	24(13.9)	
Mosha në menopauzë			
Herët	117(13.5)	37(21.0)	0.01
Jo herët	747(86.5)	139(79.0)	

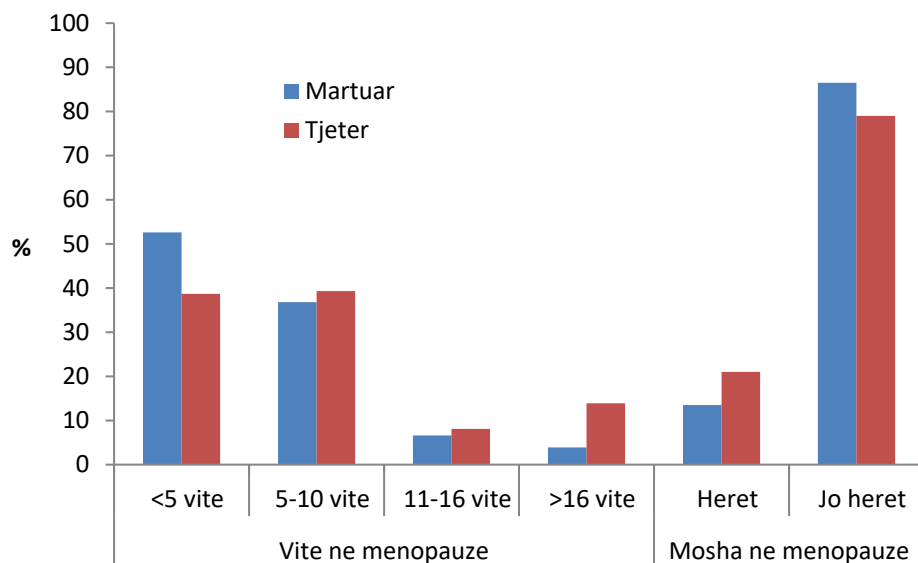


Figura 3.7 Karakteristikat klinike sipas gjendjes civile

Në lidhje me gjëndjen civile ndryshim sinjifikant u gjet për vitet në menopauze, ku për të martuarat mbizotëron periudha <5 vite në 430 (52.6%) të tyre krahasuar me 38.7% të grave me gjëndje civile “tjetër”, ($p<0.01$).

Gjithashtu u gjet ndryshim sinjifikant për moshën në menopauze. Menopauza e hershme mbizotëron tek grate me gjëndje civile “tjetër”, në 37 (21%) të tyre krahasuar me 13.5% gra të martuara, ($p<0.01$).

Tabela 3.5 Karakteristikat klinike sipas vendbanimit

Karakteristikat klinike	Vendbanimi		P
	Fshat n (%)	Qytet n (%)	
Mosha e menstruacionit të parë			
<12 vjeç	55(15.2)	102(15.0)	<0.01
13-15 vjeç	273(75.6)	548(80.7)	
≥16 vjeç	33(9.1)	29(4.3)	
Mosha e lindjes së parë			
15-19 vjeç	126(34.9)	116(17.1)	<0.01
20-24 vjeç	169(46.8)	299(44.0)	
25-29 vjeç	41(11.4)	179(26.4)	
30-34 vjeç	4(1.1)	33(4.9)	
≥35 vjeç	12(3.3)	40(5.9)	

Nr. i shtatëzanive			
0 lindje	2(0.6)	11(1.6)	<0.01
1-2 lindje	107(29.6)	316(46.5)	
≥3 lindje	252(69.8)	352(51.8)	
Numri i aborteve			
0 aborte	260(72.0)	445(65.5)	0.05
1-2 aborte	90(24.9)	197(29.0)	
≥3 aborte	11(3.0)	37(5.4)	
Mosha në menopauzë			
Herët	42(11.6)	112(16.5)	0.04
Jo herët	319(88.4)	567(83.5)	
Mosha në menopauzë			
≤44 vjeç menopauzë e hershme	42(11.6)	112(16.5)	0.05
45-55 vjeç menopauzë normale	283(78.4)	481(70.8)	
≥56vjeç menopauzë e vonshme	5(1.4)	18(2.7)	

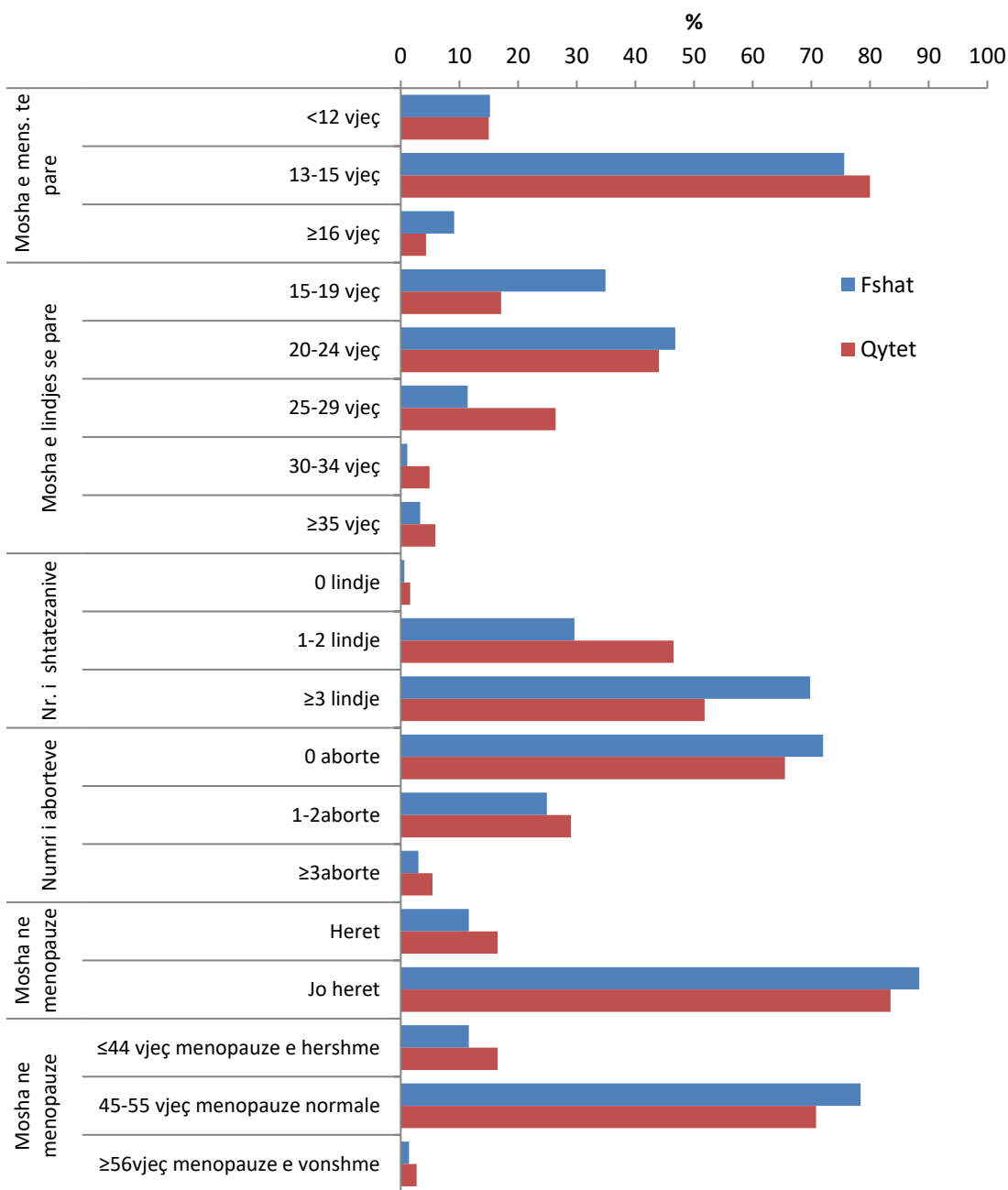


Figura 3. 8 Karakteristikat klinike sipas vendbanimit

Në lidhje me vendbanimin moshë më e shpeshtë e menstruacionit të parë në qytet ishte 13-15 vjeç në 548 (80.7%) të grave, ndërsa në fshat ishte më e shpeshtë në moshën ≥16 vjeç (9.1%) krahasuar me qytetin (4.3%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p<0.01).

-Shpeshtësia e lindjes së parë në moshën ≥ 30 vjeç është më e lartë në qytet (10.8%) krahasuar me 4.4% në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

-Në fshat mbizotërojnë ≥ 3 lindje në 252 (69.8%) të grave nga fshati krahasuar me qytetin në 51.8%) të grave, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

-Abortet janë më të shpeshta tek gratë e qytetit në 34.4% të tyre, krahasuar me 27.9% të grave të fshatit, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.05$).

-Moshë e menopauzës është më e hershme në qytet (16.5%) krahasuar me 11.6% të grave të fshatit, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.04$).

-Në fshat mbizotëron menopauza normale në moshën 45-55 vjeç në 78.4% të grave, (%) krahasuar me 70.8% të grave të qytetit, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.05$).

Tabela 3. 6 Karakteristikat klinike sipas punësimit

Karakteristikat klinike	Punësimi			P
	Papunë n (%)	Punësuar n (%)	Pension n (%)	
Mosha e menstruacionit të parë				
<12 vjeç	90(18.4)	53(12.1)	14(12.4)	0.01
13-15 vjeç	365(74.8)	367(83.6)	89(78.8)	
≥ 16 vjeç	33(6.8)	19(4.3)	10(8.8)	
Mosha e lindjes së parë				
15-19 vjeç	147(30.1)	63(14.4)	32(28.3)	<0.01
20-24 vjeç	224(45.9)	199(45.3)	45(39.8)	
25-29 vjeç	82(16.8)	120(27.3)	18(15.9)	
30-34 vjeç	9(1.8)	22(5.0)	6(5.3)	
≥ 35 vjeç	18(3.7)	26(5.9)	8(7.1)	
Mosha në menopauzë				
≤ 44 vjeç menopauzë e hershme	59(12.1)	74(16.9)	21(18.6)	<0.01
45-55 vjeç menopauzë normale	377(77.3)	312(71.1)	75(66.4)	
≥ 56 vjeç menopauzë e vonshme	7(1.4)	7(1.6)	9(8.0)	
Vite në menopauzë				
<5 vite	247(52.4)	238(58.2)	12(10.9)	<0.01
5-10 vite	189(40.1)	135(36.6)	45(40.9)	
11-16 vite	22(4.7)	24(35.3)	22(20.0)	
>16 vite	13(2.8)	12(21.4)	31(28.2)	

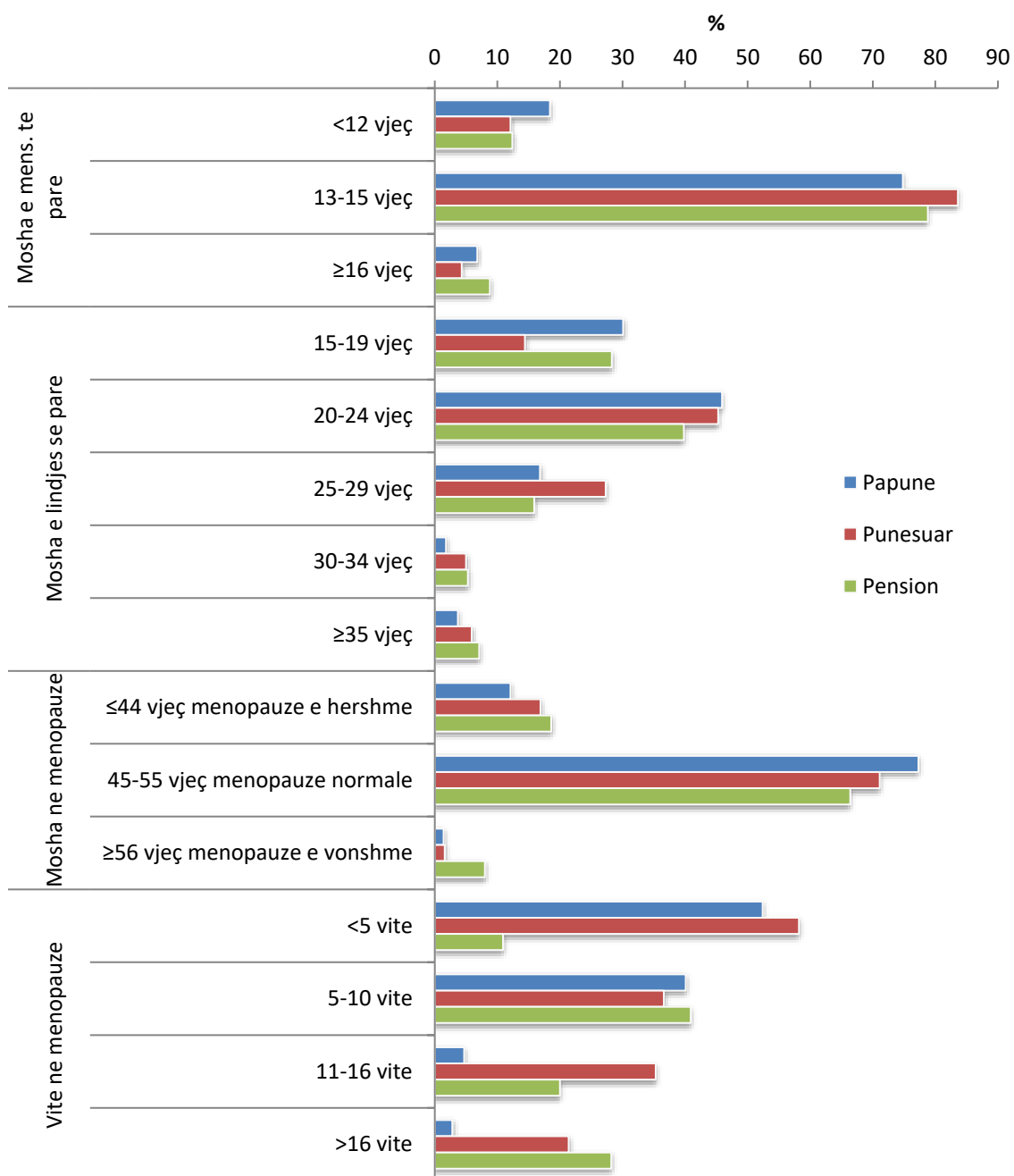


Figura 3. 9 Karakteristikat klinike sipas punësimit

-Në lidhje me punësimin u gjet që te gratë e punësuar mbizotëron mosha 13-15 vjeç e menarkës së parë (83.6%) me ndryshim sinjifikant me të papunat (74.8%) dhe pensionistet (78.8%), ($p=0.01$).

-Gratë e punësuarat kanë shpeshësi të ulët të lindjeve në moshën 15-19 vjeç (14.4%) dhe shpeshësi më të lartë të lindjeve në moshën 25-29 vjeç (27.3%), me ndryshim sinjifikant me të papunat dhe pensionistet, ($p<0.01$).

-Menopauza normale mbizotëron te gratë e papuna (77.3%) me ndryshim sinjifikant me të punësuarat (71.1 %) dhe pensionistet (66.4%), ($p<0.01$).

-Gratë e punësuarat kanë shpeshësi të lartë në menopauzë <5 vite, me ndryshim sinjifikant me të papunat dhe pensionistet, ($p<0.01$).

Tabela 3. 7 Karakteristikat klinike sipas arsimit

Karakteristikat klinike	Arsimi			P
	0-8 n (%)	9-12 n (%)	13+ n (%)	
Mosha e menstruacionit të parë				
<12 vjeç	46(18.9)	65(14.1)	46(13.7)	<0.01
13-15 vjeç	173(70.9)	372(80.7)	276(82.4)	
≥16 vjeç	25(10.2)	24(5.2)	13(3.9)	
Mosha e lindjes së parë				
15-19 vjeç	114(46.7)	89(19.3)	39(11.6)	<0.01
20-24 vjeç	94(38.5)	234(50.8)	140(41.8)	
25-29 vjeç	18(7.4)	89(19.3)	113(33.7)	
30-34 vjeç	3(1.2)	17(3.7)	17(5.1)	
≥35 vjeç	8(3.3)	23(5.0)	21(6.3)	
Mosha e lindjes se fundit				
15-19 vjeç	3(1.2)	1(0.2)	1(0.3)	0.02
20-24 vjeç	26(10.7)	23(5.0)	17(5.1)	
25-29 vjeç	89(36.5)	176(38.2)	116(34.6)	
30-34 vjeç	74(30.3)	162(35.1)	132(39.4)	
≥35 vjeç	47(19.3)	82(17.8)	52(15.5)	
Numri i shtatëzanive				
0 lindje	2(0.8)	4(0.9)	7(2.1)	<0.01
1-2 lindje	58(23.8)	187(40.6)	178(53.1)	
≥3 lindje	184(75.4)	270(56.6)	150(44.8)	

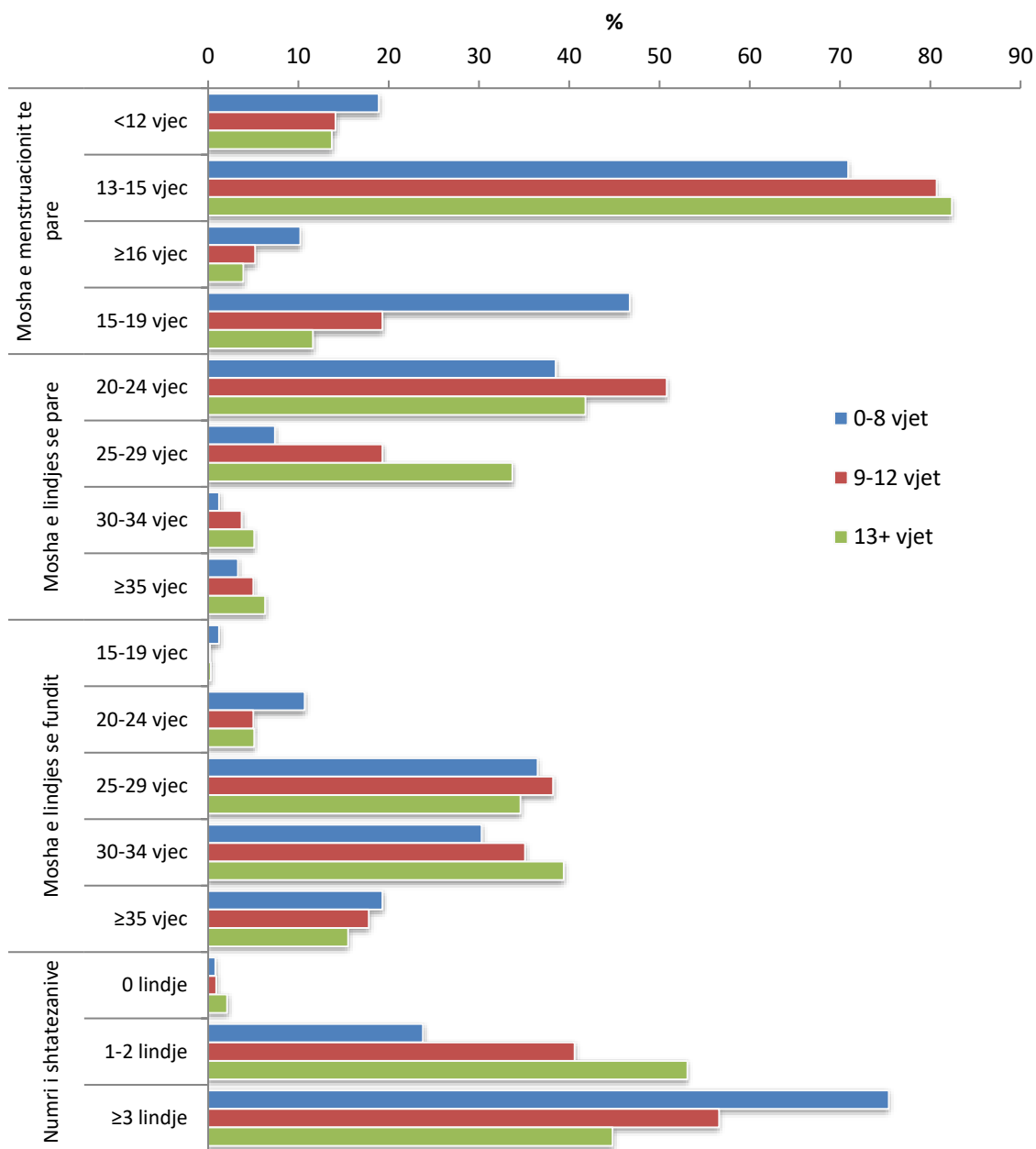


Figura 3. 10 Karakteristikat klinike sipas arsimit

-Gratë me arsim deri në 8 vjeçar kanë më shpesh moshën e menarkës së parë <12 vjeç, me ndryshim sinjifikant me arsimin 9-12 vjet (14.1%) dhe 13+ vjet (13.7%), ($p < 0.01$).

-Tek gratë me arsim deri në 8 vjeçar mbizotëron moshë e hershme e lindjes 15-19 vjeç (46.7%), tek ato me arsim 9-12 vjet moshë 20-24 vjeç (50.8%) ndërsa tek ato me arsim 13+ vjeç moshë 25-29 vjeç (33.7%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

-Në moshën ≥ 35 vjeç kanë lindur 19.3% e grave me arsim deri në 8 vjeçar, 17.8% me arsim 9-12 vjet dhe 15.5% me arsim 13+ vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.02$).

-Tek gratë me arsim deri në 8 vjeçar mbizotërojnë ≥ 3 lindje (75.4%), me ndryshim sinjifikant me gratë me arsim 9-12 vjet (56.6%) dhe ato me arsim 13+ vjet (44.8%) ($p<0.01$).

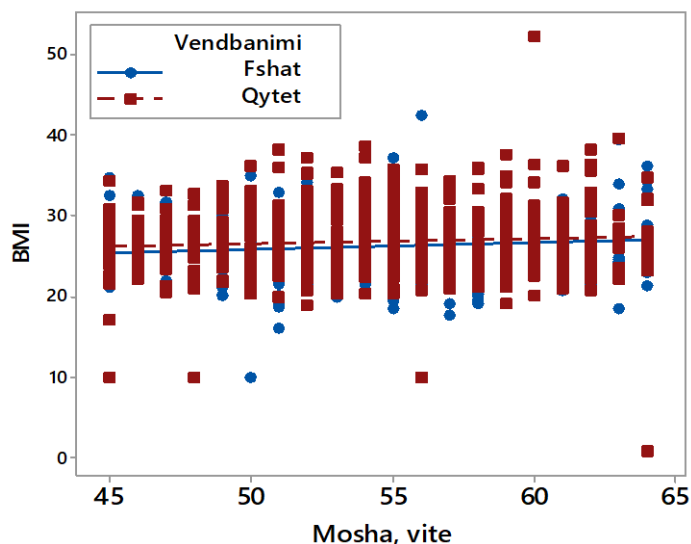


Figura 3. 11 Korrelacioni i BMI me moshën dhe sipas vendbanimit

U gjet korrelacioni i dobët sinjifikant i BMI me moshën. Me rritjen e moshës rritet edhe BMI dhe mardhënia është sinjifikante, ($r=0.1$ $p=0.01$).

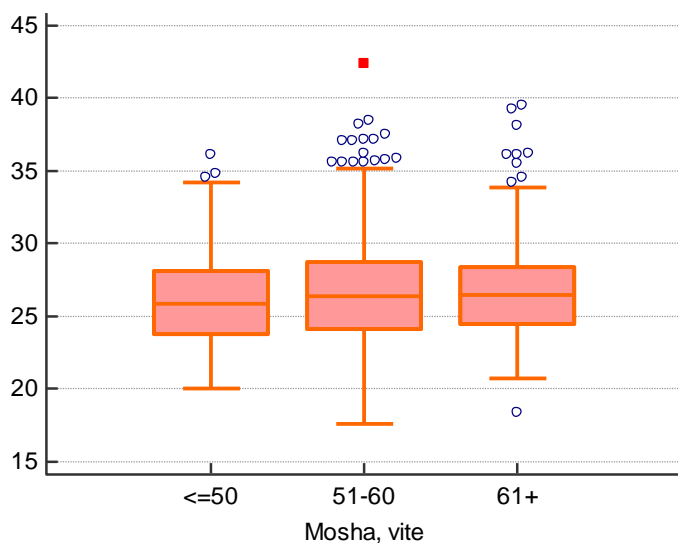


Figura 3. 12 Krahasimi i BMI sipas grupmoshës

BMI mesatare në grupmoshën ≤ 50 vjeç është 26.2 (± 3.4), në grupmoshën 51-60 vjeç është 26.7 (± 3.7) ndërsa në grupmoshën 61+ vjeç është 27.0 (± 3.9), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.09$)

Tabela 3. 8 Gjëndja shëndetësore e referuar

Shëndeti	N	%
I keq	54	5.2%
Jo keq (mesatar)	369	35.5%
I mirë	469	45.1%
Shumë mirë	101	9.7%
Pa përgjigje	47	4.5%
Total	1040	100.0%

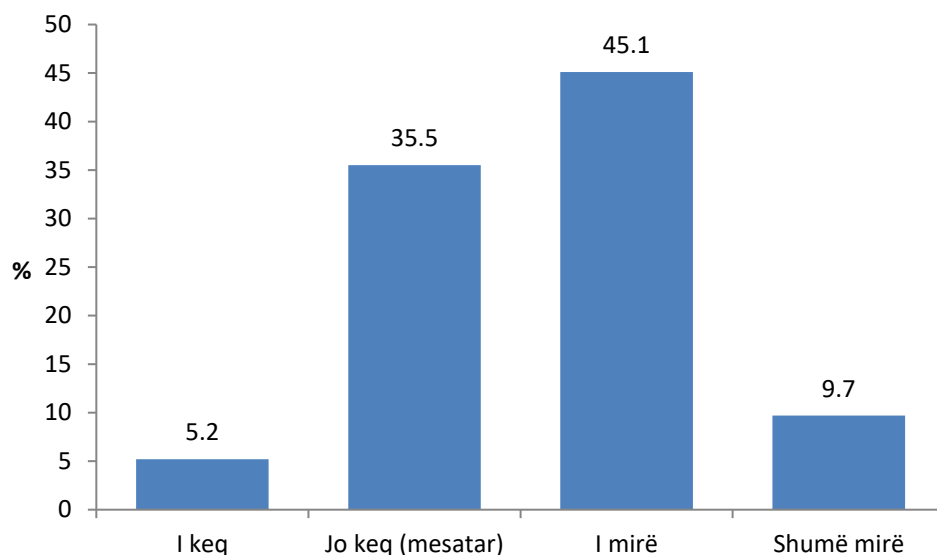


Figura 3. 13 Gjëndja shëndetësore e referuar

101 (9.7%) e grave e vlerësojnë shumë të mirë shëndetin ndërsa shumica e tyre 469 (45.1%) e vlerësojnë të mirë, me ndryshim sinjifikant me kategoritë e tjera, ($p < 0.01$).

369 ose 35.5% e tyre e vlerësojnë jo të keq (mesatar) ndërsa 54 (5.2%) e tyre e vlerësojnë të keq shëndetin.

Tabela 3. 9 Problemet shëndetësore për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj	51-60 vj	61+ vj	P
		(n=221)	(n=684)	(n=135)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Migrenë					
Jo	656 (63.1)	130 (58.8)	432 (63.2)	94 (69.6)	0.03
Po	342 (32.9)	85 (38.5)	219 (32.0)	38 (28.1)	
Kancer					
Jo	936 (90.0)	200 (90.5)	613 (89.6)	123 (91.1)	0.8
Po	61 (5.9)	15 (6.8)	37 (5.4)	9 (6.7)	
Sëm.Tiroides					
Jo	866 (83.3)	190 (86.0)	564 (82.5)	112 (83.0)	0.3
Po	131 (12.6)	25 (11.3)	86 (12.6)	20 (14.8)	
HTA					
Jo	619 (59.5)	158 (71.5)	402 (58.8)	59 (43.7)	<0.001
Po	378 (36.3)	57 (25.8)	248 (36.3)	73 (54.1)	

Diabet					
Jo	783 (75.3)	178 (80.5)	511 (74.7)	94 (69.6)	0.01
Po	214 (20.6)	37 (16.7)	139 (20.3)	38 (28.1)	
Ankth_Stres					
Jo	658 (63.3)	126 (57.0)	436 (63.7)	96 (71.1)	0.01
Po	339 (32.6)	89 (40.3)	214 (31.3)	36 (26.7)	
H. Cerebrale					
Jo	990 (95.2)	213 (96.4)	647 (94.6)	130 (96.3)	0.7
Po	6 (0.6)	2 (0.9)	2 (0.3)	2 (1.5)	
Steriliteti					
Jo	978 (94.0)	210 (95.0)	639 (93.4)	129 (95.6)	0.7
Po	18 (1.7)	5 (2.3)	10 (1.5)	3 (2.2)	
Pagjumësi					
Jo	572 (55.0)	117 (52.9)	378 (55.3)	77 (57.0)	0.1
Po	424 (40.8)	98 (44.3)	271 (39.6)	55 (40.7)	
Konstipacion					
Jo	704 (67.7)	132 (59.7)	478 (69.9)	94 (69.6)	<0.01
Po	293 (28.2)	83 (37.6)	172 (25.1)	38 (28.1)	
Shikimi					
Jo	749 (72.0)	172 (77.8)	485 (70.9)	92 (68.1)	0.02
Po	248 (23.8)	43 (19.5)	165 (24.1)	40 (29.6)	
Atak_Zemer					
Jo	985 (94.7)	215 (97.3)	638 (93.3)	132 (97.8)	0.05
Po	11 (1.1)	0	11 (1.6)	0	

Tabela 3. 10 Problemet shëndetësore për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sem. Hepar					
Jo	954 (91.7)	211 (95.5)	621 (90.8)	122 (90.4)	0.01
Po	42 (4.0)	4 (1.8)	28 (4.1)	10 (7.4)	
Depresion					
Jo	929 (89.3)	199 (90.0)	606 (88.6)	124 (91.9)	0.6
Po	67 (6.4)	16 (7.2)	43 (6.3)	8 (5.9)	
Vena_Varice					
Jo	844 (81.2)	179 (81.0)	554 (81.0)	111 (82.2)	0.7
Po	152 (14.6)	36 (16.3)	95 (13.9)	21 (15.6)	
Fibromiome					
Jo	934 (89.8)	200 (90.5)	605 (88.5)	129 (95.6)	0.1
Po	62 (6.0)	15 (6.8)	44 (6.4)	3 (2.2)	

Osteoporozë					
Jo	806 (77.5)	179 (81.0)	521 (76.2)	106 (78.5)	0.4
Po	190 (18.3)	36 (16.3)	128 (18.7)	26 (19.3)	
Anemi					
Jo	891 (85.7)	185 (83.7)	587 (85.8)	119 (88.1)	0.1
Po	106 (10.2)	30 (13.6)	63 (9.2)	13 (9.6)	
Arthritis					
Jo	842 (81.0)	191 (86.4)	546 (79.8)	105 (77.8)	0.01
Po	154 (14.8)	24 (10.9)	103 (15.1)	27 (20.0)	
Katarakt_Perde					
Jo	941 (90.5)	206 (93.2)	617 (90.2)	118 (87.4)	0.02
Po	55 (5.3)	9 (4.1)	32 (4.7)	14 (10.4)	
Mosmb_Urinës					
Jo	918 (88.3)	204 (92.3)	600 (87.7)	114 (84.4)	0.01
Po	78 (7.5)	11 (5.0)	49 (7.2)	18 (13.3)	
Astmë					
Jo	952 (91.5)	208 (94.1)	618 (90.4)	126 (93.3)	0.4
Po	44 (4.2)	7 (3.2)	31 (4.5)	6 (4.4)	
Shtim_Peshë					
Jo	760 (73.1)	162 (73.3)	495 (72.4)	103 (76.3)	0.5
Po	236 (22.7)	53 (24.0)	154 (22.5)	29 (21.5)	

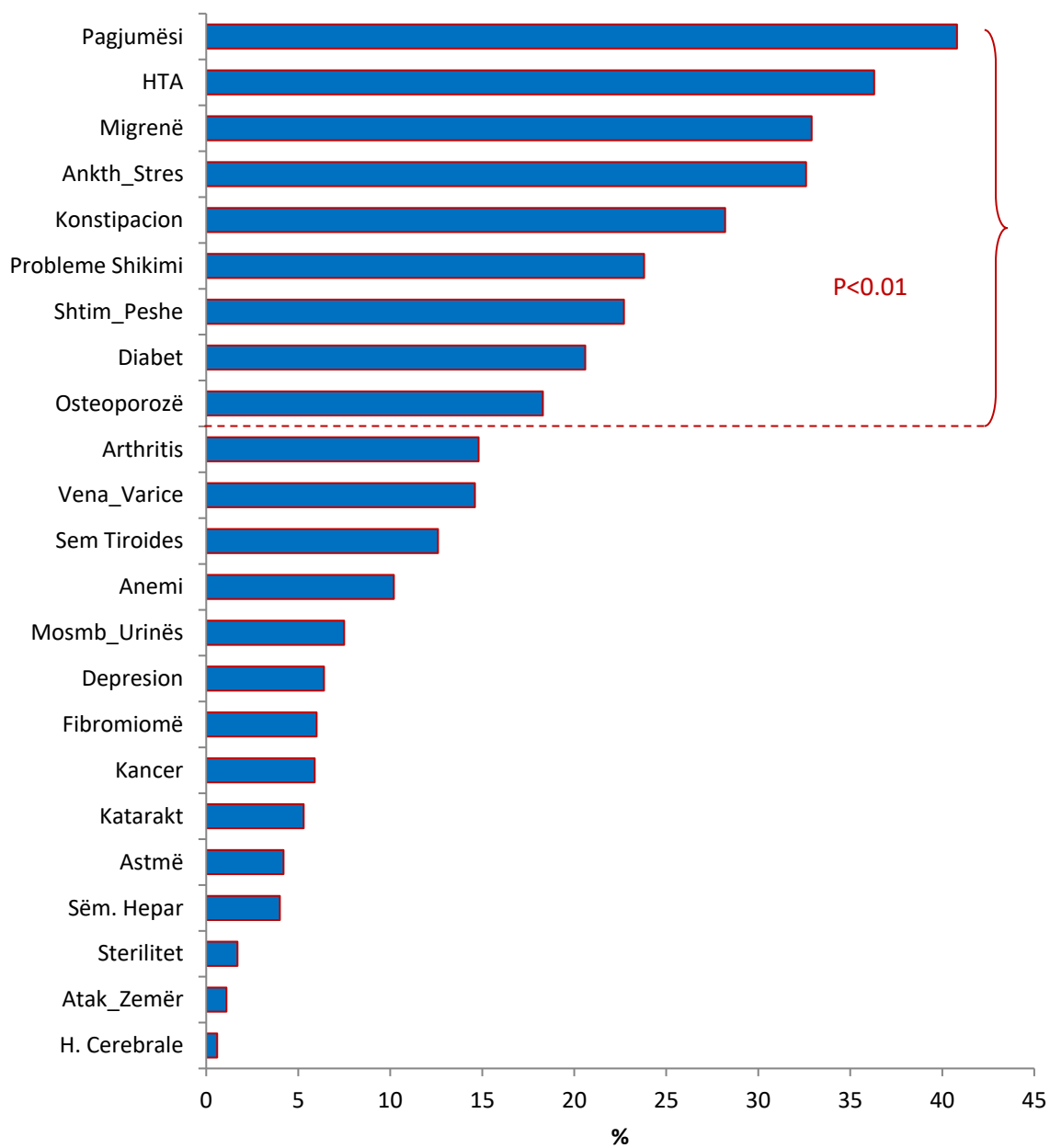


Figura 3. 14 Shpeshësia e problemeve shëndetësore për totalin e pjesmarrëseve në studim

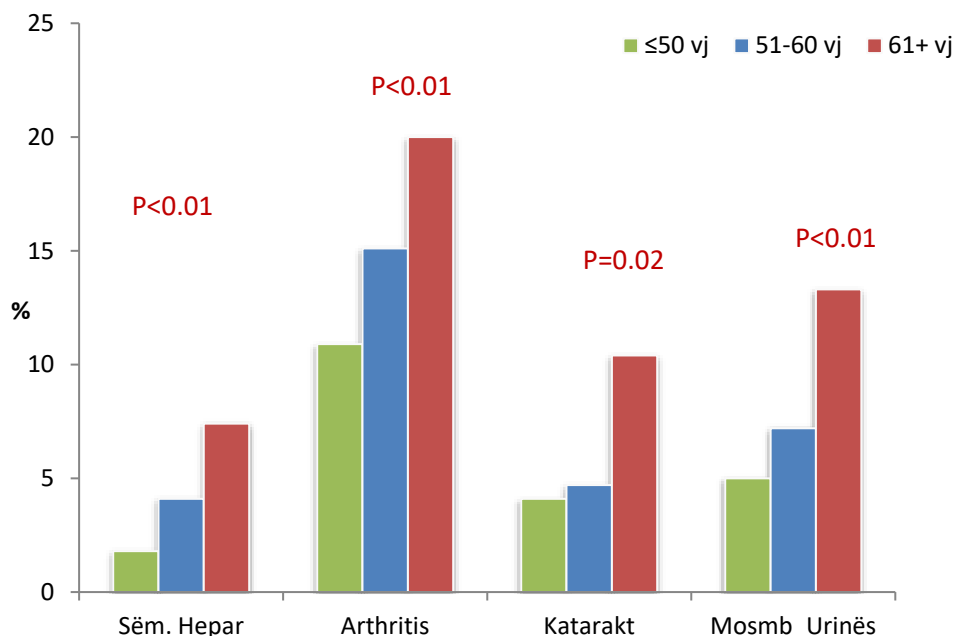


Figura 3. 15 Shpeshhtësia e problemeve shëndetësore sipas grupmoshës

- Në total nga pagjumësia vuajnë 424 (40,8%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 98 (44,3 %) rasteve të kësaj grupmoshe, 271 (39,6%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 55 (40,7%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.1).

- Në total nga pagjumësia vuajnë 424 (40,8%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 98 (44,3 %) rasteve të kësaj grupmoshe, 271 (39,6%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 55 (40,7%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.1).

- Në total nga migrena/dhimbje koke vuajnë 342 (32,9%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 85 (38,5%) rasteve të kësaj grupmoshe, 219 (32%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 38 (28,1%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.03).

- Në total nga kanceri vuajnë 61 (5,9%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 15 (6,8%) rasteve të kësaj grupmoshe, 37 (5,4%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 9 (6,7%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.8).

- Në total nga tiroidet vuajnë 131 (12,5%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 25 (11,3%) rasteve të kësaj grupmoshe, 86 (12,6%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 20 (14,8%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.3).

- Në total nga HTA vuajnë 378 (36,3%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 57 (25,8%) rasteve të kësaj grupmoshe, 248 (36,3%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 73 (54,1%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.001$).

- Në total nga Diabeti vuajnë 214 (20,6%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 37 (16,7%) rasteve të kësaj grupmoshe, 139 (20,3%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 38 (28,1%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.01$).

- Në total nga ankthi/stresi vuajnë 339 (32,6%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50vjeç vuajnë 89 (40,3%) rasteve të kësaj grupmoshe, 214 (31,3%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 36 (26,7%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.01$).

- Në total nga H.Cerebrale vuajnë 6 (0,6%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 2 (0,9%) rasteve të kësaj grupmoshe, 2 (0,3%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 2 (1,5%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, pa ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = < 0.7$).

- Në total nga steriliteti vuajnë 18 (1,7%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤50 vjeç vuajnë 5 (2,3 %) rasteve të kësaj grupmoshe, 10 (1,5%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 3 (2,2%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, pa ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.7$).

- Në total nga konstipacioni vuajnë 293 (28,2%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 83 (37,6 %) rasteve të kësaj grupmoshe, 172 (25,1%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 38 (28,1%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

- Në total nga shikimi vuajnë 248 (23,8%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 43 (19,5 %) rasteve të kësaj grupmoshe, 165 (24,1%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 40 (29,6%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.02$).

- Në total nga ataku në zemër vuajnë 11 (1,1%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50vjeç vuajnë 0 (0%) rasteve të kësaj grupmoshe, 11 (1,6%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 0 (0%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.05$).

- Në total nga hepari vuajnë 42 (4%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshes rezulton që në grupmoshën ≤ 50vjeç vuajnë 4 (1,8%) rasteve të kësaj grupmoshe, 28 (4,1%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 10 (7,4%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.01$).

- Në total nga depresioni vuajnë 67 (6,4%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 16 (7,2%) rasteve të kësaj grupmoshe, 43 (6,3%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 8 (5,9%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,6$).

- Në total nga varicet vuajnë 152 (14,6%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 36 (16,3%) rasteve të kësaj grupmoshe, 95 (13,9%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 21 (15,6%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,7$).

- Në total nga fibromioma vuajnë 62 (6%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 15 (6,8%) rasteve të kësaj grupmoshe, 44 (6,4%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 3 (2,2%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,1$).

- Në total nga osteoporozja vuajnë 190 (18,3%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 36 (16,3%) rasteve të kësaj grupmoshe, 128 (18,7%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 26 (19,3%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,4$).

- Në total nga anemia vuajnë 106 (10,2%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 30 (13,6%) rasteve të kësaj grupmoshe, 63 (9,2%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 13 (9,6%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,1$).

- Në total nga artriti vuajnë 154 (14,8%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 24 (10,9%) rasteve të kësaj grupmoshe, 103 (15,1%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 27 (20%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,01$).

- Në total nga katarakti vuajnë 55 (5,3%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 9 (4,1%) rasteve të kësaj grupmoshe, 32 (4,7%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 14 (10,4%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,02$).

- Në total nga mosmbajtja e urinës vuajnë 78 (7,5%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 11 (5%) rasteve të kësaj grupmoshe, 49 (7,2%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 18 (13,3%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,01$).

- Në total nga astma vuajnë 44 (4,2%) e rasteve.

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50 vjeç vuajnë 7 (3,2%) rasteve të kësaj grupmoshe, 31 (4,5%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 6 (4,4%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p=0,4$).

Në total nga shtimi në peshë vuajnë 236 (22,7%) e rasteve.
Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezulton që në grupmoshën ≤ 50vjeç vuajnë 53 (24%) rasteve të kësaj grupmoshe, 154 (22,5%) e rasteve të grupmoshës 51-60 vjeç dhe 29 (21,5%) e rasteve të grupmoshës 61+ vjeç, me ndryshim statistikisht jo të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0,5).

Tabela 3. 11 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore sipas kohës së menopauses

Problemet shëndetësore	Menopauza		P
	Në kohë n (%)	E hershme n (%)	
Migrenë	293 (33.1)	49 (31.8)	0.7
Kancer	45 (5.1)	16 (10.4)	0.02
Sëmundje te tiroides	105 (11.9)	26 (16.9)	0.1
HTA	326 (36.8)	52 (33.8)	0.5
Diabet	187 (21.1)	27 (17.5)	0.4
Ankth/Stres	288 (32.5)	51 (33.1)	0.9
Hemoragji cerebrale	6 (0.7)	0 0.0	0.6
Steriliteti	10 (1.1)	8 (5.2)	<0.01
Pagjumësi	353 (39.8)	71 (46.1)	0.2
Fryerje barku (konstipacion)	245 (27.7)	48 (31.2)	0.4
Probleme me shikimin	215 (24.3)	33 (21.4)	0.5
Atak në zemër (/infarkt)	7 (0.8)	4 (2.6)	0.1
Sëmundje të mëlçisë/fshikëz	31 (3.5)	11 (7.1)	0.06
Depresion (rënie humori)	55 (6.2)	12 (7.8)	0.6
Vena varice (vena varikoza)	133 (15.0)	19 (12.3)	0.4
Fibromiomë	48 (5.4)	14 (9.1)	0.1
Osteoporozë	154 (17.4)	36 (23.4)	0.09
Anemi	85 (9.6)	21 (13.6)	0.2
Arthris	133 (15.0)	21 (13.6)	0.7
Kararakt	43 (4.9)	7 (4.5)	0.8
Mosmbajtje urinës	68 (7.7)	10 (6.5)	0.7
Astmë	32 (3.6)	12 (7.8)	0.03
Shtim në peshë	203 (22.9)	33 (21.4)	0.7

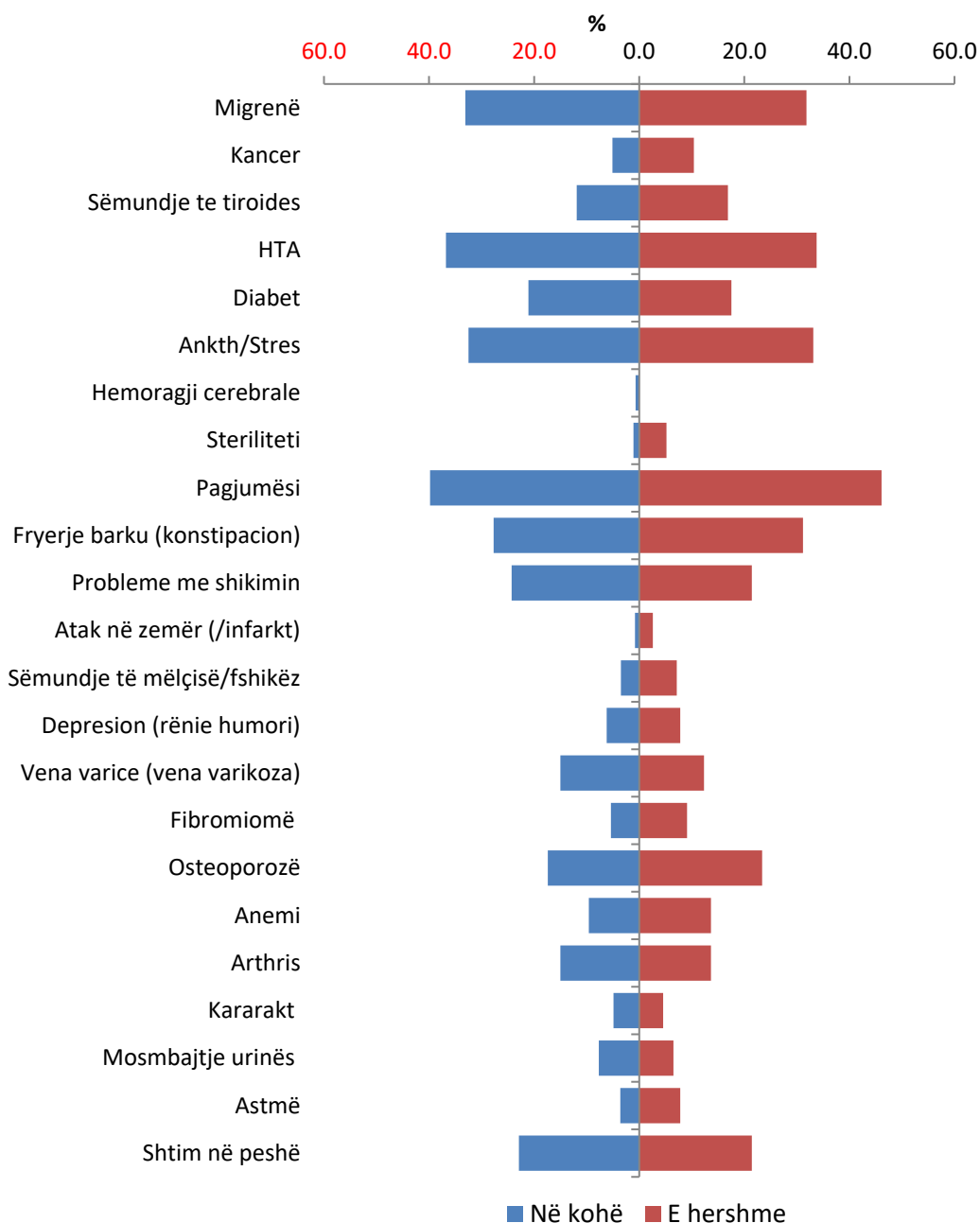


Figura 3. 16 Shpeshtësia e problemeve shëndetësore sipas kohës së menopauzës

Kanceri haset më shpesh te gratë në menopauzën e hershme, 16 (10.4%) me ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë, 45 (5.1%), ($p=0.02$).

Steriliteti haset më shpesh te gratë në menopauzën e hershme, 8 (5.2%) me ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë, 10 (1.1%), ($p<0.01$).

Astma haset më shpesh te gratë në menopauzën e hershme, 12 (7.8%) me ndryshim sinjifikant me gratë në menopause në kohë, 32 (3.6%), (p=0.03).

Tabela 3. 12 Shpeshësia e problemeve shëndetësore në vite

Problemet shëndetësore	<5 vite	5-10 vite	11-16 vite	>16 vite	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Migrenë	169 (35.4)	16 (32.4)	22 (36.1)	16 (29.6)	0.7
Kancer	17 (3.6)	26 (7.3)	5 (8.3)	8 (14.8)	<0.01
Sëmundje të tiroides	60 (12.6)	52 (14.5)	7 (11.7)	8 (14.8)	0.8
HTA	169 (35.4)	133 (37.2)	29 (48.3)	35 (64.8)	<0.01
Diabet	83 (17.4)	88 (24.6)	15(25.0)	17(31.5)	0.01
Ankth/Stres	192 (40.2)	100 (27.9)	23 (38.3)	16 (29.6)	<0.01
Hemoragji cerebrale	3 (0.6)	2 (0.6)	1 (1.7)	0	0.7
Steriliteti	7 (1.5)	9 (2.5)	0	1 (1.9)	0.5
Pagjumësi	210 (43.9)	138 (38.7)	32 (53.3)	26 (48.1)	0.1
Fryerje barku (konstipacion)	153 (32.0)	85 (23.8)	26 (42.6)	18 (33.3)	<0.01
Probleme me shikimin	105 (22.0)	92 (25.8)	27 (44.3)	15 (27.8)	<0.01
Atak në zemër (/infarkt)	3 (0.6)	4 (1.1)	1 (1.7)	3 (5.6)	0.01
Sëmundje të mëlcisë/fshikëz	14 (2.9)	15 (4.2)	2 (3.3)	7 (13.0)	<0.01
Depresion (rënie humori)	38 (7.9)	16 (4.5)	7 (11.7)	6 (11.1)	0.06
Vena varice (vena varikoza)	79 (16.5)	50 (14.0)	13 (21.7)	7 (13.0)	0.4
Fibromiome	30 (6.3)	22 (6.2)	2 (3.3)	4 (7.4)	0.8
Osteoporoze	76 (15.9)	71 (19.9)	17 (28.3)	17 (31.5)	<0.01
Anemi	57 (11.9)	32 (9.0)	9 (14.8)	6 (11.1)	0.4
Arthris	70 (14.6)	54 (15.1)	14 (23.3)	11 (20.4)	0.3
Kararakt	22 (4.6)	22 (6.2)	3 (5.0)	4 (7.4)	0.7
Mosmbajtje urinës	35 (7.3)	23 (6.4)	7 (11.7)	12 (22.2)	<0.01
Astme	16 (3.3)	15 (4.2)	4 (6.7)	8 (14.8)	<0.01
Shtim në peshë	108 (22.6)	82 (23.0)	18 (30.0)	16 (29.6)	0.4

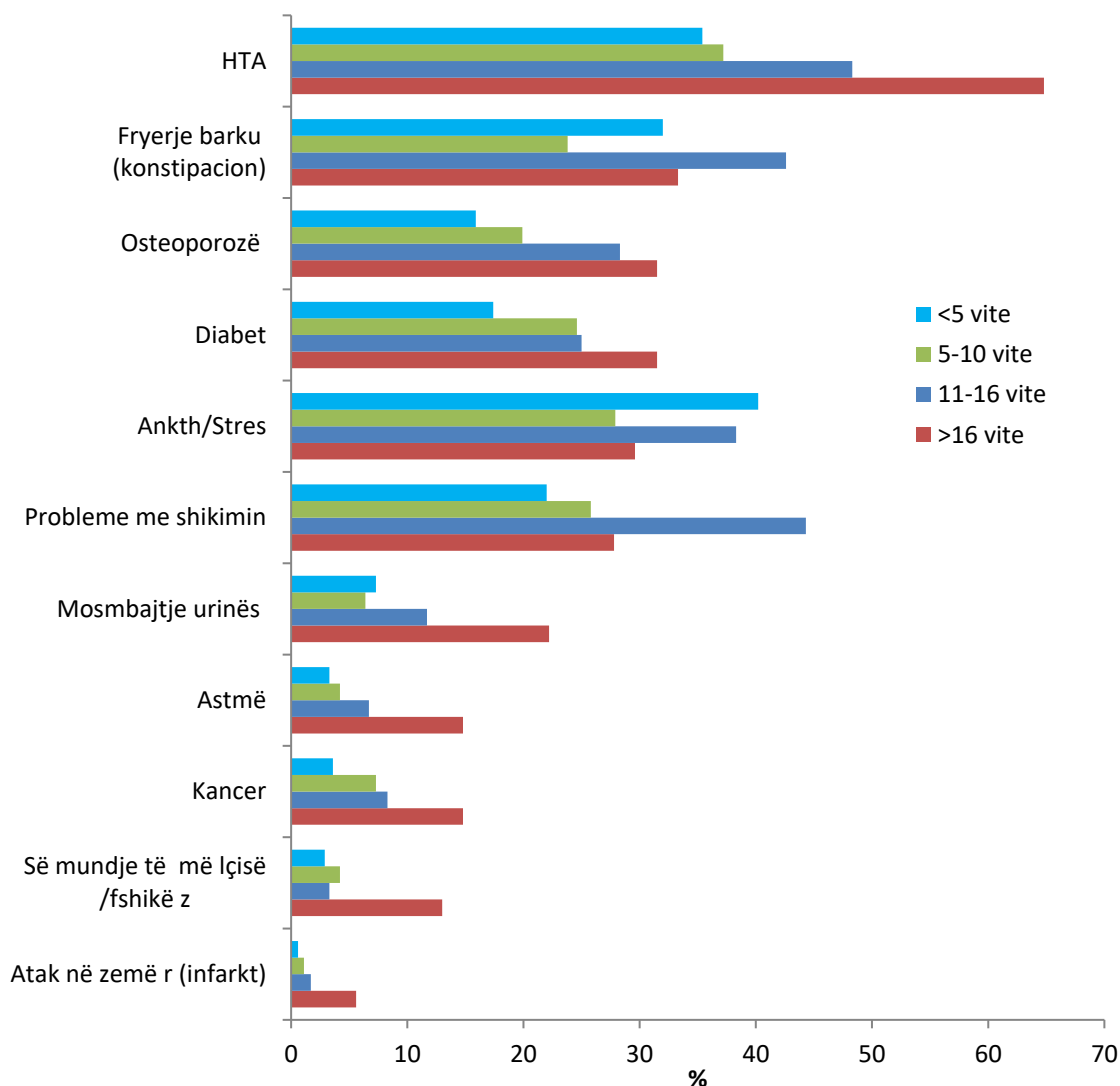


Figura 3. 17 Shpeshësia e problemeve shëndetësore në vite

Me ritjen e viteve në menopauzë u gjet një trend sinjifikant i ritjes së shpeshësisë së kancerit ($p<0.01$), HTA ($p<0.01$), diabetit ($p=0.01$), atakut të zemrës/infarktimit ($p=0.01$), sëmundjeve të mëlçisë/fshikzës ($p<0.01$), osteoporozës ($p<0.01$), mosmbajtjes së urinës ($p<0.01$), dhe astmës ($p<0.01$).

Ankthi dhe stresi hasen më shpesh në periudhën <5 vite (40.2%) dhe 11-16 vite (38.2%), me ndryshim sinjifikant me 5-10 vite (27.9%) dhe >16 vite (29.6%), ($p<0.01$).

Fryerja e barkut (konstipacioni) (42.6%) dhe problemet me shikimin (44.3%) hasen më shpesh në periudhën 11-16 vite, me ndryshim sinjifikant me periudhat e tjera, ($p<0.01$).

Tabela 3. 13 Problemet shëndetësore sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
Migrenë	216 (31.8)	126 (34.9)	0.4
Kancer	46 (6.8)	15 (4.2)	0.1
Sëmundje të tiroides	94 (13.8)	37 (10.2)	0.1
HTA	221 (32.5)	157 (43.5)	<0.01
Diabet	145 (21.4)	69 (19.1)	0.4
Ankth/Stres	230 (33.9)	109 (30.2)	0.2
Hemoragji cerebrale	5 (0.7)	1 (0.3)	0.6
Steriliteti	10 (1.5)	8 (2.2)	0.5
Pagjumësi	250 (36.8)	174 (48.2)	<0.01
Fryerje barku (kapsllek)	197 (29)	96 (26.6)	0.4
Probleme me shikimin	187 (27.5)	61 (16.9)	<0.01
Atak në zemër (/infarkt)	9 (1.3)	2 (0.6)	0.4
Sëmundje të mëlcisë/fshikez	33 (4.9)	9 (2.5)	0.08
Depresion (rënie humori)	55 (8.1)	12 (3.3)	<0.01
Vena varice (vena varikoza)	105 (15.5)	47 (13.0)	0.3
Fibromiome	47 (6.9)	15 (4.2)	0.09
Osteoporozë	139 (20.5)	51 (14.1)	0.01
Anemi	73 (10.8)	33 (9.1)	0.4
Arthris	105 (15.5)	49 (13.6)	0.4
Kararakt	32 (4.7)	23 (6.4)	0.3
Mosmbajtje urinës	69 (10.2)	9 (2.5)	<0.01
Astme	28 (4.1)	16 (4.40)	0.9
Shtim në peshë	178 (26.2)	58 (16.1)	<0.01

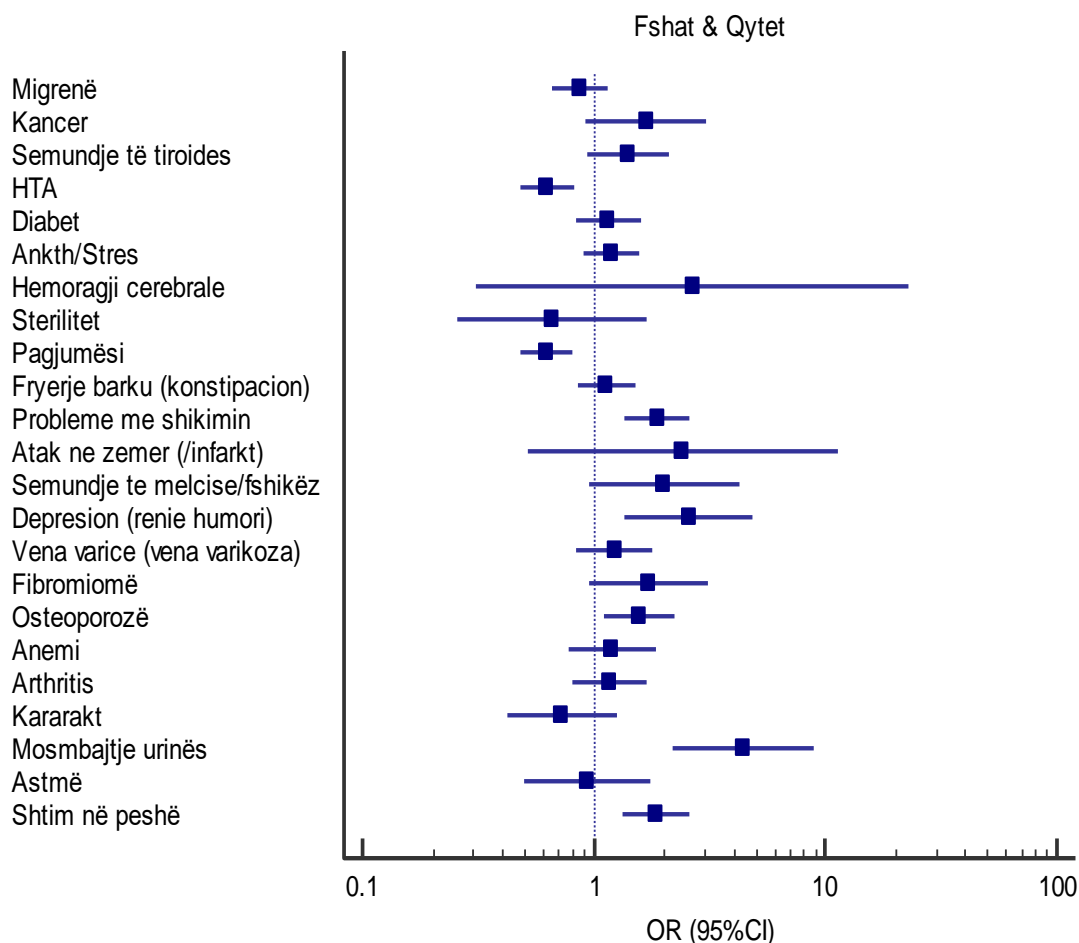


Figura 3. 18 Problemet shëndetësore sipas vendbanimit (OR, 95%CI)

1-Vërehet që nga migrena vuajnë 216 (31.8%) e grave që banojnë në qytet dhe 126 (34.9%) e atyre që banojnë në fshat (p=0.4).

2-Nga Kanceri vuajnë 46 (6.8%) e grave që banojnë në qytet dhe 15 (4.2%) e grave që banojnë në fshat (p=0.1).

3- Nga Sëmundjet e tiroides vuajnë 94 (13.8) e grave që banojnë në qytet dhe 37 (10.2) e atyre që banojnë në fshat (p=0.1).

4- Nga Tension i lartë i gjakut vuajnë 221 (32.5) e grave që banojnë në qytet dhe 157 (43.5) e atyre që banojnë në fshat (p<0.01).

5- Nga Diabeti vuajnë 145 (21.4) e grave që banojnë në qytet dhe 69 (19.1) e atyre që banojnë në fshat (p=0.4).

6- Nga Ankth/Stres vuajnë 230 (33.9) e grave që banojnë në qytet dhe 109 (30.2) e atyre që banojnë në fshat (p=0.2).

7-Nga Hemoragji në tru vuajnë 5 (0.7) e grave që banojnë në qytet dhe 1 (0.3) e atyre që banojnë në fshat (p=0.6).

8-Vërehet që nga steriliteti vuajnë 10 (1.5) e grave që banojnë në qytet dhe 8 (2.2) e atyre që banojnë në fshat (p=0.5).

- 9-Nga Pagjumësia vuajnë 250 (36.8) e grave që banojnë në qytet dhe 174 (48.2) e grave që banojnë në fshat ($p<0.01$).
- 10- Nga Fryerje barku (kapsllëk) vuajnë 197 (29) e grave që banojnë në qytet dhe 96 (26.6) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.4$).
- 11- Nga Probleme me shikimin vuajnë 187 (27.5) e grave që banojnë në qytet dhe 61 (16.9) e atyre që banojnë në fshat ($p<0.01$).
- 12- Nga Atak në zemër (/infaret/) vuajnë 9 (1.3) e grave që banojnë në qytet dhe 2 (0.6) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.4$).
- 13- Nga Sëmundje të mëlcisë/fshikëz vuajnë 33 (4.9) e grave që banojnë në qytet dhe 9 (2.5) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.08$).
- 14-Nga Depression (renie humori) vuajnë 55 (8.1)e grave që banojnë në qytet dhe 12 (3.3) e atyre që banojnë në fshat ($p<0.01$).
- 15- Nga Vena varice (vena varikoza) vuajnë 105 (15.5) e grave që banojnë në qytet dhe 47 (13.0) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.3$).
- 16- Nga Fibromiome (mish i huaj në mitër) vuajnë 47 (6.9) e grave që banojnë në qytet dhe 15 (4.2) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.09$).
- 17-Nga Osteoporozë vuajnë 139 (20.5) e grave që banojnë në qytet dhe 51 (14.1) e atyre që banojnë në fshat ($p<0.01$).
- 18-Vërehet që nga Anemia vuajnë 73 (10.8) e grave që banojnë në qytet dhe 33 (9.1) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.4$).
- 19-Nga Arthris vuajnë 105 (15.5) e grave që banojnë në qytet dhe 49 (13.6) e grave që banojnë në fshat ($p=0.4$).
- 20- Nga Kararakt (perde në sy) vuajnë 32 (4.7) e grave që banojnë në qytet dhe 23 (6.4) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.3$).
- 21- Nga Mosmbajtje urinës (incontinence) vuajnë 69 (10.2) e grave që banojnë në qytet dhe 9 (2.5) e atyre që banojnë në fshat ($p<0.01$).
- 22- Nga Astma vuajnë 28 (4.1) e grave që banojnë në qytet dhe 16 (4.40) e atyre që banojnë në fshat ($p=0.9$).
- 23- Nga Shtim në peshë (direkte) vuajnë 178 (26.2) e grave që banojnë në qytet dhe 58 (16.1) e atyre që banojnë në fshat ($p<0.01$).

Tabela 3. 14 Karakteristikat klinike dhe ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrëseve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Periodat_Rregullta					
Jo	189 (18.2)	44 (19.9)	121 (17.7)	24 (17.8)	0.7
Po	851 (81.8)	177 (80.1)	563 (82.3)	111 (82.2)	
Ditë_Periodat					
3	122 (11.7)	20 (9.0)	84 (12.3)	18 (13.3)	0.8
4	193 (18.6)	45 (20.4)	121 (17.7)	27 (20.0)	
5	344 (33.1)	75 (33.9)	224 (32.7)	45 (33.3)	
6	139 (13.4)	28 (12.7)	92 (13.5)	19 (14.1)	
7	212 (20.4)	45 (20.4)	142 (20.8)	25 (18.5)	
8	30 (2.9)	8 (3.6)	21 (3.1)	1 (0.7)	
Periodat_Dhimbje					
Jo	414 (39.8)	96 (43.4)	263 (38.5)	55 (40.7)	0.4
Po	626 (60.2)	125 (56.6)	421 (61.5)	80 (59.3)	
Menopauza_Sëmundje					
Jo	640 (63.2)	133 (62.7)	421 (62.9)	86 (65.6)	0.6
Nuk e Di	191 (18.9)	38 (17.9)	125 (18.7)	28 (21.4)	
Po	181 (17.9)	41 (19.3)	123 (18.4)	17 (13.0)	
Hequr_Mitrën					
Jo	960 (92.3)	204 (92.3)	629 (92.0)	127 (94.1)	0.7
Po	80 (7.7)	17 (7.7)	55 (8.0)	8 (5.9)	
Menopauza_Ishte					
Kirurgjikale (Heqje e dy vezoreve)	73 (7.0)	16 (7.2)	51 (7.5)	6 (4.4)	0.7
Natyrale (Spontane)	932 (89.6)	198 (89.6)	611 (89.3)	123 (91.1)	
Tjetër	35 (3.4)	7 (3.2)	22 (3.2)	6 (4.4)	
Ekzaminuar_Gjoksin					
Jo	328 (35.7)	71 (34.8)	214 (35.5)	43 (38.4)	0.8
Po	590 (64.3)	133 (65.2)	388 (64.5)	69 (61.6)	
Paptest					
Jo	432 (48.1)	88 (45.8)	281 (47.3)	63 (56.2)	0.2
Po	466 (51.9)	104 (54.2)	313 (52.7)	49 (43.7)	
Problem_Paptest					
Jo	405 (46.1)	89 (47.6)	275 (47.2)	41 (38.0)	
Po	41 (4.7)	10 (5.3)	27 (4.6)	4 (3.7)	

-Periodat janë të rregullta në shumicën e grave (81.8%) ndërsa jo të rregullta në 18.2% ($p<0.01$).

-Kohëzgjatja mesatare e periodave është 5.2 (1.3) ditë me rang 3 – 8 ditë.

-Periodat janë me dhimbje në shumicën (60.2%) të grave ndërsa pa dhimbje në 39.8%) të tyre ($p<0.01$).

-Shumica e grave (63.2%) referojnë që monopauza nuk është sëmundje, 17.9% e tyre referojnë që është sëmundje ndërsa 18.9% e tyre nuk e dinë, ($p<0.01$).

-Mitrën e kanë hequr vetëm 7.7% e grave ndërsa 92.3% e tyre jo, ($p<0.01$).

-Në shumicën e grave (89.6%) menopauza është natyrale (spontane), në 7% ishte kirurgjikale (heqje e dy vezoreve) dhe “tjetër” në 3.4% të tyre ($p<0.01$).

-Gjoksin e kanë ekzaminuar shumica e grave (64.3%) ndërsa 35.7% jo, ($p<0.01$).

-Pap test kanë kryer rreth gjysma e grave (51.9%) pa ndryshim sinjifikant me 48.1% prej tyre që nuk e kanë kryer ($p=0.3$).

-Probleme në pap test kanë rezultuar në 41 (4.7%) të 466 grave që e kanë kryer pap testin.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës në lidhje me rregullsinë e periodave, kohëzgjatjen, praninë e dhimbjes, heqjen e mitrës, njohurinë mbi menopauzën si sëmundje dhe llojin e menopauzës.

Gjithashtu nuk u gjet ndryshim sipas grupmoshës në lidhje me ekzaminimin e gjoksit, kryerjen e pap testit dhe rezultatin e pap testit.

Tabela 3. 15 Ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrëseve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj	51-60 vj	61+ vj	P
	n (%)	(n=221) n (%)	(n=684) n (%)	(n=135) n (%)	
Mamografi					
Jo	339 (36.7)	65 (32.0)	223 (36.9)	51 (44.3)	0.09
Po	584 (63.3)	138 (68.0)	382 (63.1)	64 (55.7)	
Problem_Mamografia					
Po	49 (8.4)	16 (11.6)	28 (7.3)	5 (7.8)	0.2
Ekzam_Biopsi_Gjiri					
Jo	727 (89.0)	148 (86.0)	479 (89.4)	100 (91.7)	0.3
Po	90 (11.0)	24 (14.0)	57 (10.6)	9 (8.3)	
Funksion_Melcise					
Jo	410 (48.5)	95 (54.0)	263 (47.2)	52 (46.0)	0.2
Po	436 (51.5)	81 (46.0)	294 (52.8)	61 (54.0)	
Problem_Melcise					
Po	55 (12.6)	8 (9.9)	37 (12.6)	10 (16.4)	0.5
Testi_Tiroides					
Jo	422 (47.6)	93 (49.5)	280 (48.1)	49 (42.2)	0.4
Po	464 (52.4)	95 (50.5)	302 (51.9)	67 (57.8)	
Problem_Testi_Tiroides					
Po	138 (29.7)	23 (24.2)	91 (30.1)	24 (35.8)	0.3
Yndyrna_Gjak					
Jo	168 (18.1)	34 (17.3)	120 (19.6)	14 (11.7)	0.1
Po	760 (81.9)	163 (82.7)	491 (80.4)	106 (88.3)	
Problem_Yndyrnat					
Po	306 (43.3)	50 (30.7)	196 (39.9)	60 (56.6)	<0.01
Test_Diabetit					
Jo	195 (21.3)	41 (21.8)	135 (22.3)	19 (15.4)	0.2
Po	721 (78.7)	147 (78.2)	470 (77.7)	104 (84.6)	
Densitet_Kockave					
Jo	457 (51.8)	105 (57.7)	295 (50.7)	57 (48.3)	0.2
Po	425 (48.2)	77 (42.3)	287 (49.3)	61 (51.7)	
Problem_Densiteti_Kockave					
Po	198 (46.6)	36 (46.8)	132 (46.0)	30 (49.2)	0.9

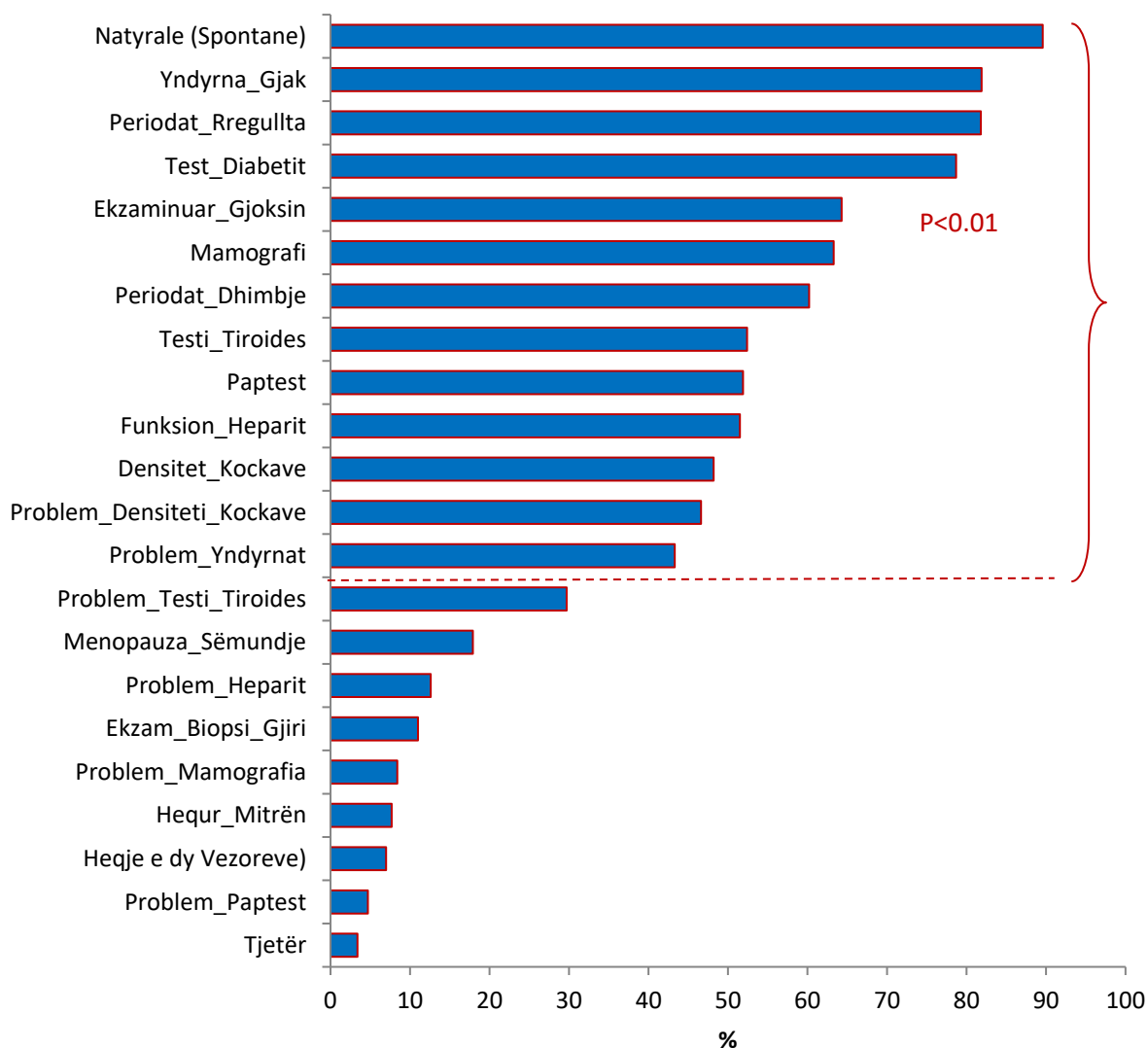


Figura 3. 19 Karakteristikat klinike dhe ekzaminimet e kryera për totalin e pjesëmarrëseve

-Mamografi kanë kryer shumica e grave (63.3%) ndërsa 36.7% e tyre nuk kane kryer, ($p<0.01$). Mamografia ka rezultuar me probleme në 49 (8.4%) nga 584 gra që kanë kryer ekzaminimin.

-Ekzaminim biopsie për gjirin kanë kryer 11% e grave;

-Testet e funksionit të heparit i kanë kryer 51.5% e grave, pa ndryshim sinjifikant me 48.5% te tyre që nuk i kanë kryer ($p=0.4$). Me probleme të heparit kanë rezultuar 55 (12.6%) e grave që kanë kryer ekzaminimin.

-Testet e tiroides i kanë kryer 52.4% ndërsa 47.6% e tyre nuk i kanë kryer, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$). Me probleme të tiroides kanë rezultuar rreth 1/3, 138 (29.7%) e grave që kryen ekzaminimin.

-Ekzaminimin e yndyrnave në gjak e ka kryer shumica e grave (81.9%0 ndërsa 18.1% e tyre nuk e kanë kryer ($p<0.01$). Me problem me yndyrnat rezultuan 43.3% e nga 760 gratë që kryen ekzaminimin.

-Ekzaminimin e diabetit e kanë kryer shumica e grave (78.7%) ndërsa 21.3% nuk e kanë kryer ($p<0.01$).

-Ekzaminimin e densitetit kockor e kanë kryer 48.2% ndërsa 51.8% e tyre nuk e kanë kryer. Probleme me densitetin kockor paraqiten 198 (46.6%) nga 425 prej grave që kryen ekzaminimin.

Ekzaminimet sipas grupmoshës

-Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës në lidhje me: mamografine ($p=0.09$), problemet me mamografinë ($p=0.2$), biopsinë e gjirit ($p=0.3$), funksionet e heparit ($p=0.2$), problemet me funksionin e heparit ($p=0.5$), ekzaminimin e tiroides ($p=0.4$) dhe problemet me tiroiden ($p=0.3$).

Gjithashtu, nuk u gjet ndryshim sinjifikant në lidhje me ekzaminim për diabet ($p=0.2$), densitetin kockor ($p=0.2$) dhe problemet me densitetin kockor ($p=0.9$).

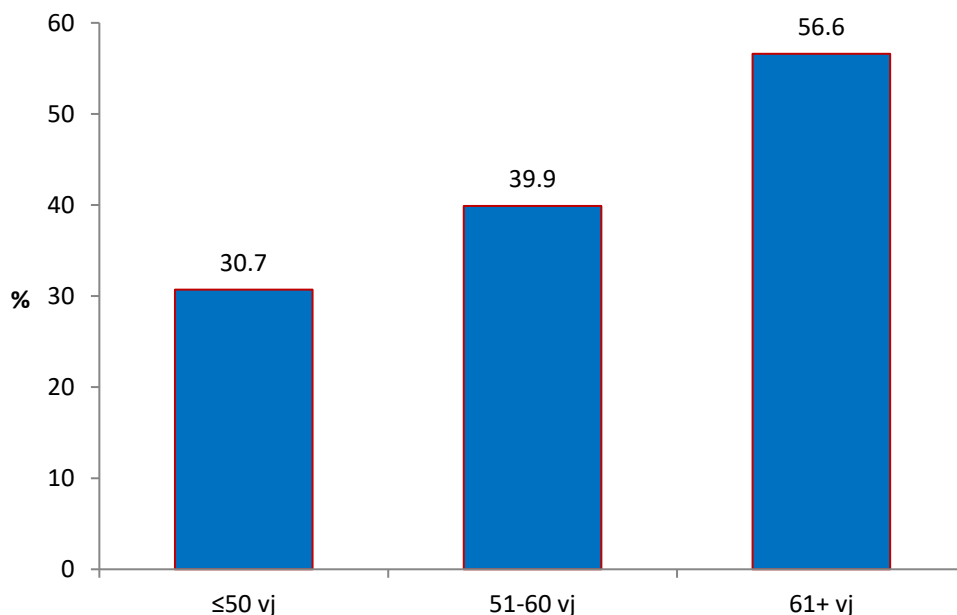


Figura 3. 20 Shpeshësia e problemeve me yndyrnat sipas grupmoshës

Ndryshim sinjifikant u gjet për problemet me yndyrnat të cilat ishin më të shpeshta në grupmoshën 61+vjeç (56.6%), krahasuar me grupmoshën 51-60 vjeç (39.9%) dhe grupmoshën ≤50 vjeç, ($p<0.01$).

Tabela 3. 16 Ekzaminimet e kryera sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
Ishin periodat tuaja të rregullta	558 (82.2)	293 (81.2)	0.7
Sa ditë zgjasin periodat?			
3	75 (11)	47 (13)	0.4
4	132 (19.4)	61 (16.9)	
5	220 (32.4)	124 (34.3)	
6	85 (12.5)	54 (15)	
7	146 (21.5)	66 (18.3)	
8	21 (3.1)	9 (2.5)	
Ishin periodat me dhimbje?	406 (59.8)	220 (60.9)	0.7
A jeni në menopauzë?	679 (100)	361 (100)	-
Është për ju menopauza një sëmundje	136 (20)	45 (12.5)	<0.01
A e keni hequr mitrën?	55 (8.1)	25 (6.9)	0.6
Manopauza juaj ishte			
Natyrle (spontane)	599(88.2)	333(92.2)	0.05
Kirurgjikale (heqje e dy vezeve)	51(7.5)	22(6.1)	0.5
Tjetër	29(4.3)	6(1.7)	0.04
A e keni ekzaminuar gjoksin tuaj (vetëekzaminim)	415 (61.1)	175 (48.5)	<0.01
ekzaminuar për Pap Test?	334 (49.2)	132 (36.6)	<0.01
ndonjë problem për Pap Test?	30 (9.0)	11 (8.3)	0.9
ekzaminuar me mamografi?	412 (60.7)	172 (47.6)	<0.01
ndonjë problem me mamografinë?	40 (9.7)	9 (5.2)	0.1
ekzaminuar me biopsi gjiri?	65 (24.6)	25 (16.0)	0.07
ndonjë problem me biopsin e gjirit?	16 (2.4)	4 (1.1)	0.5
ekaminuar për funksionimin e mëlcisë?	259 (38.1)	177 (49.0)	<0.01
ndonjë problem për funksionimin e mëlcisë?	38 (14.7)	17 (9.6)	0.1
ekzaminuar për testin e tiroides?	307 (45.2)	157 (43.5)	0.5
ndonjë problem për testin e tiroides?	93 (30.3)	45 (23.7)	0.8
ekzaminuar për yndyrna në gjak?	487 (71.7)	273 (75.6)	0.1
ndonjë problem për yndyrnat në gjak?	184 (37.8)	122 (44.7)	0.07
ekzaminuar për testin e diabetit?	460 (67.7)	261 (72.3)	0.5
ndonjë problem për testin e diabetit?	102 (22.2)	60 (23.0)	0.8
ekzaminuar për densitetin e kockave?	287 (42.3)	138 (38.2)	0.1
ndonjë problem për densitetin e kockave?	128 (44.6)	70 (50.7)	0.2

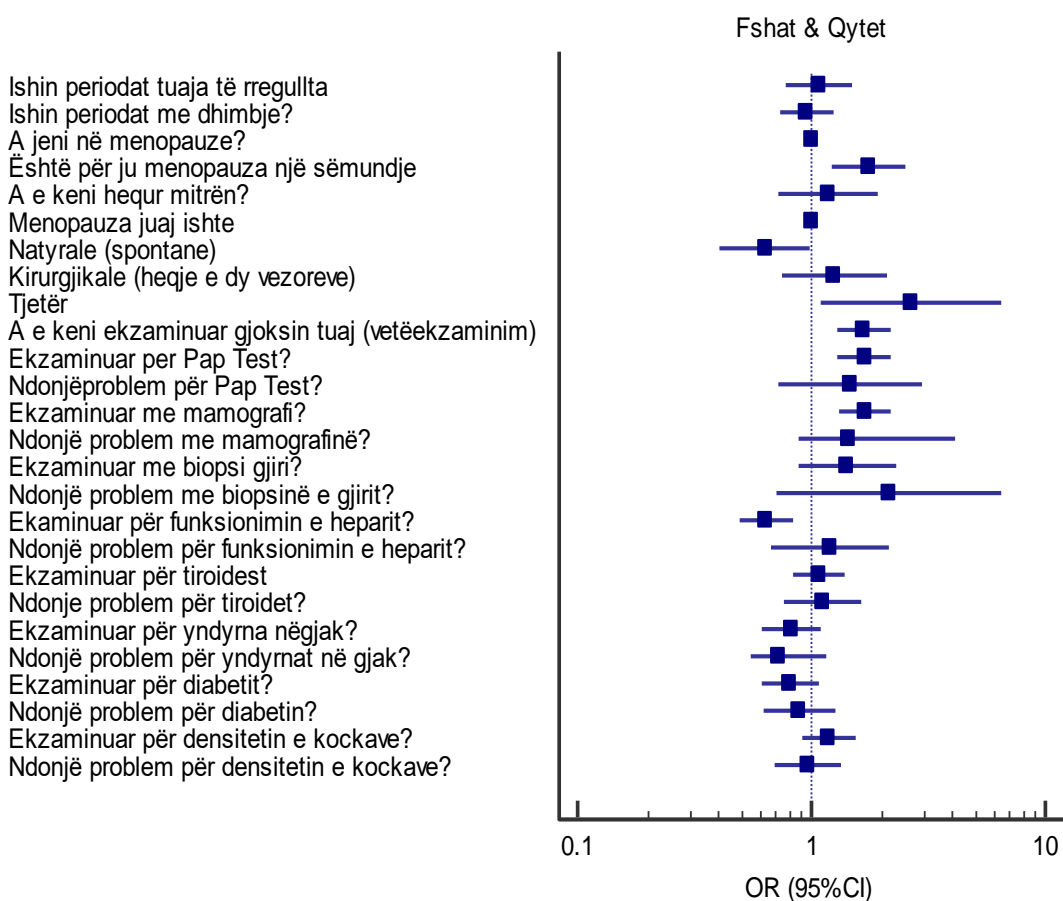


Figura 3. 21 Ekzaminimet e kryera sipas vendbanimit (OR, 95%CI)

-Vërehet se 558 (82.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 293 (81.2%) e grave që jetojnë në fshat kanë patur perioda të rregullta, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).

-75 (11%) e grave që jetojnë në qytet dhe 47 (13%) e grave që jetojnë në fshat cikli i periodave u zgjat 3 ditë, 132 (19.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 61 (16.9%) e grave që jetojnë në fshat u zgjat 4 ditë, 220 (32.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 124 (34.3%) e grave që jetojnë në fshat u zgjat 5 ditë, 85 (12.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 54 (15%) e grave që jetojnë në fshat u zgjat 6 ditë, 146 (21.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 66 (18.3%) e grave që jetojnë në fshat u zgjat 7 ditë dhe 21 (3.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 9 (2.5%) e grave që jetojnë në fshat u zgjat 8 ditë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.4$).

- Nga 679 gra me menopauzë që jetojnë në qytet, 406 (59.8%) prej tyre i kanë patur periodat me dhimbje dhe nga 361 gra me menopauzë që jetojnë në fshat 220 (60.9%) prej tyre i kanë patur periodat me dhimbje, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).

- 322 (47.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 175 (48.5%) e grave që jetojnë në fshat kanë <5 vite në menopauzë. 227 (33.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 142 (39.3%) e grave që jetojnë në fshat kanë 11-16 vite, 40 (5.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 16 (4.4%) e grave që jetojnë në fshat kanë >16 vite, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 136 (20%) e grave që jetojnë në qytet dhe 45 (12.5%) e grave që jetojnë në fshat e konsiderojnë menopauzën si një sëmundje, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).
- 55 (8.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 25 (6.9%) që jetojnë në fshat kanë bërë heqje të mitrës, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$).
- Vërehet se 599 (88.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 333 (92.2%) e grave që jetojnë në fshat deklarojnë se kanë patur menopauzë natyrale (spontane%) ($p=0.05$), 51 (7.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 22 (6.1%) e grave që jetojnë në fshat kanë patur menopauzë Kirurgjikale (heqje e dy vezëve %) ($p=0.5$), dhe 29 (4.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 6 (1.7%) e grave që jetojnë në fshat deklarojnë se menopauza e tyre kanë ardhur nga forma të tjera, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.04$).
- 415 (61.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 175 (48.5%) e grave që jetojnë në fshat e kanë ekzaminuar gjoksin e tyre (vetëekzaminim%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).
- 334 (49.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 132 (36.6%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për Pap Test, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).
- 30 (9.0%) e grave që jetojnë në qytet dhe 11 (8.3%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për Pap Test, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.9$).
- 412 (60.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 172 (47.6%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar me mamografi, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).
- 40 (9.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 9 (5.2%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem me mamografinë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 65 (9.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 25 (6.9%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar me biopsi gjiri, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.07$).
- 16 (2.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 4 (1.1%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem me biopsin e gjirit, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).
- 259 (38.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 177 (49%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për funksionimin e mëlçisë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- 38 (14.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 17 (9.6%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për funksionimin e mëlcisë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 307 (45.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 157 (43.5%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për testin e tiroides, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).
- 93 (30.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 45 (23.7%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për testin e tiroides, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.8$).
- 487 (71.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 273 (75.6%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për yndyrna në gjak, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 184 (27.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 122 (33.8%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për yndyrna në gjak, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.07$).
- 460 (67.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 261 (72.3%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për testin e diabetit, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).
- 102 (22.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 60 (23.0%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për testin e diabetit, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).
- 287 (42.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 138 (38.2%) e grave që jetojnë në fshat janë ekzaminuar për densitetin e kockave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 128 (44.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 70 (50.7%) e grave që jetojnë në fshat kanë ndonjë problem për densitetin e kockave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).

Tabela 3. 17 Metodat kontraceptive për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sterilizim_Femëror					
Jo	824 (97.1)	183 (96.3)	539 (97.1)	102 (98.1)	0.6
Po	25 (2.9)	7 (3.7)	16 (2.9)	2 (1.9)	
Sterilizim_Mashkullor					
Jo	843 (99.3)	189 (99.5)	550 (99.1)	104 (100.0)	0.5
Po	6 (0.7)	1 (0.5)	5 (0.9)	0	
Pilula					
Jo	925 (88.9)	192 (86.9)	609 (89.0)	124 (91.9)	0.3
Po	115 (11.1)	29 (13.1)	75 (11.0)	11 (8.1)	
DIU_Spirale					
Jo	1012 (97.3)	212 (95.9)	669 (97.8)	131 (97.0)	0.3
Po	28 (2.7)	9 (4.1)	15 (2.2)	4 (3.0)	
Depoprovere					
Jo	841 (99.1)	189 (99.5)	549 (98.9)	103 (99.0)	0.7
Po	8 (0.9)	1 (0.5)	6 (1.1)	1 (1.0)	
Prezervativ					
Jo	672 (79.1)	131 (68.9)	453 (81.5)	88 (84.6)	<0.01
Po	178 (20.9)	59 (31.1)	10 (18.5)	16 (15.4)	
Tërheqje					
Jo	256 (30.1)	67 (35.3)	157 (28.2)	32 (30.8)	0.1
Po	595 (69.9)	123 (64.7)	400 (71.8)	72 (69.2)	
Metoda_Kalendarike					
Jo	756 (88.8)	170 (89.5)	494 (88.8)	92 (87.6)	0.9
Po	95 (11.2)	20 (10.5)	62 (11.2)	13 (12.4)	

Metoda kontraceptive e përdorur më shpesh në studim është metoda e tërheqjes në shumicën e grave (69.9%), ndjekur nga prezervativi (20.9%), metoda kalendarike (11.2%), pilula (11.1%), sterilizim femëror (2.9%) DIU spirale (2.7%), Depoprovere 0.9% dhe sterilizim mashkullor (0.7%).

-Ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës u gjet për përdorimin e prezervativit i cili përdoret më shpesh në grupmoshën ≤50 vj (31.1%), krahasuar me grupmoshën 51-60 vjeç (18.5%) dhe 60+ vjeç (15.4%), (p<0.01).

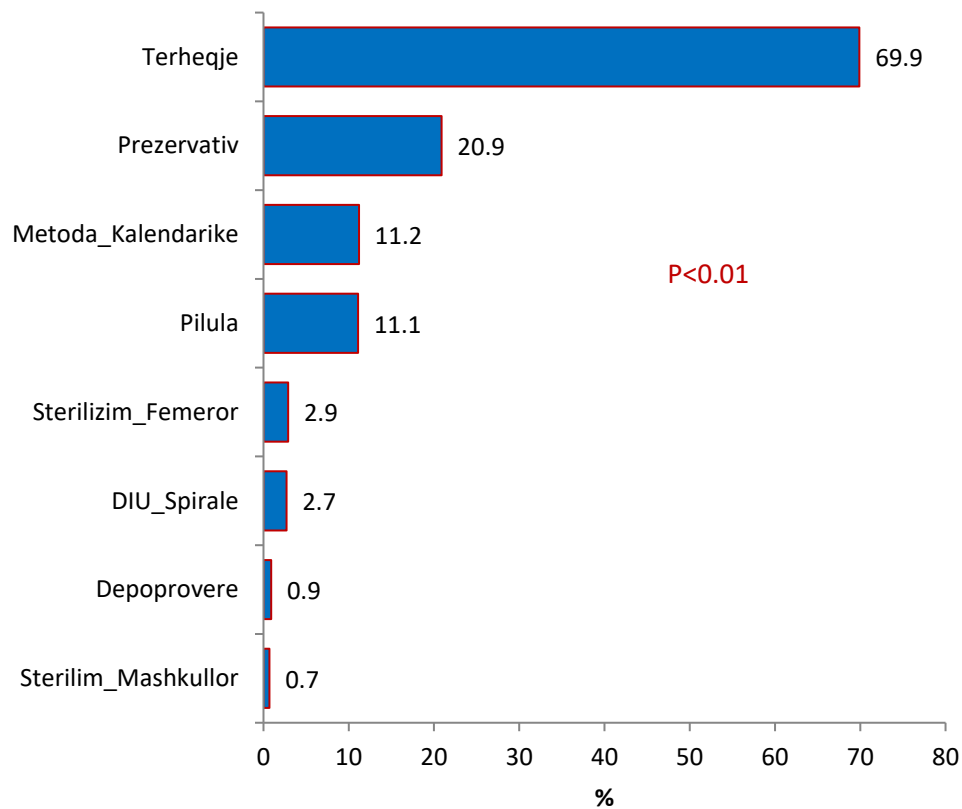


Figura 3. 22 Shpeshtësia e metodave kontraceptive për totalin e rasteve

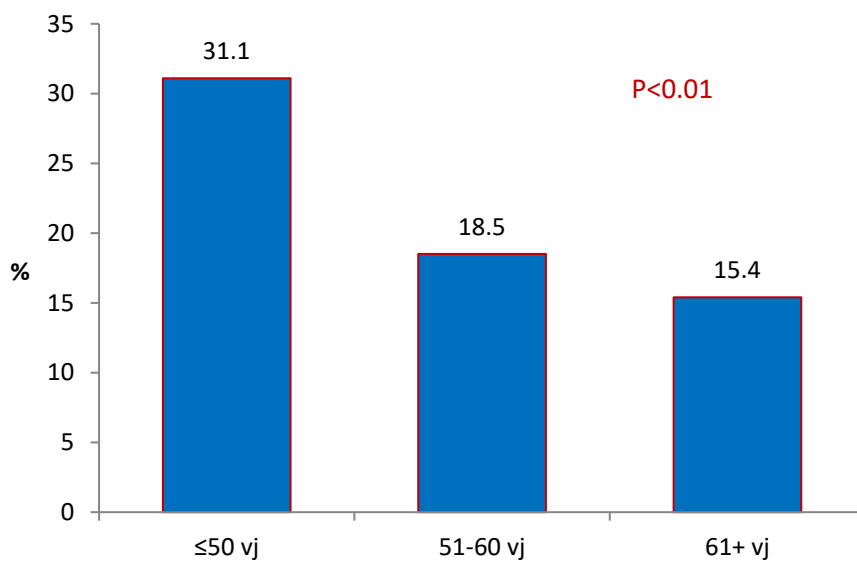


Figura 3. 23 Shpeshtësia e përdorimit të prezervativit sipas grupmoshës

Tabela 3. 18 Metodatat kontraceptive sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
Sterilizim_Femëror	17 (2.5)	8 (2.2)	0.6
Sterilim_Mashkullor	5 (0.7)	1 (0.3)	0.5
Pilula	69 (10.2)	46 (12.7)	0.2
DIU (spirale)	22 (3.2)	6 (1.7)	0.2
Depoprovëre	2 (0.3)	6 (1.7)	0.07
Prezervativ	115 (16.9)	63 (17.5)	0.4
Tërheqje	352 (51.8)	243 (67.3)	<0.01
Metoda_Kalendarike	72 (10.6)	23 (6.4)	0.03

-Vërehet se 17 (2.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 8 (2.2%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur metodën e sterilizimit femëror, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.6).

- 5 (0.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 1 (0.3%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur metodën e sterilizimit mashkullor të bashkëshorteve të tyre, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.5).

- 69 (10.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 46 (12.7%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur pilula, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.2).

- 22 (3.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 6 (1.7%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur DIU (spirale), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.2).

- 2 (0.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 6 (1.7%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur injeksion hormonal (depoprovëre), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.07).

- 115 (16.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 63 (17.5%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur prezervativ, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.4).

- 352(51.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 243 (67.3%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur metodën e tërheqjes, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p<0.01).

- 72 (10.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 23 (6.4%) e grave që jetojnë në fshat kanë përdorur metodën kalendarike, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.03).

Tabela 3. 18 Marrëdhënia seksuale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Seksualisht_Aktive					
Jo	471 (45.3)	58 (26.2)	318 (46.5)	95 (70.4)	<0.01
Po	569 (54.7)	163 (73.8)	366 (53.5)	40 (29.6)	
Humbje_Dëshirës seksuale					
Jo	391 (37.6)	112 (50.7)	248 (36.3)	31 (23.0)	<0.01
Po	649 (62.4)	109 (49.3)	436 (63.7)	104 (77.0)	
Dhimbje_Gjatë_Marrëdhënies					
Jo	824 (79.2)	175 (79.2)	551 (80.6)	98 (72.6)	0.1
Po	216 (20.8)	46 (20.8)	133 (19.4)	37 (27.4)	

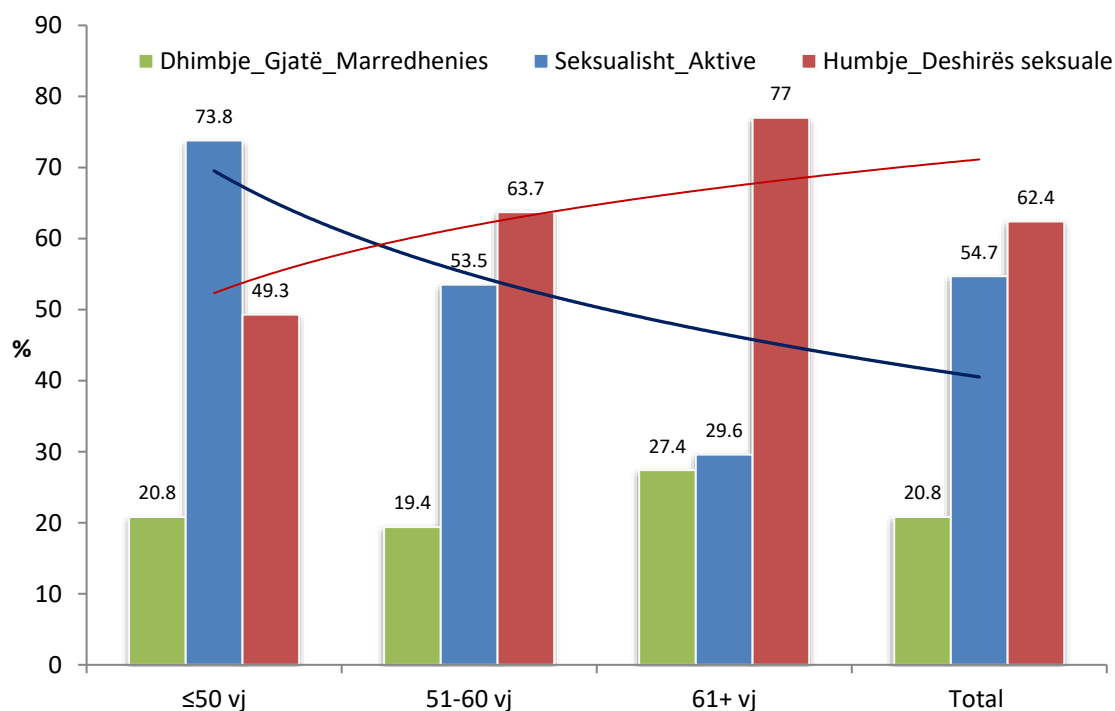


Figura 3. 24 Mardhënia seksuale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

-Vërehet që shumica e grave janë seksualisht aktive (54.7%) ndërsa 45.3%) e tyre nuk janë. U gjet një trend sinjifikant në rënie i aktivitetit seksual me ritjen e moshës (p<0.01)

-Humbje të dëshirës seksuale referojnë shumica e grave (62.4%) e tyre (p<0.01). U gjet një trend sinjifikant në ritje i humbjes të dëshirës seksuale me ritjen e moshës (p<0.01).

-Dhimbje gjatë marrëdhënies referojnë 20.8% e grave. Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës (p=0.1).

Tabela 3. 20 Marrëdhënia seksuale sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
A jeni seksualisht aktive?	386 (56.8)	183 (50.7)	0.07
A keni humbje të dëshirës seksuale?	418 (61.6)	231 (64.0)	0.5
A keni dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale?	114 (16.8)	102 (28.3)	<0.01

-Verehet se seksualisht aktiv janë 386 (56.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 183 (50.7%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.07).

-Verehet së kanë humbje të dëshirës seksuale 418 (61.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 231 (64.0%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.5).

-Verehet se kanë dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale 114 (16.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 102 (28.3%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p<0.01).

Tabela 3. 21 Përdorimi i medikamenteve për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Medikamente për menopauzën					
Jo	920 (88.5)	192 (86.9)	608 (88.9)	120 (88.9)	0.7
Po	120 (11.5)	29 (13.1)	76 (11.1)	15 (11.1)	
Nëse PO_çfarë_përdorni					
Hormone për menopauzën	65 (47.5)	15 (48.4)	44 (50.0)	6 (33.3)	0.6
Hormone të tiroides	24 (17.5)	4 (12.9)	15 (17.0)	5 (27.8)	
Kontraktivë	48 (35.0)	12 (38.7)	29 (33.0)	7 (38.9)	
Suplemente					
Jo	502 (48.3)	111(50.2)	323 (47.2)	68 (50.4)	0.6
Po	538 (51.7)	110 (49.8)	361 (52.8)	67 (49.6)	

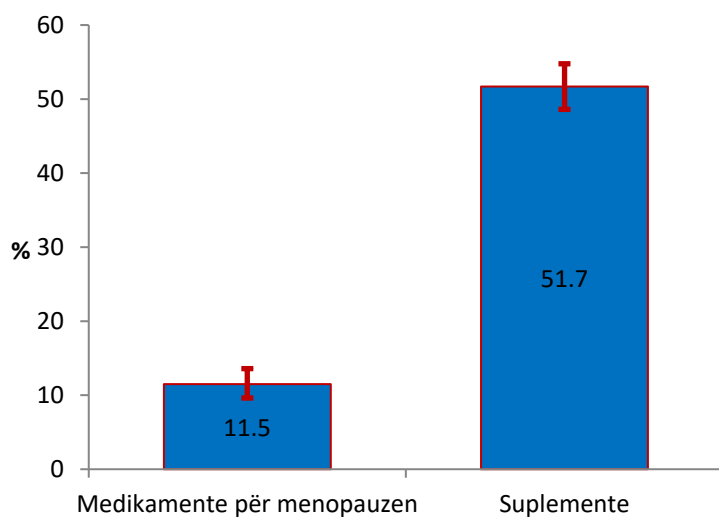


Figura 3. 25 Shpeshhtësia e përdorimit të medikamenteve për totalin e rasteve (error bars 95% CI)

Medikamente për menopauzën përdorin 120 (11.5%) e grave (95% CI 9.6 – 13.6) ndërsa suplemente përdorin 538 (51.7%) e tyre (95% CI 48.6 – 54.8).

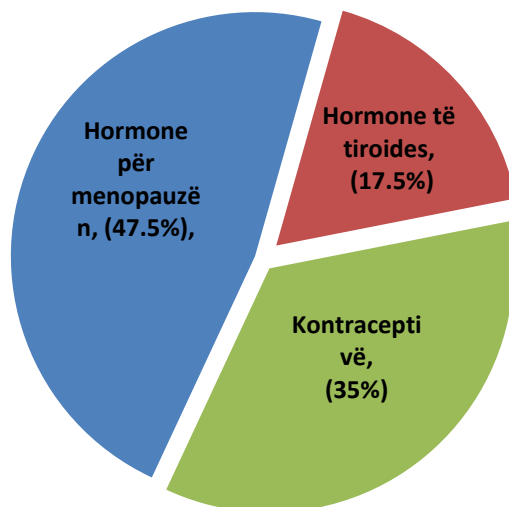


Figura 3. 26 Lloji i medikamenteve të përdorura

Nga gratë që marrin medikamente 47.5% e tyre marrin hormone për menopauzë, 17.5% marrin hormone të tiroides dhe 35% e tyre marrin kontraktivë.

Tabela 3. 19 Përdorimi i medikamenteve sipas vendbanimit

Variabli	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
Medikamente për menopauzën	87 (12.8)	33 (9.1)	0.09
Nëse PO çfarë përdorni?			
Hormone për menopauzën	52 (7.7)	13 (3.6)	0.01
Hormone të tiroides	19 (2.8)	5 (1.4)	0.2
Kontrceptiv	32 (4.7)	16 (4.4)	0.9
Suplemente	359 (52.9)	179 (49.6)	0.3

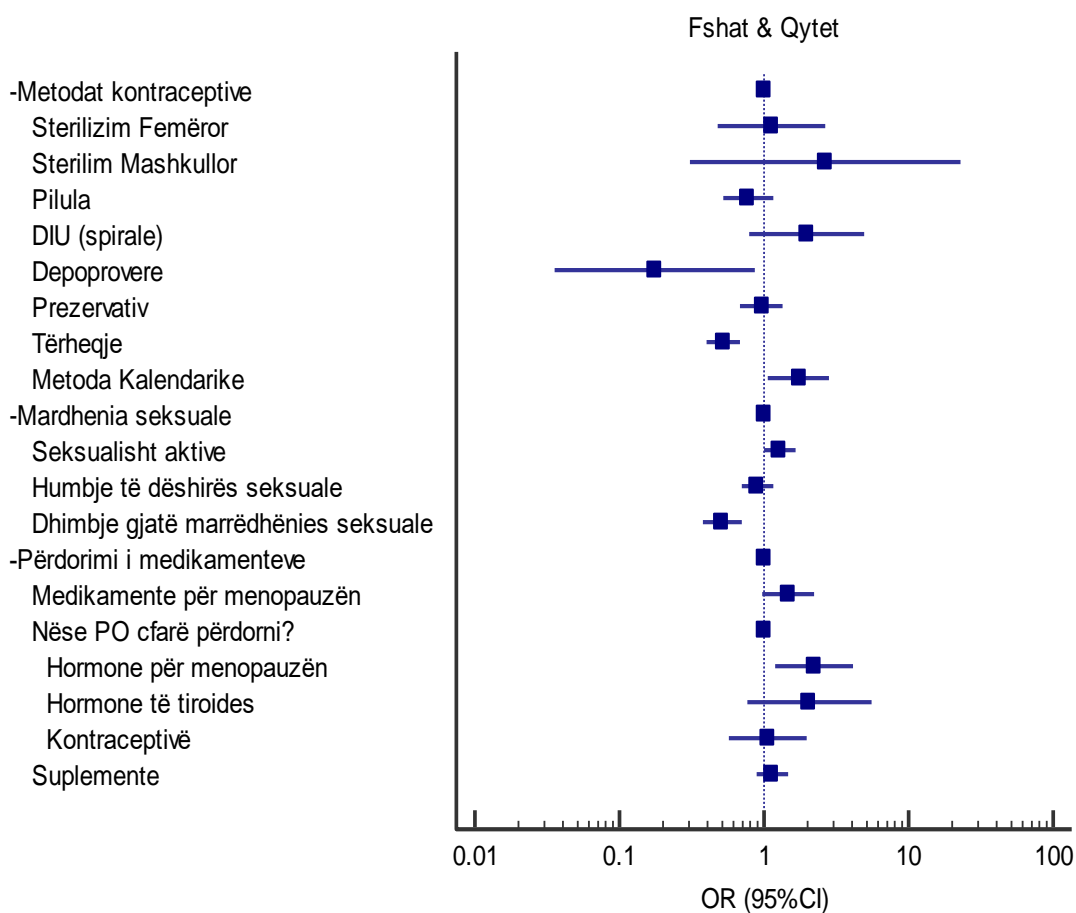


Figura 3.27 Metodät kontraceptive, marrëdhënia seksuale dhe përdorimi i medikamenteve sipas vendbanimit (OR, 95% CI)

-Vërehet se medikamente për menopauzen përdorin 87 (12.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 33 (9.1%) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.09).

Hormone për menopauzën përdorin 52 (7.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 13 (3.6%) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.01).

Hormone të tiroides përdorin 19 (2.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 5 (1.4%) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.2).

Kontraceptive përdorin 32 (4.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 16 (4.4%) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.9).

- 359 (52.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 179 (49.6%) e grave që jetojnë në fshat janë duke marrë suplemente (të tilla si vitamina, kalcium, bimore), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (p=0.3).

Tabela 3. 20 Historia e nënës për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Nëna_tension_lartë					
Jo	345 (36.3)	71 (36.2)	233 (37.1)	41 (32.5)	0.6
Po	605 (63.7)	125 (63.8)	395 (62.9)	85 (67.5)	
Nëna_diabet					
Jo	580 (61.1)	118 (60.2)	391 (62.3)	71 (56.3)	0.4
Po	370 (38.9)	78 (39.8)	237 (37.7)	55 (43.7)	
Nëna_kancer_zorrës					
Jo	872 (91.8)	184 (93.9)	575 (91.6)	113 (89.7)	0.4
Po	78 (8.2)	12 (6.1)	53 (8.4)	13 (10.3)	
Nëna_infarkt					
Jo	803 (84.5)	174 (88.8)	530 (84.4)	99 (78.6)	0.04
Po	147 (15.5)	22 (11.2)	98 (15.6)	27 (21.4)	
Nëna_osteoporozë					
Jo	677 (71.3)	140 (71.4)	445 (70.9)	92 (73.0)	0.9
Po	273 (28.7)	56 (28.6)	183 (29.1)	34 (27.0)	
Nëna_kancer_ovarian					
Jo	897 (94.5)	183 (93.4)	594 (94.7)	120 (95.2)	0.7
Po	52 (5.5)	13 (6.6)	3 (5.3)	6 (4.8)	
Nëna_goditje_neTru					
Jo	872 (91.9)	181 (92.3)	581 (92.7)	110 (87.3)	0.1
Po	77 (8.1)	15 (7.7)	46 (7.3)	16 (12.7)	

Nëna_frakturë_kockave					
Jo	887 (93.5)	184 (93.9)	586 (93.5)	117 (92.9)	0.9
Po	62 (6.5)	12 (6.1)	41 (6.5)	9 (7.1)	
Nëna_sëm_depresive					
Jo	851 (89.7)	16 (86.2)	571 (91.1)	111 (88.1)	0.1
Po	98 (10.3)	27 (13.8)	56 (8.9)	15 (11.9)	
Nëna_mpiksje_gjaku					
Jo	865 (91.1)	182 (92.9)	568 (90.6)	115 (91.3)	0.6
Po	84 (8.9)	14 (7.1)	59 (9.4)	11 (8.7)	
Nëna_kancer_gjiri					
Jo	894 (94.2)	186 (94.9)	590 (94.1)	118 (93.7)	0.8
Po	55 (5.8)	10 (5.1)	37 (5.9)	8 (6.3)	
Nëna_sem_tiroides					
Jo	780 (82.0)	152 (77.6)	534 (84.9)	94 (74.6)	<0.01
Po	171 (18.0)	44 (22.4)	95 (15.1)	32 (25.4)	

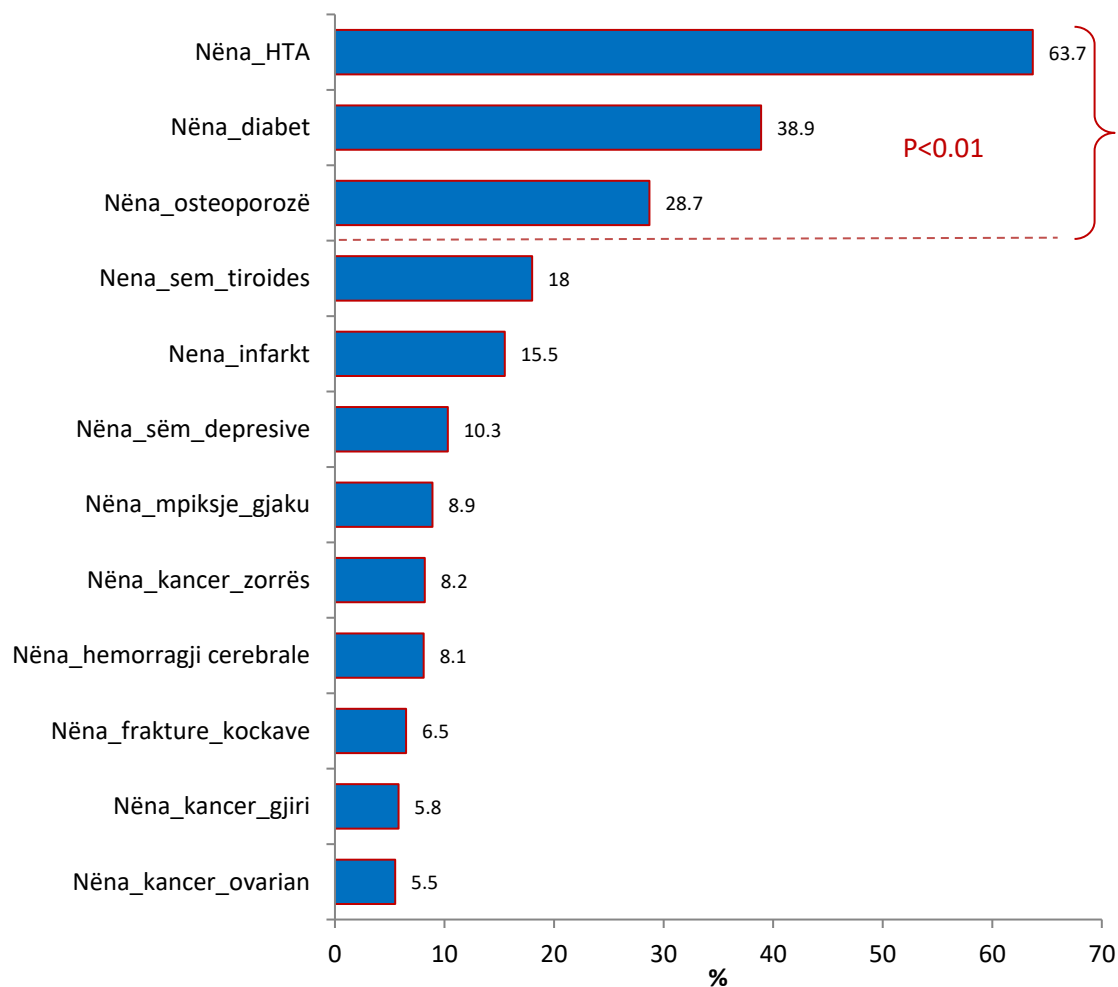


Figura 3. 28 Historia e nënës për totalin e rasteve

Më shumë se gjysma e grave 605 (63.7%) referojnë që nënat e tyre kane HTA, me ndryshim sinjifikant me 345 (36.3%) të tyre që nuk kanë ($p<0.01$).

Më pas vijnë problemet me diabet (38.9%), osteoporozë (28.7%), sëmundje të tiroides (18%), infarkt (15.5), sëmundje depresive (10.3), mpiksje gjaku (8.9%), Ca. të zorrës (8.2%), hemorragji cerebrale (8.1%), frakturë kockore (6.5%), Ca. gjiri (5.8%), Ca. vezoreve (5.5%).

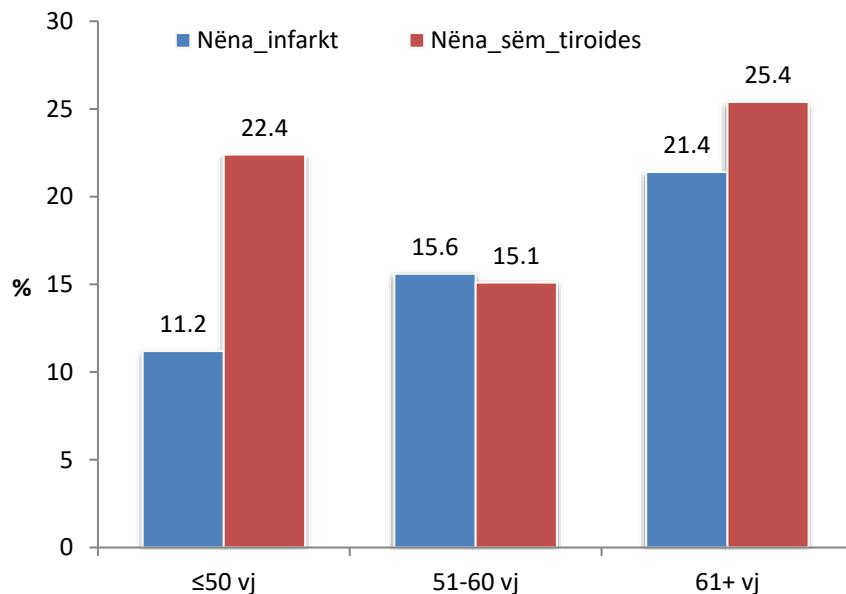


Figura 3. 29 Historia e nënës sipas grupmoshës së rasteve

Ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës u gjet infarkti dhe sëmundjet e tiroides.

Infarktën e nënës e ka referuar më shpesh grupmosha 61+ vj (21.4%) me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p=0.04$).

Gjithashtu, sëmundjen e tiroides e ka referuar më shpesh grupmosha 61+ vj (25.4%) me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p<0.01$).

Tabela 3. 214 Historia e nënës për rastet sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
HTA	361(53.2)	244 (67.6)	<0.01
Diabet	241(35.5)	129 (35.7)	0.9
Kancer zorre	62 (9.1)	16 (4.4)	<0.01
Krizë në zemër (infarkt)	97(14.3)	50 (13.9)	0.8
Osteoporozë	182(26.8)	91 (25.2)	0.5
Kancer ovarian	39 (5.7)	13 (3.6)	0.1
Goditje/hemoragji cerebrale	54 (8.0)	23 (6.4)	0.4
Frakturë të kockave të legenit	39 (5.7)	23 (6.4)	0.9
Sëmundje depresive	60 (8.8)	38 (10.5)	0.5
Mpiksje gjaku	67 (9.9)	17 (4.7)	<0.01
Kancer gjiri	41 (6.0)	14 (3.9)	0.1
Sëmundje të tiroides	121(17.8)	50 (13.9)	0.08

-Hipertension kanë 361 (53.2%) nëna që jetojnë në qytet dhe 244 (67.6) e nënave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

- Diabet kanë 241 (35.5%) nëna që jetojnë në qytet dhe 129 (35.7%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

- Ca në zorrë kanë 62 (9.1%) nëna që jetojnë në qytet dhe 16 (4.4%) e nënave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

-Krizë në zemër kanë (infarkt) pësuar 97(14.3%) nëna që jetojnë në qytet dhe 50 (13.9%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.8$).

-Osteoporozë kanë 182 (26.8%) nëna që jetojnë në qytet dhe 91 (25.2%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

- Ca ovarian kanë 39 (5.7%) nëna që jetojnë në qytet dhe 13 (3.6%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

- Goditje/hemoragji në tru kanë pësuar 54 (8%) nëna që jetojnë në qytet dhe 23 (6.4%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.4$).

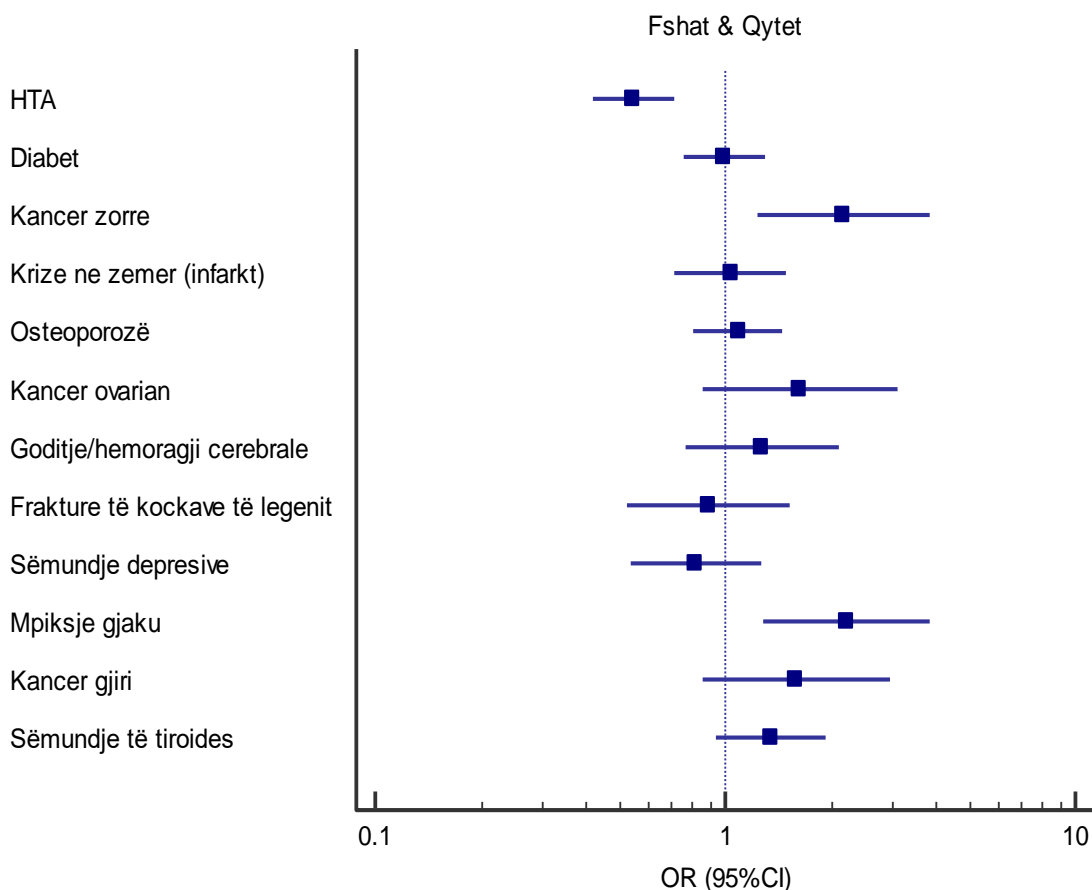


Figura 3. 30 Historia e nënës për pjesmarrëset sipas vendbanimit (OR, 95%CI)

- Frakturë të kockave të legenit kanë pësuar 39 (5.7%) nëna që jetojnë në qytet dhe 23 (6.4%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.9$).

-Nga sëmundja depresive vuajnë 60 (8.8%) nëna që jetojnë në qytet dhe 38 (10.5%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

- Mpiksje gjaku kanë 67 (9.9%) nëna që jetojnë në qytet dhe 17 (4.7%) e nënave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

- Ca gjirikanë 41 (6%) nëna që jetojnë në qytet dhe 14 (3.9%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

- Sëmundje të tiroides kanë 121(17.8%) nëna që jetojnë në qytet dhe 50 (13.9%) e nënave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.08$).

Tabela 3. 22 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
aktivitet_fizik					
Anjeherë	236 (22.9)	33 (14.9)	159 (23.5)	44 (33.1)	
Çdo ditë	263 (25.5)	67 (30.3)	168 (24.9)	28 (21.1)	
Herë pas here	159 (15.4)	37 (16.7)	106 (15.7)	16 (12.0)	<0.01
Rrallë	243 (23.6)	49 (22.2)	159 (23.5)	35 (26.3)	
Të paktën 3 herë në javë	129 (12.5)	35 (15.8)	84 (12.4)	10 (7.5)	
Nëse PO_çloj_aktiviteti					
Joga	8 (1.0)	2 (1.1)	5 (1.0)	1 (1.1)	
Palester	34 (4.5)	13 (7.2)	20 (4.0)	1 (1.1)	
Tjetër	48 (6.3)	11 (6.1)	25 (5.1)	12 (13.8)	0.02
Vrap/ecje	672 (88.2)	155 (85.6)	444 (89.9)	73 (83.9)	
probleme_gjumi					
Jo	473 (46.2)	98 (44.7)	321 (47.8)	54 (40.3)	
Po	551 (53.8)	121 (55.3)	350 (52.2)	80 (59.7)	0.2
mare_ilaçe_gjumi					
Jo	667 (72.7)	155 (78.3)	437 (72.5)	75 (64.7)	
Po	250 (27.3)	43 (21.7)	166 (27.5)	41 (35.3)	<0.01
dietë_të_veçantë					
Jo	760 (74.3)	166 (75.5)	504 (75.1)	90 (68.2)	
Po	263 (25.7)	54 (24.5)	167 (24.9)	42 (31.8)	0.2
nësePO_me_çfarë_diete					
Më pak karbohidrate	63 (25.2)	11 (22.0)	40 (25.2)	12 (29.3)	
Më pak yndyrna	119 (47.6)	25 (50.0)	75 (47.2)	19 (46.3)	
Shumë proteina	36 (14.4)	-12	26 (16.4)	4 (9.8)	0.8
Vegjetariane	32 (12.8)	8 (16.0)	18 (11.3)	6 (14.6)	
dietë_për_peshë					
Jo	898 (89.9)	192 (89.3)	590 (90.2)	116 (89.2)	0.9
Po	101 (10.1)	23 (10.7)	64 (9.8)	14 (10.8)	
kos					
Jo	195 (19.5)	49 (22.8)	120 (18.3)	26 (20.0)	0.3
Po	807 (80.5)	166 (77.2)	537 (81.7)	104 (80.0)	
djath					
Jo	240 (24.0)	48 (22.3)	159 (24.2)	33 (25.4)	0.7
Po	762 (76.0)	167 (77.7)	498 (75.8)	97 (74.6)	

Tabela 3. 23 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
tjetër					
Jo	879 (87.7)	192 (89.3)	571 (86.9)	116 (89.2)	0.5
Po	123 (12.3)	23 (10.7)	86 (13.1)	14 (10.8)	
qumësht					
Jo	320 (31.9)	59 (27.4)	219 (33.3)	42 (32.3)	0.2
Po	682 (68.1)	156 (72.6)	438 (66.7)	88 (67.7)	
pini_cigare					
Jo	855 (82.2)	185 (83.7)	558 (81.6)	112 (83.0)	0.7
Po	185 (17.8)	36 (16.3)	126 (18.4)	23 (17.0)	
sa_pini_nditë					
5-10 cigare	87 (47.0)	14 (38.9)	60 (47.6)	13 (56.5)	0.5
11-15-cigare	59 (31.9)	1 (30.6)	42 (33.3)	6 (26.1)	
>15 cigare	39 (21.1)	11 (30.6)	24 (19.0)	4 (17.4)	
pini_kafe					
Jo	91 (8.8)	17 (7.7)	56 (8.2)	18 (13.3)	0.1
Po	949 (91.2)	204 (92.3)	628 (91.8)	117 (86.7)	
pini_alkol					
Jo	941 (90.5)	186 (84.2)	630 (92.1)	125 (92.6)	<0.01
Po	99 (9.5)	35 (15.8)	54 (7.9)	10 (7.4)	

Rreth 1/4 e grave (22.9%) nuk kryejnë asnjëherë aktivitet fizik, 25.5% e tyre kryen çdo ditë, 15.4% herë pas herë, rrallë 23.6% dhe të paktën 3 herë në javë 12.5% e tyre, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive ($p<0.01$).

Mbizotëron aktiviteti i vrap/ecje ne 88.2% të grave ndjekur nga palester (4.5%), joga (1%) dhe tjetër (6.3%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive ($p<0.01$).

Mbizotërojnë problemet e gjumit në shumicën e grave (53.8%) me ndryshim sinjifikant me ato që nuk kanë probleme (46.2%), ($p=0.01$).

250 prej grave ose 27.3% e tyre marrin medikamente gjumi, 25.7% janë në dietë të veçantë, e cila konsiston në pak yndyra (47.6%), më pak karbohidrate (25.2%), shumë proteina (14.4%) dhe vegjetariane (12.8%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive ($p<0.01$).

-Dietë për rënie peshë përdorin 10.1% e grave, shumica e grave përdorin kos (80.5%), djath (76%) dhe qumësht (68.1%).

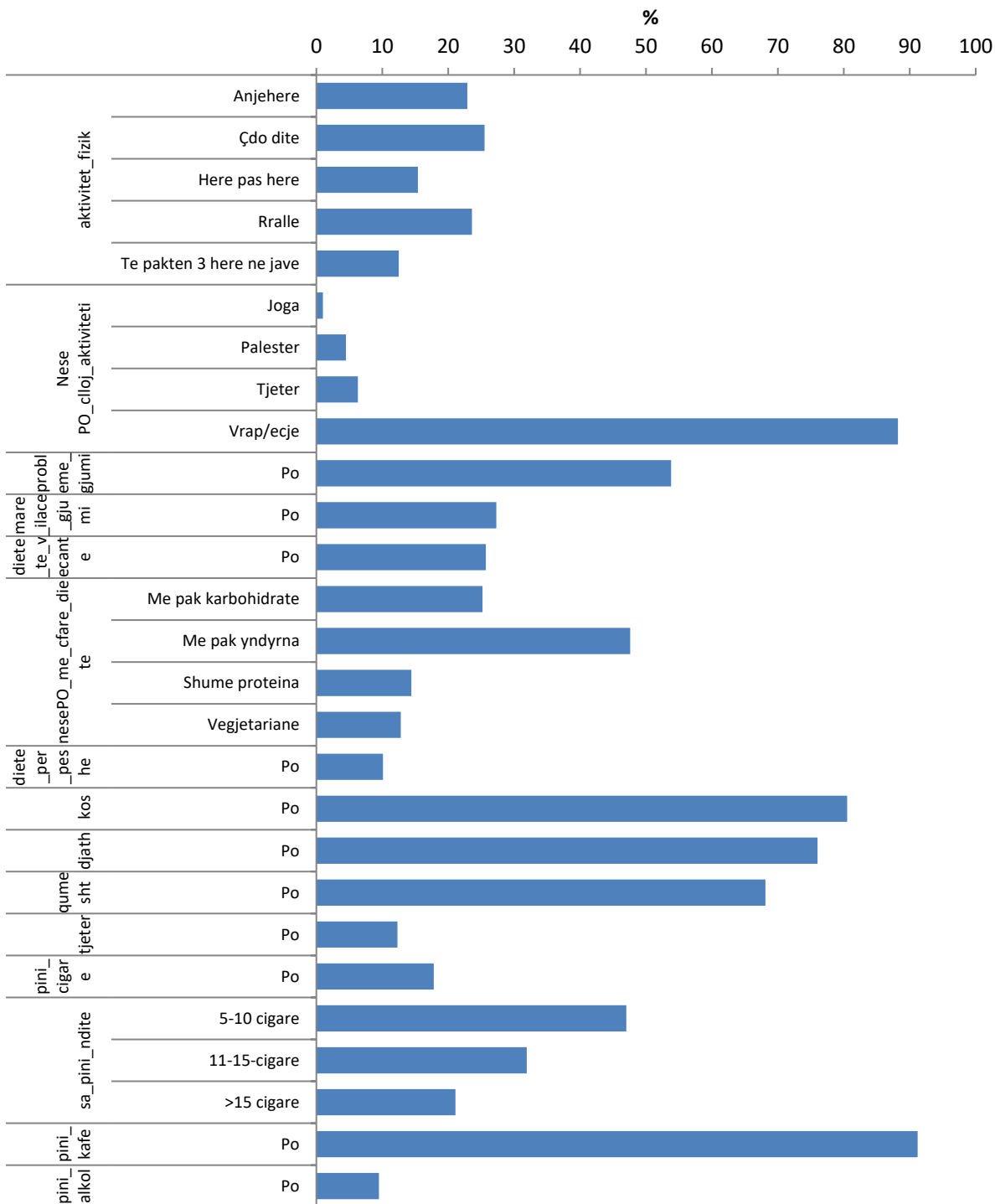


Figura 3. 31 Sjellje (zakone) personale për totalin e rasteve

Duhanpirja u gjet në 185 (17.8%) të grave (95% CI 15.5 – 20.3), kafe pijnë 91.2% e grave ndërsa alkool 9.5% e tyre (95% CI 7.8 – 11.4).

Mbizotërojnë gratë që pinë 5-10 cigare në ditë (47%) ndjekur nga ato që pinë 11-15 cigare në ditë (31.9%) dhe ato me >15 cigare në ditë (21.1%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive ($p<0.01$).

Në lidhje me grupmoshën, u gjet një trend linear sinjifikant i rënies së frekuences së aktivitetit fizik me rritjen e grupmoshës ($p<0.01$).

Palestrën e frekuenton më tepër grupmosha ≤ 50 vj (7.2%) ndërsa grupmosha 61+vjeç merret me tjetër aktivitet fizik (13%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive ($p=0.02$).

Gjithashtu, u gjet një trend linear sinjifikant i rritjes së frekuences së marrjes së medikamenteve të gjumit me rritjen e grupmoshës ($p<0.01$) dhe i rënies së përdorimit të alkoolit me rritjen e grupmoshës ($p<0.01$).

Tabela 3. 24 Sjellje (zakone) personale të pjesëmarrësve sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n(%)	P
Sa shpesh bëni aktivitet fizik/ushtrime			
Çdo ditë	133(19.6)	130(36.0)	<0.01
Të paktën 3 herë në javë	98(14.4)	31(8.6)	<0.01
Herë pas here	116(17.1)	43(11.9)	0.03
Rrallë	165(24.3)	78(21.6)	0.4
Anjeherë	158(23.3)	78(21.6)	0.6
Nëse PO çfarë aktiviteti bëni?			
Vrap/ecje	437(83.7)	235(82.5)	0.8
Palestër	27(5.2)	7(2.5)	0.1
Joga	5(1)	3(1.1)	0.8
Tjetër	24(4.6)	24(8.4)	0.03
Keni probleme me gjumin?			
A keni marrë ndonjëherë medikamente gjumi?	351(51.7)	200(55.4)	0.4
A jeni duke marrë një dietë të veçantë	174(25.6)	76(21.1)	0.2
A jeni duke marrë një dietë të veçantë			
Nëse PO, me çfarë?	197 (29.6)	66 (18.5)	<0.01
Më pak yndyrna	90(13.3)	29 (8.0)	0.01
Më pak karbohidrate	45 (6.6)	18 (5.0)	0.4
Shumë proteina	28 (4.1)	8 (2.2)	0.1
Vegjetariane	26 (3.8)	6 (1.8)	0.08
Pa përgjigje	21(3.1)	9(2.5)	0.7
A përdorni ndonjë dietë për të rënë në peshë?			
Konsumoni në ditë qumësht?	71(10.5)	30(8.3)	0.3
Konsumoni në ditë kos?	433(63.8)	249(69)	0.2
Konsumoni në ditë kos?	522(76.9)	285(78.9)	0.4

Konsumoni në ditë djath?	501 (73.8)	261(72.3)	0.7
Konsumoni në ditë dicka tjetër?	73(10.8)	50(13.9)	0.2
A pini duhan (cigare)?	127(18.7)	58(16.1)	0.3
Sa cigare pini në ditë			
5-10 cigare	57 (44.9)	30 (51.7)	0.9
11-15-cigare	41 (32.3)	18 (31.0)	0.6
>15 cigare	29 (22.8)	10 (17.2)	0.3
A pini kafe?	629(92.6)	320(88.6)	0.04
A pini alkool?	78(11.5)	21(5.8)	<0.01

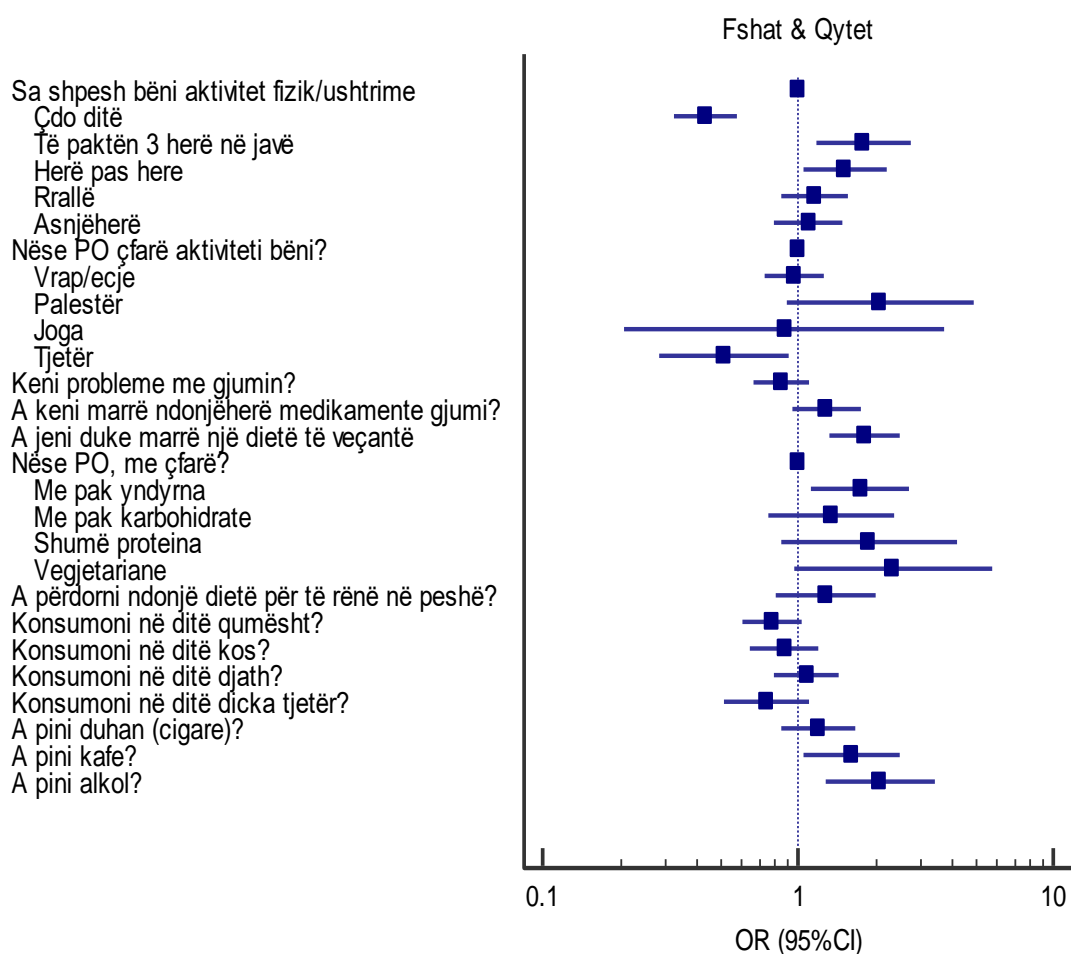


Figura 3. 32 Sjellje (zakone) personale të pjesmarrësve sipas vendbanimit

-Vërehet se 133 (19.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 130 (36%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë aktivitet fizik/ushtrime çdo ditë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

-Vërehet se 98 (14.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 31 (8.6%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë aktivitet fizik/ushtrime të paktën 3 herë në javë me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- 116 (17.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 43 (11.9%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë aktivitet fizik/ushtrime herë pas here, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.03$).

- 165 (24.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 78 (21.6%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë aktivitet fizik/ushtrime rralle, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- 158 (23.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 78 (21.6%) prej tyre që jetojnë në fshat nuk bëjnë asnjëherë aktivitet fizik/ushtrime, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$).

- 437 (83.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 235 (82.5%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë vrap/ecje si aktivitet fizik, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.8$).

- 27 (5.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 7 (2.5%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë palester si aktivitet fizik, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

- 5 (1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 3 (1.1%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë joga si aktivitet fizik, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.8$).

- 24 (4.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 3 (1.1%) prej tyre që jetojnë në fshat bëjnë aktivitete të tjera fizike, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.03$).

- 351 (51.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 200 (55.4%) prej tyre që jetojnë në fshat kanë probleme me gjumin, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.4$).

- 174 (25.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 76 (21.1%) prej tyre që jetojnë në fshat kanë marrë ndonjëherë ilaçe gjumi, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).

- 197 (29%) e grave që jetojnë në qytet dhe 66 (18.3%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke marrë një dietë të veçantë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

90 (13.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 29 (8.0%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke marrë një dietë të veçantë pak yndyrna, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.01$).

- 45 (6.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 18 (5%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke marrë një dietë të veçantë më pak karbohidrate, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.4$).

- 28 (4.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 8 (2.2%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke marrë një dietë të veçantë më shumë proteina, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).
- 26 (3.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 6 (1.8%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke marrë një dietë të veçantë vegjetariane dhe pjesa tjetër pa përgjigje, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.08$).
- 71 (10.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 30 (8.3%) prej tyre që jetojnë në fshat janë duke përdorur dietë për të rënë në peshë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.3$).
- 433 (63.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 249 (69%) prej tyre që jetojnë në fshat kosumojnë qumësht, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).
- 522 (76.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 285 (78.9%) prej tyre që jetojnë në fshat kosumojnë kos, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.4$).
- 501 (73.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 261 (72.3%) prej tyre që jetojnë në fshat kosumojnë djath, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).
- 73 (10.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 50 (13.9%) prej tyre që jetojnë në fshat kosumojnë diçka tjetër, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).
- 127 (18.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 58 (16.1%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë duhan (cigare), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.3$).
- 57 (44.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 30 (51.7%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë 5-10 cigare në ditë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.9$).
- 41 (32.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 18 (31%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë 11-15 cigare në ditë, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$).
- 29 (22.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 10 (17.2%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë >15 cigare, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.3$).
- 629 (92.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 320 (88.6%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë kafe, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.04$).
- 78 (11.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 21 (5.8%) prej tyre që jetojnë në fshat pijnë alkool, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Tabela 3. 25 Shëndeti mendor për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ndiheni_e_mërzitur					
Jo	276 (27.2%)	54 (24.8)	182 (27.5)	40 (29.6)	
Po	739 (72.8%)	164 (75.2)	480 (72.5)	95 (70.4)	
Interes_gjera_pëlqyer					
Jo	341 (33.8%)	74 (34.1)	226 (34.4)	41 (30.6)	0.6
Po	667 (66.2%)	143 (65.9)	431 (65.6)	93 (69.4)	
Medikamente_qetësuese					
Jo	729 (72.2%)	165 (77.5)	475 (71.5)	89 (66.9)	0.08
Po	281 (27.8%)	48 (22.5)	189 (28.5)	44 (33.1)	

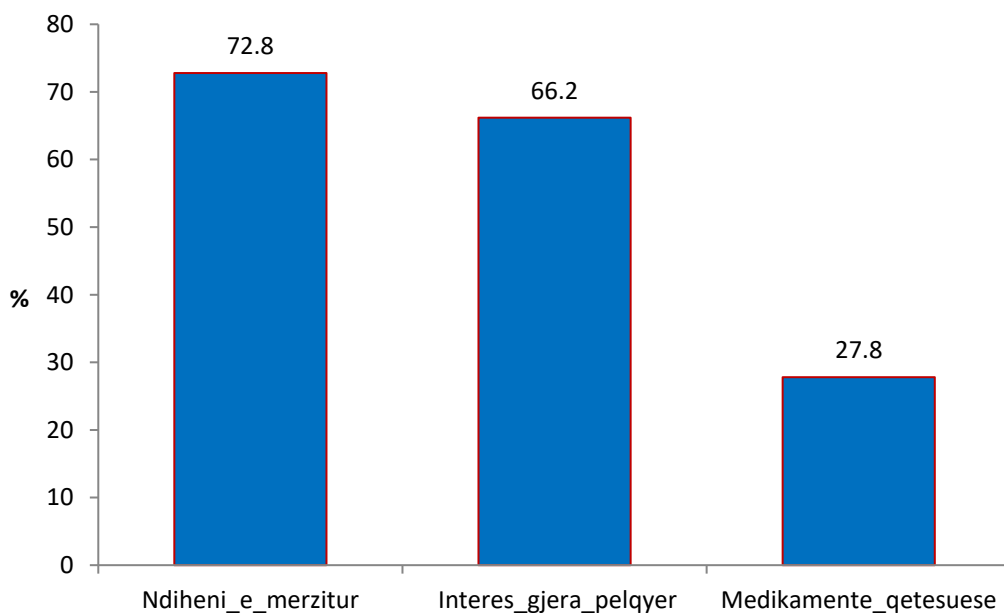


Figura 3. 33 Shëndeti mendor për totalin e rasteve

Në lidhje me shëndetin mendor, mbizotëron mërzia në shumicën (72.8%) të grave ($p < 0.01$), shumica e tyre (66.2%) kanë më pak interes për gjërat që më parë kanë pëlqyer ($p < 0.01$), ndërsa medikamente qetësuese marrin rreth ¼ e tyre (27.8%). Nuk u gjet ndryshim sinjifikant në shëndetit mendor sipas grupmoshës.

Tabela 3. 26 Shëndeti mendor i pjesmarrësve sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
A ndiheni shpesh e mërzitur/nervoze?	469 (69.1)	270 (74.8)	0.1
A keni më pak interes për gjërat që më parë ju kanë pelqyer?	414 (61.0)	253 (70.1)	0.01
A keni marrë medikamente qetësuese?	187 (27.5)	94 (26.0)	0.5

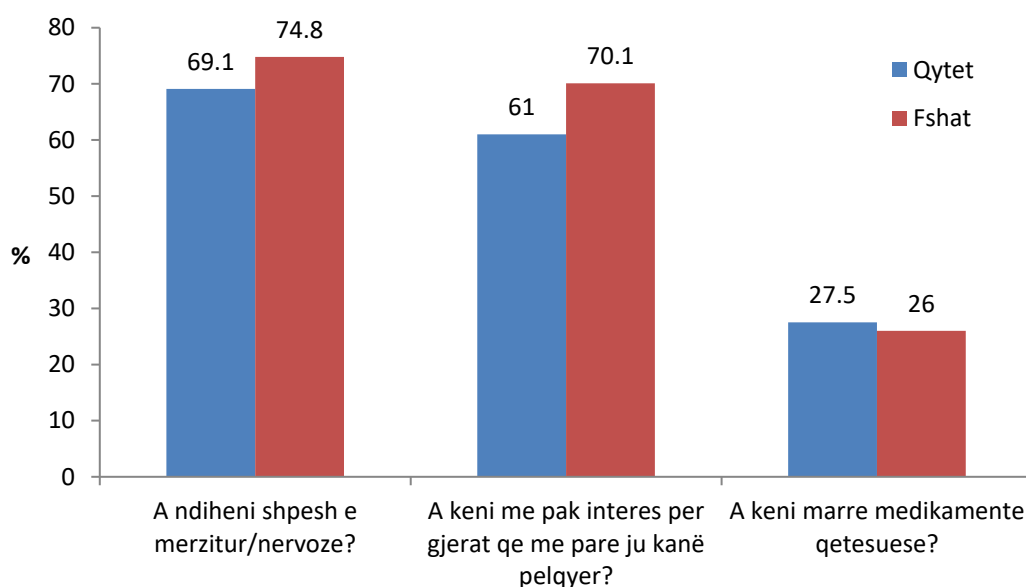


Figura 3. 34 Shëndeti mendor i pjesmarrësve sipas vendbanimit

Vërehet se ndihen shpeshë të mërzitur/nervoze 469 (69.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 270 (74.8%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

Vërehet se kanë marrë medikamente qetësuese 187 (27.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 94 (26%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).

Mungesa e interesit për gjërat që më parë kanë pëlqyer është më e shpeshtë te gratë që jetojnë në fshat 253 (70.1%) krahasuar me 414 (61%) e grave që jetojnë në qytet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.01$).

Tabela 3. 27 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve

Simptomat në menopauzë	N	%
Dhimbje kyçesh, muskujsh	833	80.1
Afshe të nxehta	810	77.9
Lodhje e zakonshme	804	77.3
Dhimbje koke	748	71.9
Vështirësi gjumi	706	67.9
Djersitje natën	687	66.1
Shtim në peshë	679	65.3
Fryerje stomaku	654	62.9
Gazra, konstipacion	648	62.3
Rrahje të shpeshta_zemre	623	59.9
Lëkurë të leshuar	596	57.3
Nervoze, depressive	586	56.3
Përqendrim, kujtesë e dobët	583	56.1
Urinitim i shpeshtë	511	49.1
Vaginë të thatë	429	41.3
Të qara të shpeshta	393	37.8
Dhimbje, djegie në urinim	321	30.9
Rrjedhje, infeksion vaginal	231	22.2
Dhimbje gjatë aktit seksual	221	21.3
Dhimbje në brendësi në aktin seksual	176	16.9
Hemoragji gjatë aktit seksual	96	9.2

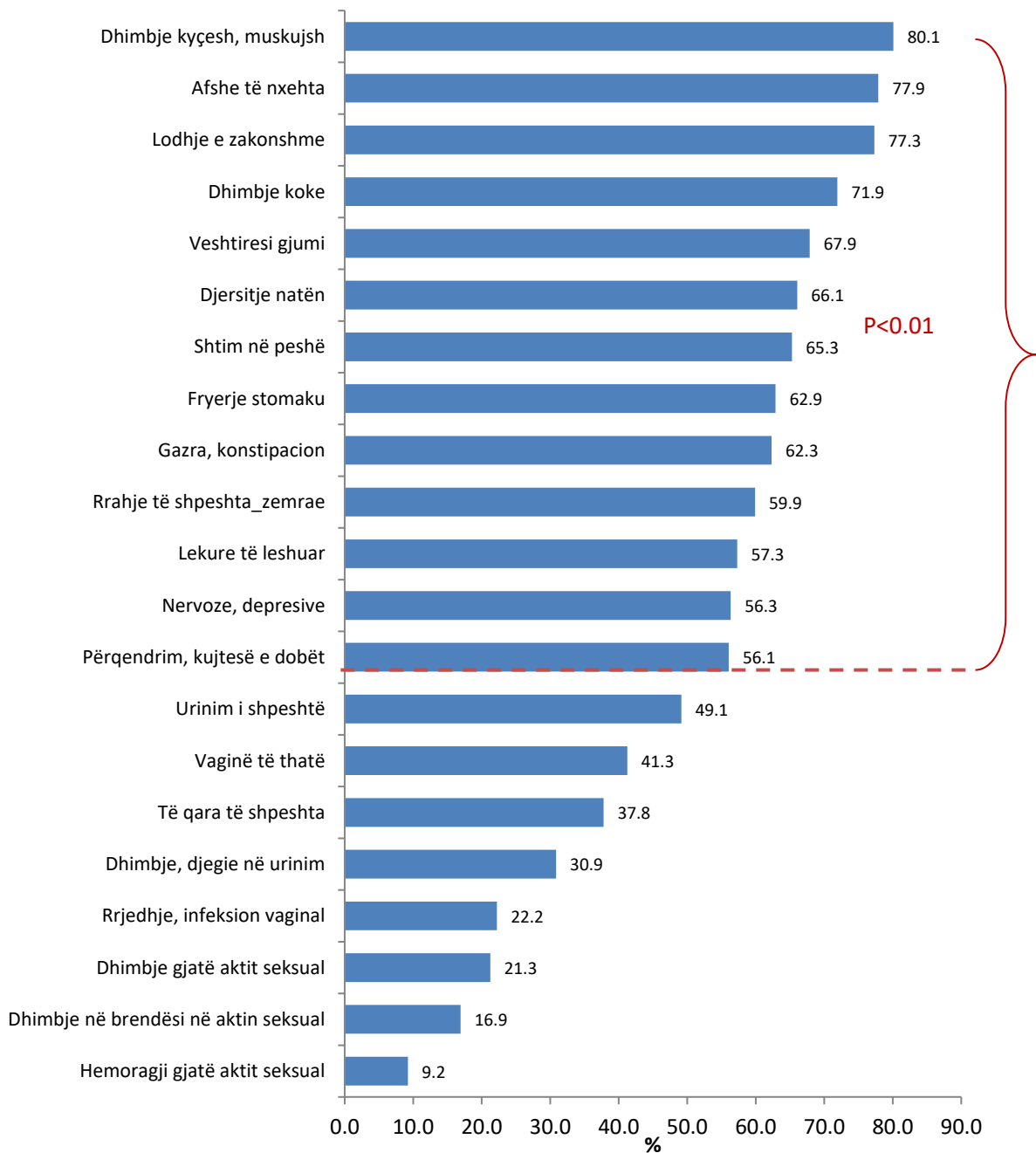


Figura 3. 35 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve

Tabela 3. 28 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj	51-60 vj	61+ vj	P
		(n=221)	(n=684)	(n=135)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Afshe_nxehta					
Nuk kam	230 (22.1)	36 (16.3)	146 (21.3)	48 (35.6)	<0.01
Pak	307 (29.5)	72 (32.6)	198 (28.9)	37 (27.4)	
Mesatarisht	295 (28.4)	60 (27.1)	214 (31.3)	21 (15.6)	
Shpesh	208 (20.0)	53 (24.0)	126 (18.4)	29 (21.5)	
Djersisni_natën					
Nuk kam	353 (33.9)	76 (34.4)	227 (33.2)	50 (37.0)	0.5
Pak	348 (33.5)	74 (33.5)	236 (34.5)	38 (28.1)	
Mesatarisht	194 (18.7)	42 (19.0)	130 (19.0)	22 (16.3)	
Shpesh	145 (13.9)	29 (13.1)	91 (13.3)	25 (18.5)	
Vështirësi_gjumi					
Nuk kam	334 (32.1)	70 (31.7)	225 (32.9)	39 (28.9)	0.6
Pak	319 (30.7)	67 (30.3)	215 (31.4)	37 (27.4)	
Mesatarisht	186 (17.9)	37 (16.7)	119 (17.4)	30 (22.2)	
Shpesh	201 (19.3)	47 (21.3)	125 (18.3)	29 (21.5)	
Rrahje_shpeshhta_zemra					
Nuk kam	417 (40.1)	89 (40.3)	288 (42.1)	40 (29.6)	0.01
Pak	349 (33.6)	67 (30.3)	236 (34.5)	46 (34.1)	
Mesatarisht	199 (19.1)	48 (21.7)	119 (17.4)	32 (23.7)	
Shpesh	75 (7.2)	17 (7.7)	41 (6.0)	17 (12.6)	
Lëkurë_të_lëshuar					
Nuk kam	444 (42.7)	106 (48.0)	289 (42.3)	49 (36.3)	0.05
Pak	351 (33.7)	67 (30.3)	243 (35.5)	41 (30.4)	
Mesatarisht	177 (17.0)	33 (14.9)	109 (15.9)	35 (25.9)	
Shpesh	68 (6.5)	15 (6.8)	43 (6.3)	10 (7.4)	
Lodhur_zakonisht					
Nuk kam	236 (22.7)	49 (22.2)	162 (23.7)	25 (18.5)	0.1
Pak	330 (31.7)	74 (33.5)	222 (32.5)	34 (25.2)	
Mesatarisht	292 (28.1)	59 (26.7)	192 (28.1)	41 (30.4)	
Shpesh	182 (17.5)	39 (17.6)	108 (15.8)	35 (25.9)	
Përqendrim_kujtesë_dobët					
Nuk kam	457 (43.9)	103 (46.6)	313 (45.8)	41 (30.4)	<0.01
Pak	314 (30.2)	70 (31.7)	203 (29.7)	41 (30.4)	
Mesatarisht	167 (16.1)	32 (14.5)	99 (14.5)	36 (26.7)	
Shpesh	102 (9.8)	16 (7.2)	69 (10.1)	17 (12.6)	

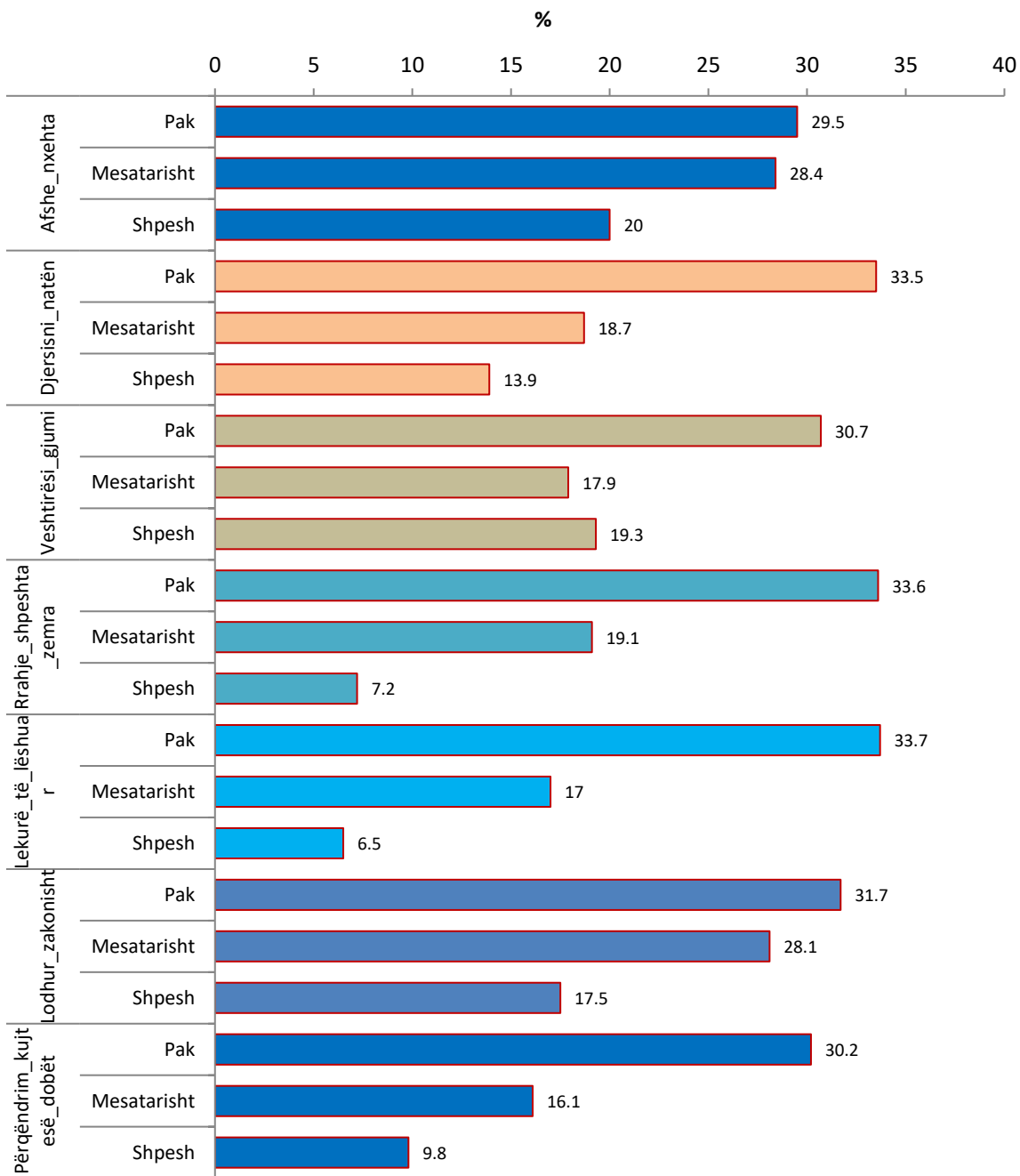


Figura 3. 36 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve

Tabela 3. 29 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e pjesmarrësve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Nervoze_depresive					
Nuk kam	446 (42.9)	95 (43.0)	296 (43.3)	55 (40.7)	0.5
Pak	321 (30.9)	61 (27.6)	220 (32.2)	40 (29.6)	
Mesatarisht	176 (16.9)	45 (20.4)	103 (15.1)	28 (20.7)	
Shpesh	97 (9.3)	20 (9.0)	65 (9.5)	12 (8.9)	
Të_qara_shpeshta					
Nuk kam	647 (62.2)	142 (64.3)	427 (62.4)	78 (57.8)	0.1
Pak	194 (18.7)	45 (20.4)	122 (17.8)	27 (20.0)	
Mesatarisht	112 (10.8)	23 (10.4)	68 (9.9)	21 (15.6)	
Shpesh	87 (8.4)	11 (5.0)	67 (9.8)	9 (6.7)	
Dhimbje_koke					
Nuk kam	292 (28.1)	59 (26.7)	192 (28.1)	41 (30.4)	0.5
Pak	329 (31.6)	69 (31.2)	220 (32.2)	40 (29.6)	
Mesatarisht	258 (24.8)	57 (25.8)	161 (23.5)	40 (29.6)	
Shpesh	161 (15.5)	36 (16.3)	111 (16.2)	14 (10.4)	
Urinim_shpeshtë					
Nuk kam	529 (50.9)	115 (52.0)	353 (51.6)	61 (45.2)	0.05
Pak	300 (28.8)	59 (26.7)	205 (30.0)	36 (26.7)	
Mesatarisht	134 (12.9)	33 (14.9)	82 (12.0)	19 (14.1)	
Shpesh	77 (7.4)	14 (6.3)	44 (6.4)	19 (14.1)	
Dhimbje_djegje_urinim					
Nuk kam	719 (69.1)	166 (75.1)	466 (68.1)	87 (64.4)	0.05
Pak	207 (19.9)	39 (17.6)	144 (21.1)	24 (17.8)	
Mesatarisht	73 (7.0)	11 (5.0)	48 (7.0)	14 (10.4)	
Shpesh	41 (3.9)	5 (2.3)	26 (3.8)	10 (7.4)	
Gazra_konstipacion					
Nuk kam	392 (37.7)	72 (32.6)	276 (40.4)	44 (32.6)	<0.01
Pak	302 (29.0)	70 (31.7)	194 (28.4)	38 (28.1)	
Mesatarisht	211 (20.3)	58 (26.2)	132 (19.3)	21 (15.6)	
Shpesh	135 (13.0)	21 (9.5)	82 (12.0)	32 (23.7)	
Vagine_të_thatë					
Nuk kam	611 (58.7)	133 (60.2)	415 (60.7)	63 (46.7)	<0.01
Pak	298 (28.7)	54 (24.4)	195 (28.5)	49 (36.3)	
Mesatarisht	98 (9.4)	30 (13.6)	51 (7.5)	17 (12.6)	
Shpesh	33 (3.2)	4 (1.8)	23 (3.4)	6 (4.4)	

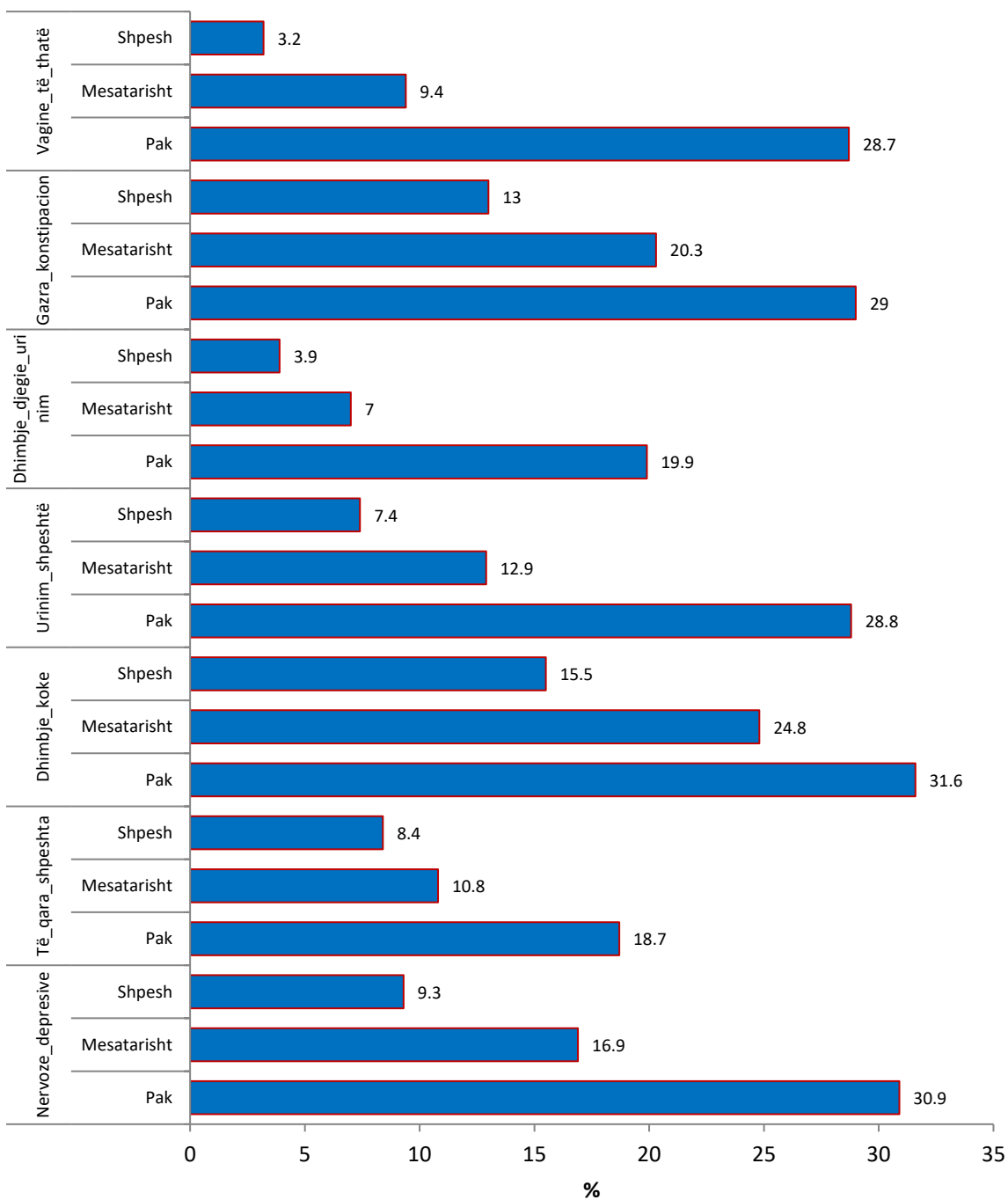


Figura 3. 37 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve

Tabela 3. 30 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Rrjedhje_infek_vaginal					
Nuk kam	809 (77.8)	163 (73.8)	535 (78.2)	111 (82.2)	0.4
Pak	180 (17.3)	44 (19.9)	119 (17.4)	17 (12.6)	
Mesatarisht	46 (4.4)	13 (5.9)	26 (3.8)	7 (5.2)	
Shpesh	5 (0.5)	1 (0.5)	4 (0.6)	0	
Dhimbje_akt_seksual					
Nuk kam	819 (78.7)	166 (75.1)	544 (79.5)	109 (80.7)	0.01
Pak	158 (15.2)	39 (17.6)	106 (15.5)	13 (9.6)	
Mesatarisht	46 (4.4)	13 (5.9)	26 (3.8)	7 (5.2)	
Shpesh	20 (1.9)	5 (2.3)	14 (2.0)	1 (0.7)	
Dhimbje_brendesi_seksual					
Nuk kam	864 (83.1)	185 (83.7)	572 (83.6)	107 (79.3)	0.3
Pak	125 (12.0)	25 (11.3)	82 (12.0)	18 (13.3)	
Mesatarisht	36 (3.5)	10 (4.5)	18 (2.6)	8 (5.9)	
Shpesh					
Hemoragji_aktit_seksual					
Nuk kam	944 (90.8)	204 (92.3)	624 (91.2)	116 (85.9)	0.3
Pak	70 (6.7)	14 (6.3)	44 (6.4)	12 (8.9)	
Mesatarisht	14 (1.3)	2 (0.9)	8 (1.2)	4 (3.0)	
Shpesh	12 (1.2)	1 (0.5)	8 (1.2)	3 (2.2)	
Fryerje_stomaku					
Nuk kam	386 (37.1)	79 (35.7)	257 (37.6)	50 (37.0)	0.6
Pak	280 (26.9)	65 (29.4)	181 (26.5)	34 (25.2)	
Mesatarisht	14 (1.3)	2 (0.9)	8 (1.2)	4 (3.0)	
Shpesh	132 (12.7)	20 (9.0)	92 (13.5)	20 (14.8)	
Shtim_peshe					
Nuk kam	361 (34.7)	73 (33.0)	240 (35.1)	48 (35.6)	0.2
Pak	335 (32.2)	79 (35.7)	225 (32.9)	31 (23.0)	
Mesatarisht	189 (18.2)	40 (18.1)	120 (17.5)	29 (21.5)	
Shpesh	155 (14.9)	29 (13.1)	99 (14.5)	27 (20.0)	
Dhimbje_kyçesh_muskujsh					
Nuk kam	207 (19.9)	42 (19.0)	144 (21.1)	21 (15.6)	<0.01
Mesatarisht	240 (23.1)	57 (25.8)	156 (22.8)	27 (20.0)	
Pak	311 (29.9)	77 (34.8)	201 (29.4)	33 (24.4)	
Shpesh	282 (27.1)	45 (20.4)	183 (26.8)	54 (40.0)	

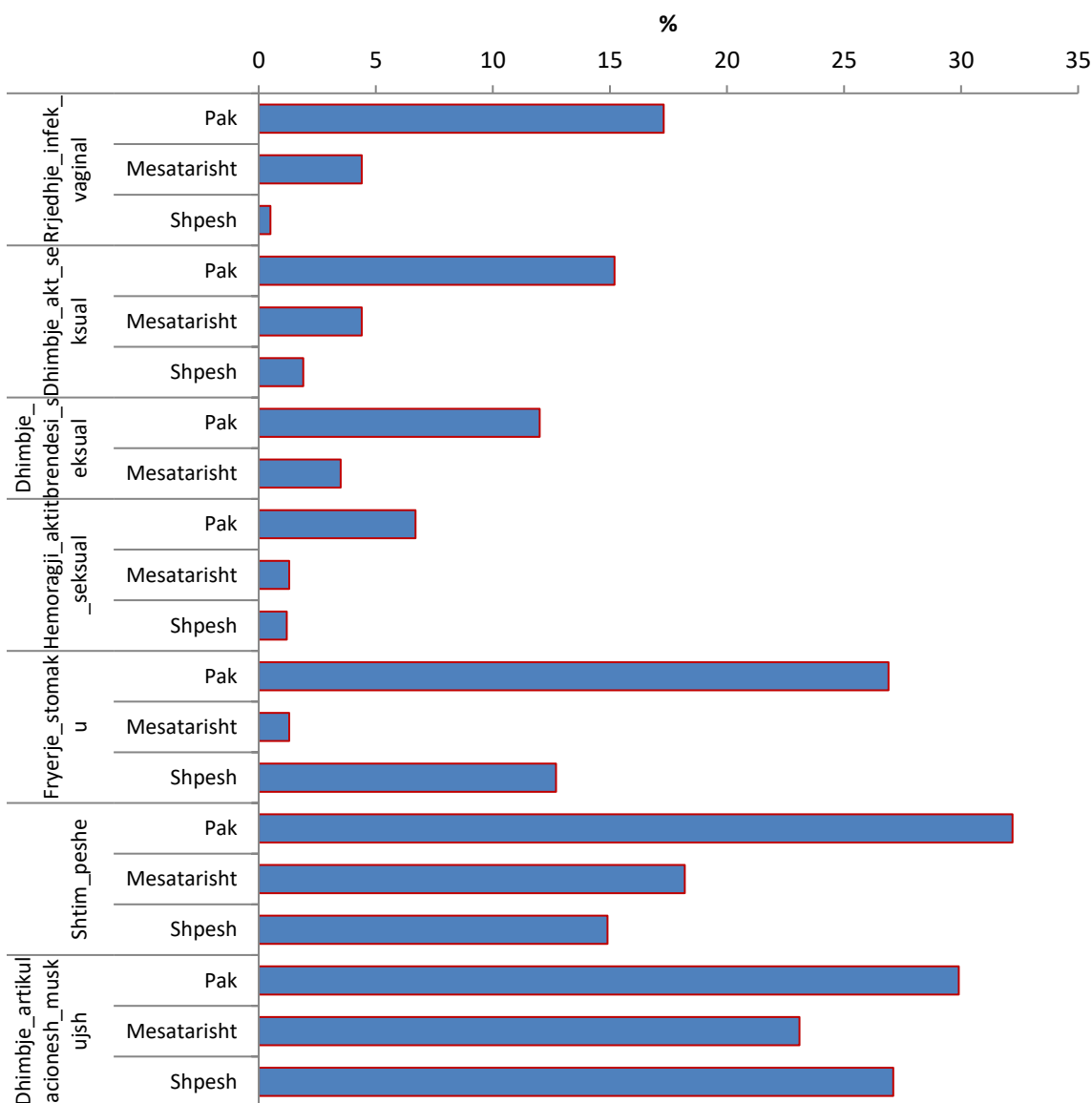


Figura 3. 38 Lista e simptomave në menopauzë për totalin e rasteve

Në totalin e grave simptoma kanë shfaqur 833 ose 80% e tyre.

Simptomat e shfaqura te gratë janë dhimbje artikulacionesh/muskujsh (80.1%), afshet e nxehta (77.9%), lodhje e zakonshme (77.3%), dhimbje koke (71.9%), vështirësia për gjumë (67.9%), djersitja natën (66.1%), shtim në peshe (55.3%), fryerje stomaku (62.9%), gazra konstipacion (62.3%), rrahje të shpeshta zemre (59.9%), lëkurë e lëshuar (57.3%), nervoze/depresive janë (56.3%), përqëndrim dhe kujtesë e dobët (56.1%), urinim të shpeshtë (49.1%), vaginë të thatë (41.3%), të qara të shpeshta kanë (37.8%), dhimbje/djegje gjatë urinimit (30.9%), rrjedhje/infeksion vaginal (22.2%), dhimbje gjatë

aktit seksual referojnë 21.3%, dhimbje në brendësi gjatë aktit seksual referojne 16.9%, dhe hemorragji gjatë aktit (9.2%).

Afshet e nxehta mesatare dhe të shpeshta mbizotërojnë në grupmoshën ≤50 vjeç (83.7%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p < 0.01$). Rrahjet e shpeshta të zemrës mbizotërojnë në grupmoshën 61+ vjeç (70.4%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p = 0.05$).

Lëkura e lëshuar mbizotëron në grupmoshën 61+ vjeç (63.7%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p = 0.05$).

Përqëndrimi dhe kujtesa e dobët mbizotërojnë në grupmoshën 61+ vjeç (70.4%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p = 0.05$).

Urinim i shpeshtë ($p = 0.05$), dhimbja/djegia gjatë urinimit ($p = 0.05$), gazra konstipacion ($p < 0.01$) dhe vagina e thatë ($p < 0.01$) janë më të shpeshta në grupmoshën 61+ vjeç.

Dhimbja gjate aktit seksual është më e shpeshtë në grupmoshën ≤50 vjeç (26.8%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p = 0.01$).

Dhimbja e artikulacioneve/muskujve është më e shpeshtë në grupmoshën 61+ vjeç (84.4%), me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera ($p < 0.01$).

Tabela 3. 31 Shpeshtësia e simptomave sipas kohës së menopauses

Simptomat	Menopauza		P
	Në kohë	E hershme	
Hemoragji gjatë aktit seksual	81 (9.1)	15 (9.7)	0.9
Dhimbje në brendësi në aktin seksual	143 (16.1)	33 (21.4)	0.1
Dhimbje gjatë aktit seksual	183 (20.7)	38 (24.7)	0.3
Rrjedhje, infeksion vaginal	203 (22.9)	28 (18.2)	0.2
Dhimbje, djegie në urinim	276 (31.2)	45 (29.2)	0.7
Të qara të shpeshta	321 (36.2)	72 (46.8)	0.02
Urinim i shpeshtë	435 (49.1)	76 (49.4)	0.9
Vaginë të thatë	370 (41.8)	59 (38.3)	0.5
Shtim në peshë	583 (65.8)	96 (62.3)	0.4
Përqendrim, kujtesë e dobët	488 (55.1)	95 (61.7)	0.1
Nervoze, depressive	488 (55.1)	98 (63.6)	0.06
Lekurë të lëshuar	495 (55.9)	101 (65.6)	0.03
Rrahje të shpeshta_zemre	522 (58.9)	101 (65.6)	0.1
Gazra, konstipacion	554 (62.5)	94 (61.0)	0.8

Djersitje natën	579 (65.3)	108 (70.1)	0.3
Vështirësi gjumi	595 (67.2)	111 (72.1)	0.3
Dhimbje koke	634 (71.6)	114 (74.0)	0.6
Dhimbje kyçesh, muskujsh	715 (80.7)	118 (76.6)	0.3
Lodhje e zakonshme	688 (77.7)	116 (75.3)	0.6
Afshe të nxehta	693 (78.2)	117 (76.0)	0.6
Fryerje stomaku	562 (63.4)	92 (59.7)	0.4

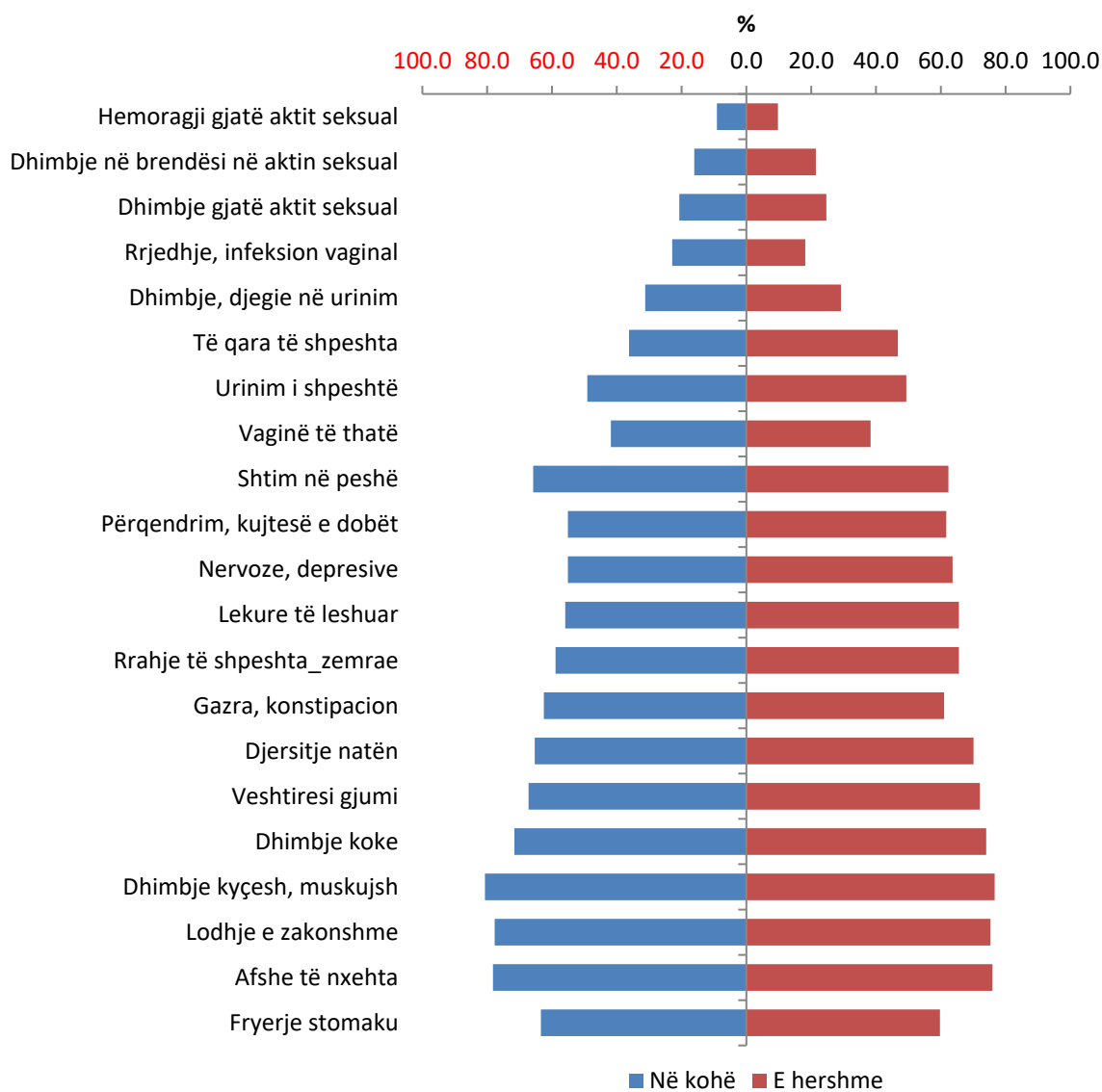


Figura 3.39 Shpeshtësia e simptomave sipas kohës së menopauzës

Përsa i përket shpeshtësisë së simptomave sipas kohës së menopauzës në studim u gjet që “të qarat e shpeshta” (46.8%) dhe lëkuar e lëshuar (65.6%) ishin më të shpeshta në menopauzën e hershme krahasuar me menopauzën në kohë në përkatësisht 36.2% dhe 55.9%.

Tabela 3. 32 Shpeshtësia e simptomave sipas viteve në menopauzë

Simptomat	<5 vite	5-10 vite	11-16 vite	>16 vite	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Afshe të nxehta	411 (82.7)	287 (77.8)	46 (67.6)	31 (55.4)	<0.01
Dhimbje, djegie në urinim	152 (30.6)	122 (33.1)	19 (27.9)	17 (30.4)	<0.01
Hemoragji gjatë aktit seksual	50 (10.1)	26 (7.0)	6 (8.8)	4 (7.1)	0.04
Fryerje stomaku	321 (64.6)	241 (65.3)	37 (54.4)	26 (46.4)	0.01
Shtim në peshë	323 (65.0)	250 (67.8)	40 (58.8)	28 (50)	0.02
Dhimbje artikulac./muskujsh	395 (79.5)	300 (81.3)	55 (80.9)	43 (76.8)	<0.01
Lodhje e zakonshme	397 (79.9)	277 (75.1)	53 (77.9)	41 (73.2)	<0.01
Përqëndrim, kujtesë e dobët	266 (53.5)	222 (60.2)	42 (61.8)	30 (53.6)	<0.01

Afshet e nxehta mbizotërojnë tek gratë <5 vite në menopauzë, 411 (82.6%) dhe 5-10 vite 287 (77.8%) me ndryshim sinjifikant me gratë me 11-16 vite (67.6%) dhe me ato me >16 vite në menopauzë (55.4%).

Dhimbja dhe djegia gjatë urinimit mbizotërojnë te gratë me 5-10 vite në menopauzë, 122 (33.1%)

Hemorragjia gjatë aktit seksual mbizotëron në gratë me <5 vite në menopauzë, 50 (10.1%)

Fryrja e stomakut mbizotëron në gratë me <5 vite, 321 (64.6%) dhe 5-10 vite, 241 (65.3%);

Shtimi në peshë mbizotëron në gratë me <5 vite, 323 (65.0%) dhe 5-10 vite, 250 (67.8%);

Dhimbja e artikulacioneve, muskujve është më e ulët te gratë > 16 vite në menopauzë, 43 (76.8%), ndërsa është pothuajse në një nivel në tre kategoritë e tjera ≈80%;

Lodhja e zakonshme është më e shpeshtë te grate <5 vite dhe 11-16 vite në menopauzë, përkatësisht nga 77.9%;

Përqëndrimi dhe kujtesa e dobët është më e shpeshtë te gratë me 5-10 vite (60.2%) dhe 11-16 vite (61.8%).

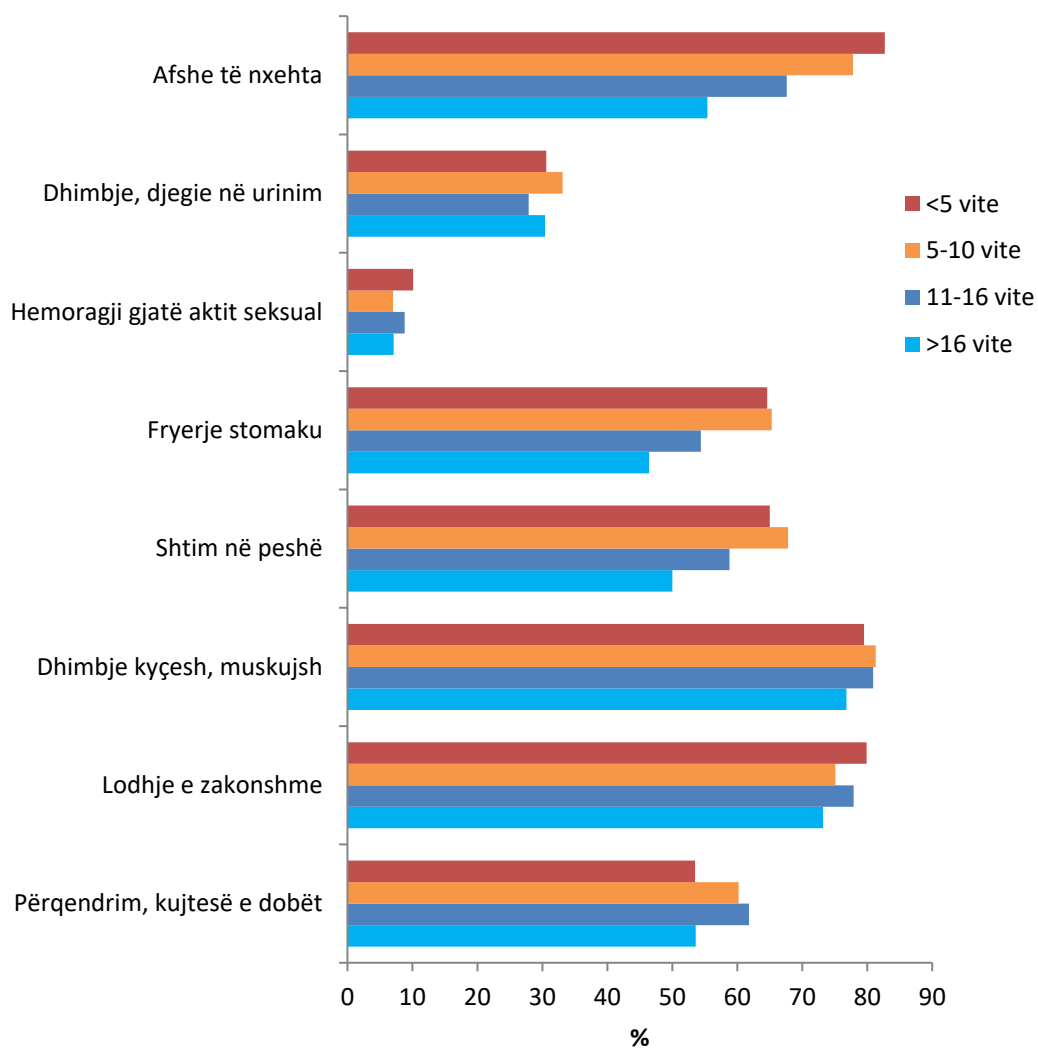


Figura 3. 40 Shpeshësia e simptomave sipas viteve në menopauzë

Tabela 3.33 Lista e simptomave në menopauzë sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat N(%)	P
A keni afshe të nxehta?			
Nuk kam	172(25.3)	58(16.1)	<0.01
Pak	177(26.1)	130(36.0)	
Mesatarisht	189 (27.8)	106 (29.4)	
Shpesh	141(20.8)	67 (18.6)	
Djersisni natën			
Nuk kam	251(37.0)	102 (28.3)	<0.01
Pak	202 (29.7)	146(40.4)	
Mesatarisht	127 (18.7)	67(18.6)	
Shpesh	99 (14.6)	46(12.7)	
Keni vështiresi tju zërë gjumi?			
Nuk kam	246(36.2)	88(24.4)	<0.01
Pak	196(28.9)	123(34.1)	
Mesatarisht	102(15)	84(23.3)	
Shpesh	135 (19.9)	66(18.6)	
Keni rrahje të shpeshta zemre?			
Nuk kam	276(40.6)	141(39.1)	0.6
Pak	229 (33.7)	120(33.2)	
Mesatarisht	130(19.1)	69(19.1)	
Shpesh	44(6.5)	31(8.6)	
Ndjeheni lekurën tuaj të lëshuar, të thatë?			
Nuk kam	299(44.0)	145(40.2)	0.2
Pak	217(32.0)	134(37.1)	
Mesatarisht	122(18.0)	55(15.2)	
Shpesh	41(6.0)	27(7.5)	
Ndjeheni më e lodhur se zakonisht?			
Nuk kam	163(24)	73(20.2)	0.1
Pak	214(31.5)	116(32.1)	
Mesatarisht	177(26.1)	115(31.9)	
Shpesh	125(18.4)	57(15.8)	
Keni përqëndrim/kujtese të dobët?			
Nuk kam	305(44.9)	152(42.1)	0.1
Pak	195(28.7)	119(33)	
Mesatarisht	118(17.4)	49(13.6)	
Shpesh	61(9)	41(11.4)	

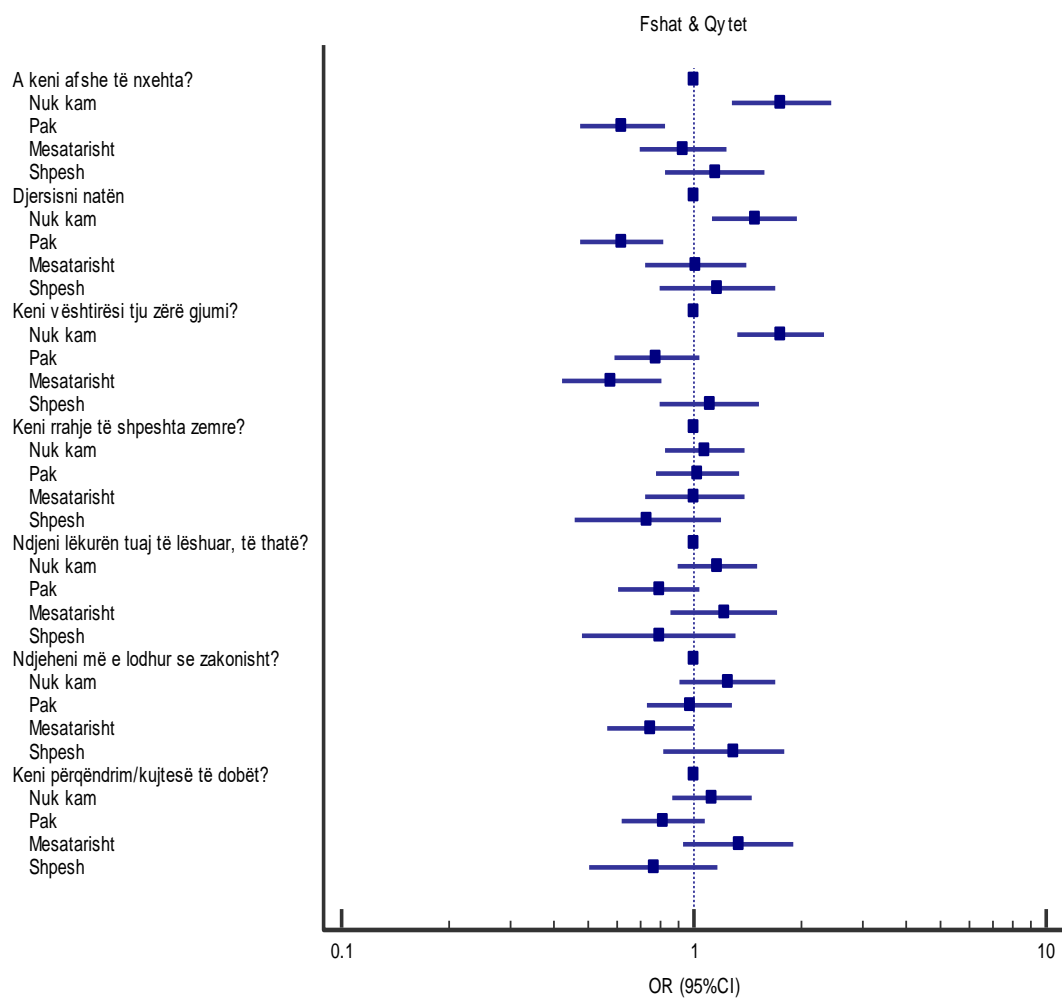


Figura 3. 41 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit

Afshet e nxehta ($p < 0.01$), djersitja natën ($p < 0.01$) dhe vështirësia për gjumë ($p < 0.01$), mbizotërojnë më tepër në fshat krahasuar me qytetin, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Tabela 3. 34 Lista e simptomave në menopauzë e pjesmarrësve sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat N(%)	P
Jeni nervoze/depresive?			
Nuk kam	292(43)	154(42.7)	0.9
Pak	213(31.4)	108(29.9)	
Mesatarisht	114(16.8)	62(17.2)	
Shpesh	60(8.8)	37(10.2)	
Keni të qara të shpeshta?			
Nuk kam	416(61.3)	231(64)	0.3
Pak	135(19.9)	59(16.3)	
Mesatarisht	76(11.2)	36(10)	
Shpesh	52(7.7)	35(9.7)	
Keni dhimbje koke?			
Nuk kam	213(31.4)	79(21.9)	<0.01
Pak	217(32)	112(31)	
Mesatarisht	150(22.1)	108(29.9)	
Shpesh	99(14.6)	62(17.2)	
Keni urinim të shpeshtë?			
Nuk kam	351(51.7)	178(49.3)	0.2
Pak	185(27.2)	115(31.9)	
Mesatarisht	95(14)	39(10.8)	
Shpesh	48(7.1)	29(8.0)	
Keni dhimbje ose djegie gjatë urinimit?			
Nuk kam	475(70)	244(67.6)	0.5
Pak	137(20.2)	70(19.4)	
Mesatarisht	44(6.5)	29(8)	
Shpesh	23(3.4)	18(5)	
Keni gazra/ fryerje apo konstipacion?			
Nuk kam	265(39)	127(35.2)	0.08
Pak	203(29.9)	99(27.4)	
Mesatarisht	122(18)	89(24.7)	
Shpesh	89(13.1)	46(12.7)	
Keni vaginë të thatë?			
Nuk kam	405(59.6)	206(57.1)	0.2
Pak	182(26.8)	116(32.1)	
Mesatarisht	70(10.3)	28(7.8)	
Shpesh	22(3.2)	11(3)	

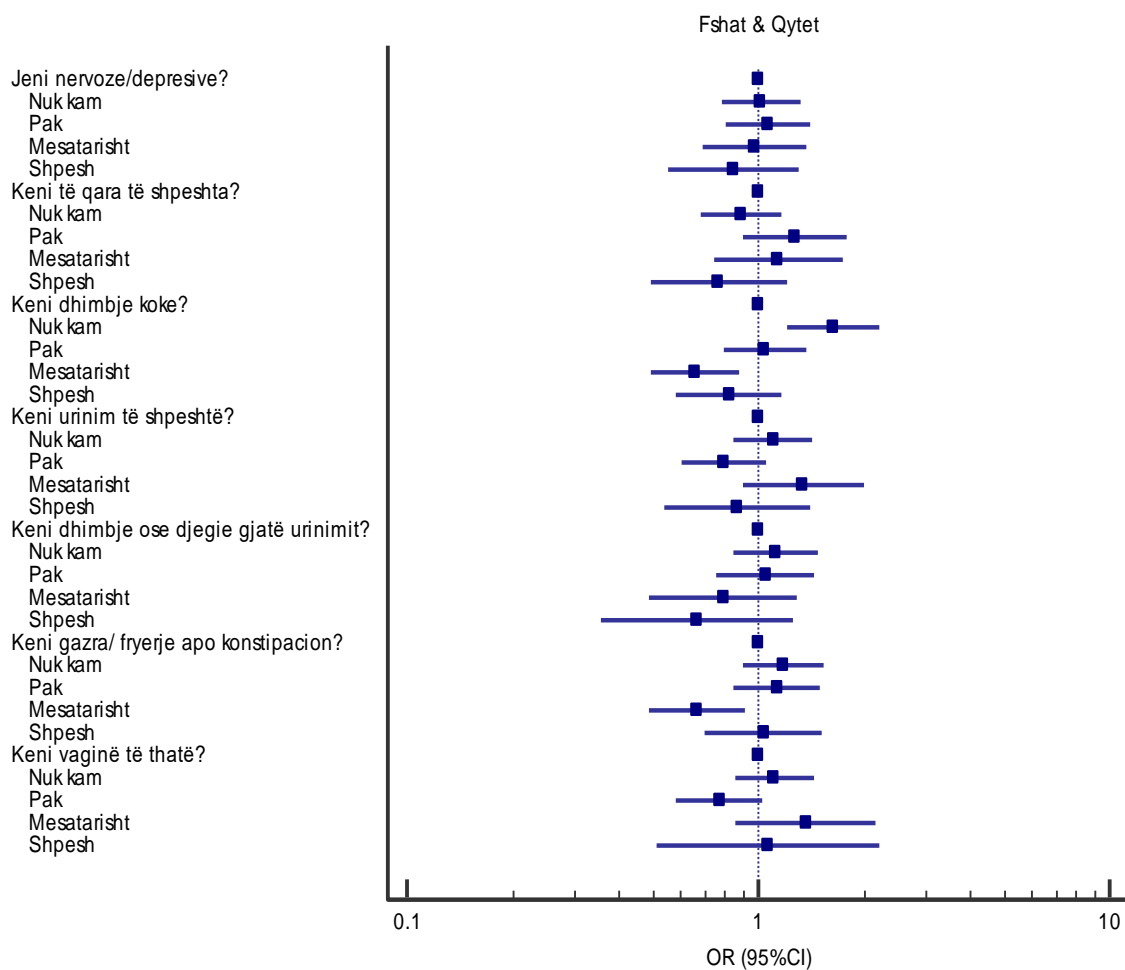


Figura 3. 42 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit

Dhimbja e kokës mbizotëron më tepër në fshat krahasuar me qytetin, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Tabela 3. 35 Lista e simptomave në menopauzë e pjesmarrësve sipas vendbanimit

Variablat	Qytet n (%)	Fshat N (%)	P
Keni rrjedhje/ infeksion vaginal?			
Nuk kam	552(81.3)	257(71.2)	<0.01
Pak	97(14.3)	83(23.0)	
Mesatarisht	26(3.8)	20(5.5)	
Shpesh	4(0.6)	1(0.3)	
Keni dhimbje gjatë aktiti seksual?			
Nuk kam	541(79.7)	278(77)	0.7
Pak	100(14.7)	58(16.1)	
Mesatarisht	26(3.8)	17(4.7)	
Shpesh	12(1.8)	8(2.2)	
Keni dhimbje në brendesi gjatë aktiti seksual?			
Nuk kam	575(84.7)	289(80.1)	0.3
Pak	75(11)	50(13.9)	
Mesatarisht	20(2.9)	16(4.4)	
Shpesh	9(1.3)	6(1.7)	
Keni hemoragji gjatë aktiti seksual?			
Nuk kam	625(92)	319(88.4)	0.07
Pak	42(6.2)	28(7.8)	
Mesatarisht	5(0.7)	9(2.5)	
Shpesh	7(1)	5(1.4)	
Keni fryerje stomaku?			
Nuk kam	289(42.6)	97(26.9)	<0.01
Pak	176(25.9)	104(28.8)	
Mesatarisht	131(19.3)	111(30.7)	
Shpesh	83(12.2)	49(13.6)	
Keni shtim në peshë?			
Nuk kam	238(35.1)	123(34.1)	0.5
Pak	227(33.4)	108(29.9)	
Mesatarisht	119(17.5)	70(19.4)	
Shpesh	95(14)	60(16.6)	
Dhimbje artikulacionesh, muskujsh			
Nuk kam	150 (22.1)	57 (15.8)	<0.01
Pak	220 (32.4)	91 (28.2)	
Mesatarisht	138 (20.3)	102 (28.3)	
Shpesh	171 (25.2)	111 (30.7)	

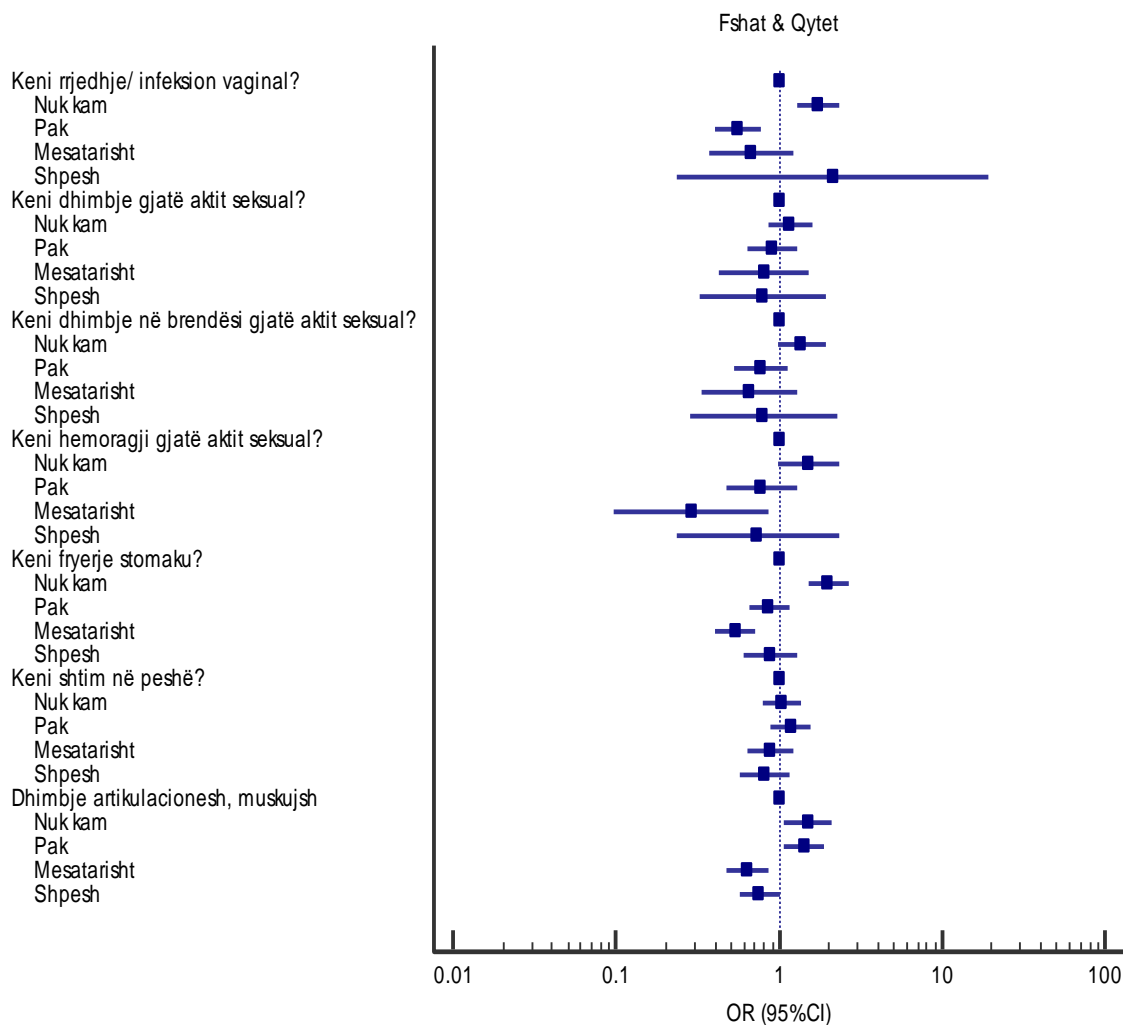


Figura 3.43 Simptomat në menopauzë sipas vendbanimit

Rrjedhja/infeksioni vaginal ($p<0.01$), fryerja e stomakut ($p<0.01$) dhe dhimbja e muskujve artikulacioneve ($p<0.01$), mbizotërojnë më tepër në fshat krahasuar me qytetin, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Vërehet se nuk kanë afshe të nxehta 172 (25.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 58 (16.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 177 (26.1%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 130 (36%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 189 (27.8%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 106 (29.4%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh afshe të nxehta 141 (20.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 67 (18.6%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Djersisin natën 251 (37%) e grave që jetojnë në qytet dhe 102 (28.3%) e atyre që jetojnë në fshat, djersisin pak 202 (29.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 146 (40.4%) e atyre që

jetojnë në fshat, djersisin mesatarisht 127 (18.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 67 (18.6%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe djersisin shpesh 99 (14.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 46 (12.7%) e atyre që jetojnë në fshat me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Nuk kanë vështirësi ti zërë gjumi 246 (36.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 88 (24.4%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 196 (28.9%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 123 (34.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 102 (15%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 84 (23.3%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh vështirësi për ti zënë gjumi 135 (19.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 66 (18.6%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Nuk kanë rrahje të shpeshta zemre 276 (40.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 141 (39.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 229 (33.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 120 (33.2%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 130 (19.1%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 69 (19.1%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh rrahje të shpeshta zemre 44 (6.5%) e grave që jetojnë në qytet dhe 31 (8.6%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$).

- Nuk e ndjejnë lëkuren të lëshuar, të thatë 299 (44%) e grave që jetojnë në qytet dhe 145 (40.2%) e atyre që jetojnë në fshat, e ndjejnë pak 217 (32%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 134 (37.1%) e atyre që jetojnë në fshat, e ndjejnë mesatarisht 122 (18%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 55 (15.2%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe e ndjejnë shpesh 41 (6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 27 (7.5%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).

- Nuk ndjehen më të lodhura se zakonisht 163 (24%) e grave që jetojnë në qytet dhe 73 (20.2%) e atyre që jetojnë në fshat, e ndjehen pak 214 (31.5%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 116 (32.1%) e atyre që jetojnë në fshat, e ndjehen mesatarisht 177 (26.1%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 115 (31.9%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe ndjehen shpesh 125 (18.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 157 (15.8%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

- Nuk kanë përqëndrim/kujtesë të dobët 305 (44.9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 152 (42.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 195 (28.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 119 (33%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 118 (17.4%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 49 (13.6%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 61 (9%) e grave që jetojnë në qytet dhe 41 (11.4%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

- Nuk janë nervoze/depresive 292 (43%) e grave që jetojnë në qytet dhe 154 (42.7%) e atyre që jetojnë në fshat, janë pak 213 (31.4%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 108 (29.9%) e atyre që jetojnë në fshat, janë mesatarisht 114 (16.8%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 62 (17.2%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe janë shpesh 60 (8.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 37 (10.2%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.9$).

- Vërehet se nuk qajnë 416 (61.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 231 (64%) e atyre që jetojnë në fshat, qajnë pak 135 (19.9%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 59 (16.3%) e atyre që jetojnë në fshat, qajnë mesatarisht 76 (11.2%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 36 (10%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe qajnë shpesh 52 (7.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 35 (9.7%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.3$).

- Nuk kanë dhimbje koke 213 (31.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 79 (21.9%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 217 (32%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 112 (31%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 150 (22.1%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 108 (29.9%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 99 (14.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 62 (17.2%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Nuk kanë urinim të shpeshte 351 (51.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 178 (49.3%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 185 (27.2%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 115 (31.9%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 95 (14%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 39 (10.8%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 48 (7.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 29 (8%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).

- Nuk kanë dhimbje ose diegie gjatë urinimit 475 (70%) e grave që jetojnë në qytet dhe 244 (67.6%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 137 (20.2%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 70 (19.4%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 44 (6.5%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 29 (8%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 23 (3.4%) e grave që jetojnë në qytet dhe 18 (5%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).

- Nuk kanë gazra/fryerje apo kapsllëk 265 (39%) e grave që jetojnë në qytet dhe 127 (35.2%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 203 (29.9%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 99 (27.4%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 122 (18%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 89 (24.7%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 89 (13.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 46 (12.7%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.08$).

- Nuk kanë vaginë të thatë 405 (59.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 206 (57.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 182 (26.8%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 116 (32.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 70 (10.3%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 28 (7.8%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 22 (3.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 11 (3%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.2$).

- Nuk kanë rrjedhje/infeksion vaginal 552 (81.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 257 (71.2%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 97 (14.3%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 83 (23%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 26 (3.8%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 20 (5.5%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 4 (0.6%) e grave që

jetojnë në qytet dhe 1 (0.3%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Nuk kanë dhimbje gjatë aktit seksual 541 (79.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 278 (77%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 100 (14.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 58 (16.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 26 (3.8%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 17 (4.7%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 12 (1.8%) e grave që jetojnë në qytet dhe 8 (2.2%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).

- Nuk kanë dhimbje në brendësi gjatë aktit seksual 575 (84.7%) e grave që jetojnë në qytet dhe 289 (80.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 75 (11%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 50 (13.9%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 20 (2.9%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 16 (4.4%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 9 (1.3%) e grave që jetojnë në qytet dhe 6 (1.7%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.3$).

- Nuk kanë hemoragji gjatë aktit seksua 1625 (92%) e grave që jetojnë në qytet dhe 319 (88.4%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 42 (6.2%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 28 (7.8%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 5 (0.7%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 9 (2.5%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 7 (1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 5 (1.4%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.07$).

- Nuk kanë fryrje stomaku 289 (42.6%) e grave që jetojnë në qytet dhe 97 (26.9%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 176 (25.9%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 104 (28.8%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 131 (19.3%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 111 (30.7%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 83 (12.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 49 (13.6%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

- Nuk kanë shtim në peshë 238 (35.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 123 (34.1%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 227 (33.4%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 108 (29.9%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 119 (17.5%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 70 (19.4%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 95 (14%) e grave që jetojnë në qytet dhe 60 (16.6%) e atyre që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.5$).

- Nuk kanë dhimbje artikulacionesh/muskujsh 150 (22.1%) e grave që jetojnë në qytet dhe 57 (15.8%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë pak 220 (32.4%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 91 (28.2%) e atyre që jetojnë në fshat, kanë mesatarisht 138 (20.3%) e atyre që jetojnë në qytet dhe 102 (28.3%) e atyre që jetojnë në fshat, dhe kanë shpesh 171 (25.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe 111 (30.7%) e atyre që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Tabela 3. 36 Numri i simptomave të shpeshta për totalin e grave

Nr simptomave	N	%
1	175	29.3
2	99	16.6
3	87	14.5
4	56	9.4
5	43	7.2
>5	138	23.1
Total	598	100.0

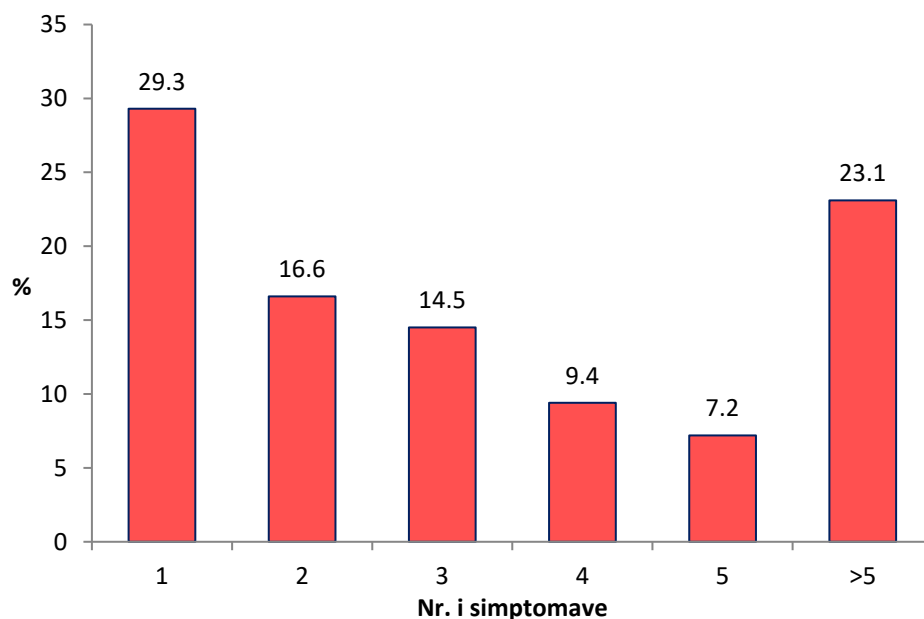


Figura 3. 44 Numri i simptomave të shpeshta për totalin e grave

Numri mesatar i simptomave është 3.7 me rang 1- 19 simptoma.

Me një simptome të shpeshta janë shumica e grave, 175 (29.3%), ndjekur nga 99 (16.6%) me dy simptoma, 87 (14.5%) me tre simptoma, 56 (9.4%) me katër simptoma, 43 (7.2%) me 5 simptoma dhe 138 (23.1%) me mbi > 5 simptoma, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

U gjet korrelacion i dobët sinjifikant i moshës aktuale me numrin e simptomave ($r=0.08$ $p=0.03$). Me rritjen e moshës rritet edhe numri i simptomave dhe marrëdhënia është sinjifikante.

U gjet korrelacion sinjifikant negative i moshës së menopauzës me numrin e simptomave ($r=-0.17$ $p < 0.01$). Numri më i madh i simptomave është në menopauzë të hershme.

U gjet korrelacion i dobët jo-sinjifikant i BMI me numrin e simptomave ($r=0.03$ $p=0.4$).

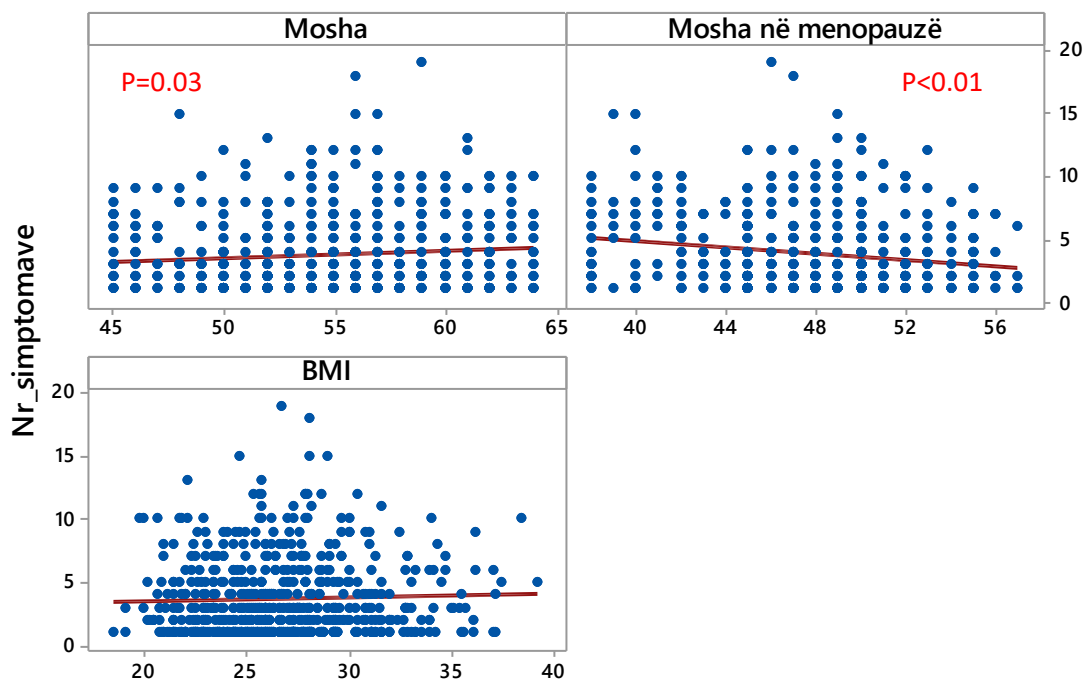


Figura 3. 45 Korrelacioni i numrit të simptomave me moshën, moshën në menopauzë dhe BMI

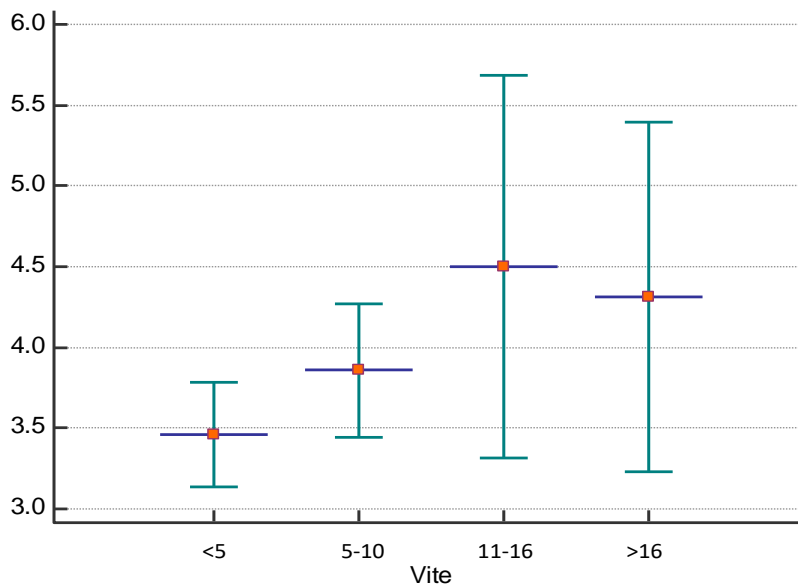


Figura 3. 46 Numri mesatar i simptomave sipas viteve në menopauze

Numri mesatar i simptomave të shpeshta është më i lartë tek gratë që kanë 11-16 vjet ($M=4.5$) dhe >16 vjeç ($M=4.3$) në menopauzë me ndryshim sinjifikant me gratë me <5 vite ($M=3.5$) dhe 5-10 vite ($M=3.9$) por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.09$).

Numri i simptomave është më i lartë te gratë në menopauze të hershme (M=5.0) me ndryshim sinjifikant krahasuar me gratë në menopauzë në kohë (M=2.9), (p<0.01). Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas vendbanimit (p=0.2). Gratë në fshat kanë mesatarisht (M=3.9) simptoma ndërsa gratë në qytet kanë (M=3.6) simptoma. Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas statusit civil (p=0.5). Gratëe martuarat kanë mesatarisht (M=3.8) simptoma ndërsa gratëme status “tjetër” kanë (M=3.6) simptoma.

Vlerësimi i Njohurive mbi Menopauzën dhe Variablat Socio-Demografikë

Tabela 3. 37 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën për totalin e rasteve dhe sipas grupmoshës

Variablat	Total	≤50 vj (n=221)	51-60 vj (n=684)	61+ vj (n=135)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Si_e shikoni menopauzën					
Negativisht	247 (23.7)	61 (27.6)	163 (23.8)	23 (17.0)	0.1
Pozitivisht	572 (55.0)	118 (53.4)	378 (55.3)	76 (56.3)	
Se di	221 (21.2)	42 (19.0)	143 (20.9)	36 (26.7)	
Terapinë hormonale					
Negativisht	317 (30.5)	69 (31.2)	208 (30.4)	40 (29.6)	0.9
Pozitivisht	387 (37.2)	82 (37.1)	256 (37.4)	49 (36.3)	
Se di	336 (32.3)	70 (31.7)	220 (32.2)	46 (34.1)	
Menopauzë mendoni se jeni					
E mirë-informuar	369 (35.5)	77 (34.8)	245 (35.8)	47 (34.8)	0.6
Kam nevojë të di më shumë	525 (50.5)	119 (53.8)	343 (50.1)	63 (46.7)	
Nuk di pothuajse asgjë	120 (11.5)	21 (9.5)	79 (11.5)	20 (14.8)	
Sdini asgjë	26 (2.5)	4 (1.8)	17 (2.5)	5 (3.7)	
Informacion nga Librat					
Po	245 (23.6)	51 (23.1)	163 (23.8)	31 (23.0)	0.9
Interneti					
Po	343 (33.0)	85 (38.5)	228 (33.3)	30 (22.2)	<0.01
Te afermit					
Po	568 (54.6)	126 (57.0)	367 (53.7)	75 (55.6)	0.6
shtypi shkruar					
Po	289 (27.8)	55 (24.9)	193 (28.2)	41 (30.4)	0.5
Radio_TV					
Po	323 (31.1)	65 (29.4)	214 (31.3)	44 (32.6)	0.8
Punonjës shendetësisë					
Po	550 (52.9)	110 (49.8)	372 (54.4)	68 (50.4)	0.4

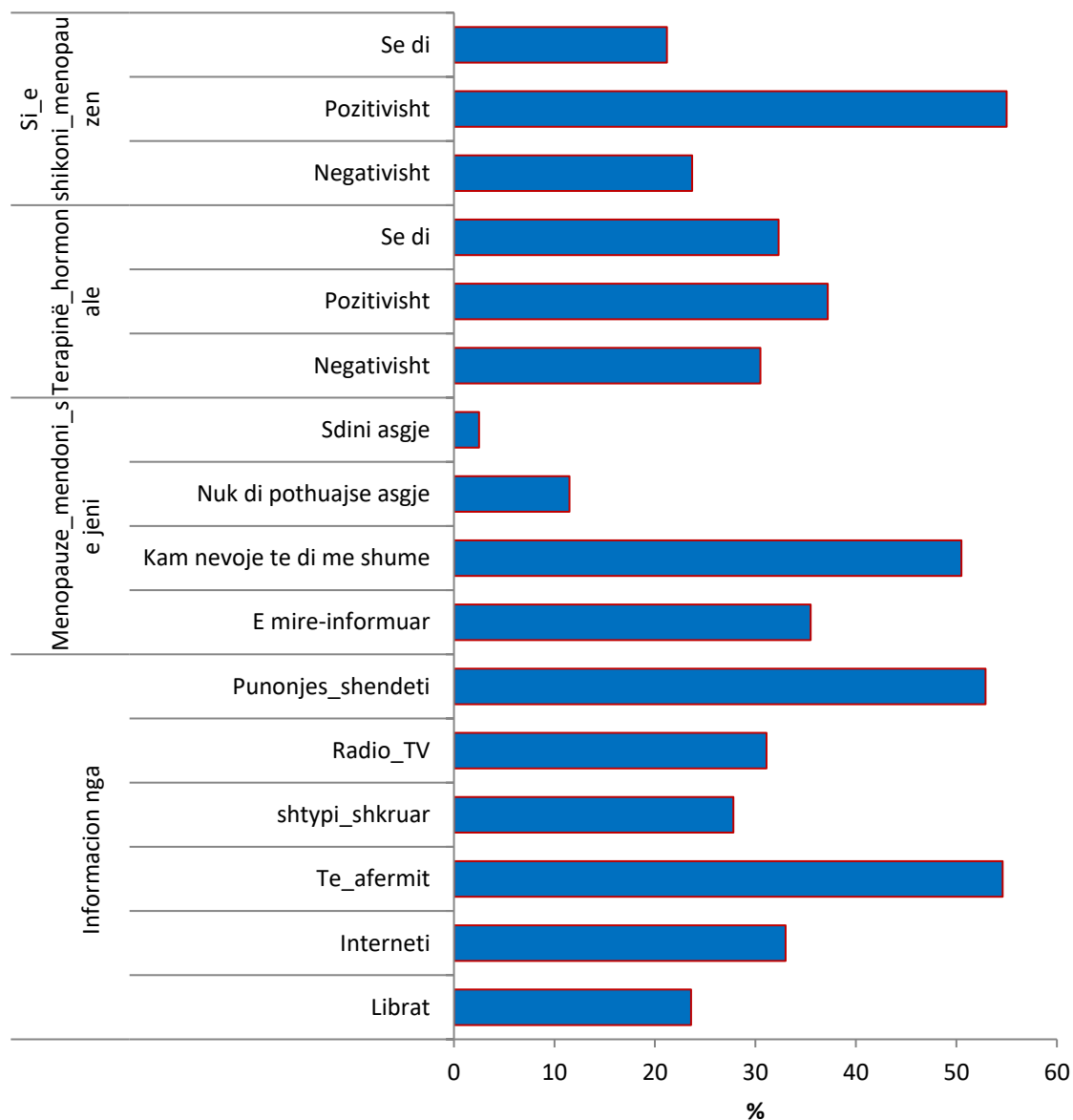


Figura 3. 47 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën për totalin e rasteve

Menopauzën e shohin negativisht 23.7%, “nuk e di” referojnë 21.2% ndërsa shumica e tyre (55%) e shohin pozitivisht, me ndryshim sinjifikant ($p < 0.01$);

Terapinë hormonale e shohin negativisht 30.5%, “nuk e di” referojnë 32.3% ndërsa shumica e tyre (37%) e shohin pozitivisht, me ndryshim sinjifikant ($p = 0.02$); 2.5% e grave referojnë që nuk dinë asgjë për menopauzën, 11.5% referojnë që nuk dinë pothuajse asgjë, 35.5% e grave mendojnë se janë të mirë informura për menopauzën, ndërsa 50.5% e tyre mendojnë që kanë nevojë të dinë më shumë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

Informacion nga librat kanë marrë 23.6% e grave, 33% nga interneti, 27.8% nga shtypi i shkruar, 31.1% nga radio ndërsa shumica e tyre 54.6% nga të afërmit, dhe 52.9% nga punonjësit e shëndetësisë, me ndryshim sinjifikant me kategoritë e tjera, ($p < 0.01$)

Tabela 3. 38 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas Etnisë

Pyetjet	Shqiptar n (%)	Tjetër n (%)	P
Si e shikoni menopauzën?			
Pozitivisht	555 (56.5)	17 (29.8)	
Negativisht	229 (23.3)	18 (31.6)	<0.01
Se di	199 (20.2)	22 (38.6)	
Kush është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?			
Pozitivisht	368 (37.4)	19 (33.3)	
Negativisht	310 (31.5)	7 (12.3)	<0.01
Se di	305 (31.0)	31 (54.4)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?			
E mirë-informuar	357 (36.3)	12 (21.1)	
Kam nevojë të di më shumë	499 (50.8)	26 (45.6)	
Nuk di pothuajse asgjë	105 (10.7)	15 (26.3)	<0.01
S'dini asgjë	22 (2.2)	4 (7.0)	
E merr informacionin për menopauzën nga librat?	236 (24.0)	9 (15.8)	0.2
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	328 (33.4)	15 (26.3)	0.3
E merr informacionin për menopauzën nga të afërmit?	535 (54.4)	33 (57.9)	0.7
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	275 (28.0)	14 (24.6)	0.7
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	306 (31.1)	17 (29.8)	0.9
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	521 (53.0)	29 (50.9)	0.8

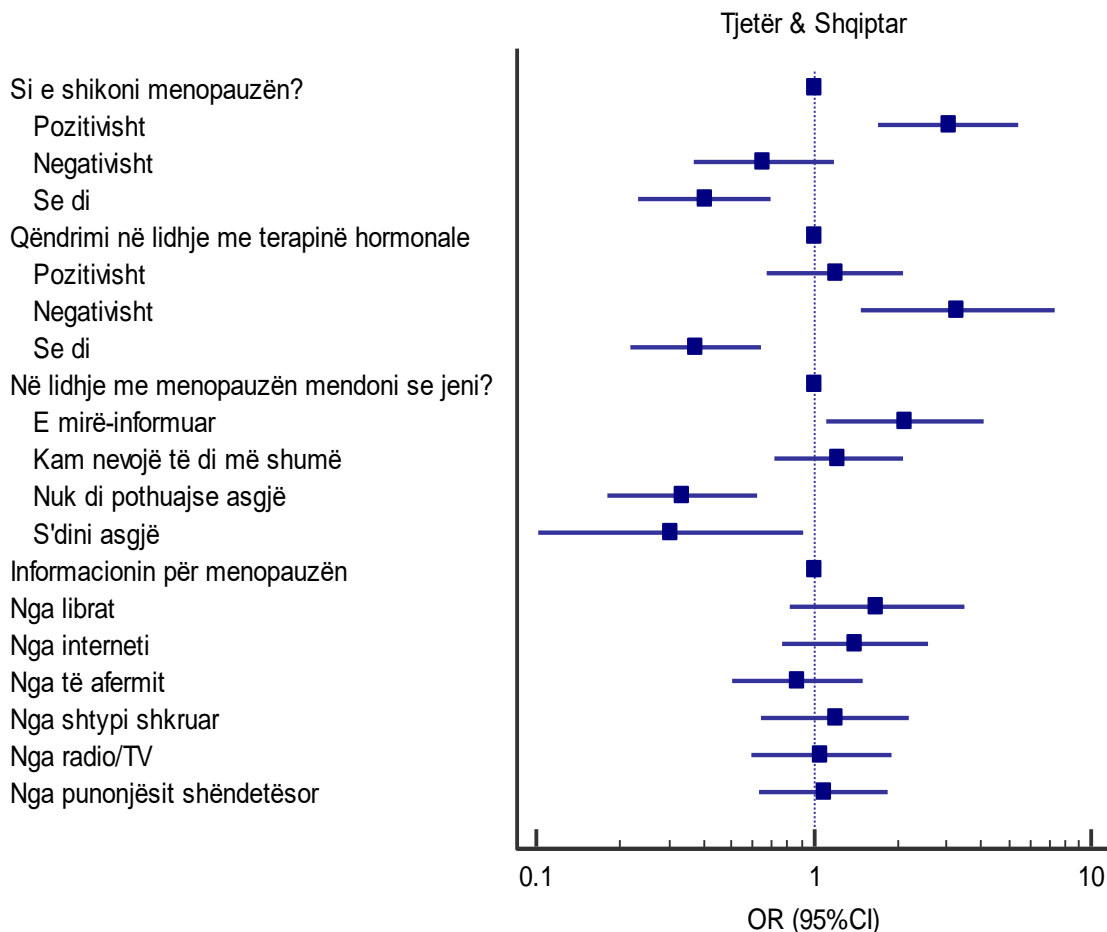


Figura 3. 48 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas Etnisë (OR, 95%CI)

555 (56.5%) e shqiptareve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 229 (23.3 %) e shikojnë negativisht dhe 199 (20.2%) nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 17 (29.8 %) e të tjerëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 18 (31.6%) e të tjerëve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 22 (38.6%) nuk e dinë sesi e shikojnë menopauzën, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p < 0.01$.

368 (37.4%) e shqiptarëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 310 (31.5%) e shqiptarëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 305 (31.0%) e shqiptarëve kanë zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 19 (33.3%) e të tjerëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 7 (12.3%) e të tjerëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 31 (54.4%) e të tjerëve kanë zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p < 0.01$.

357 (36.3%) e shqiptarëve mendojnë se janë të mirë informuar në lidhje me menopauzën, 499 (50.8%) e shqiptarëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën,

105 (10.7%) e shqiptarëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 22 (2.2%) e shqiptarëve nuk dinë asgjë për menopauzën. 12 (21.1%) e të tjerëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 26 (45.6%) e të tjerëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 15 (26.3%) e të tjerëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 4 (7.0%) e të tjerëve nuk dinë asgjë për menopauzën, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p < 0.01$.

Informacionin për menopauzën e marrin nga librat 236 (24.0%) e shqiptarëve dhe 9 (15.8%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.2$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga interneti 328 (33.4%) e shqiptarëve dhe 15 (26.3%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.3$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga të afërmit 535 (54.4%) e shqiptarëve dhe 33 (57.9%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.7$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga shtypi i shkruar 275 (28.0%) e shqiptarëve dhe 14 (24.6%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.7$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga radio/TV 306 (31.1%) e shqiptarëve dhe 17 (29.8%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.9$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga punonjësit e shëndetit 521 (53.0%) e shqiptarëve dhe 29 (50.9%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.8$).

Tabela 3. 39 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas besimit fetar

Pyetjet	Mysliman n (%)	Kristian n (%)	P
Si e shikoni menopauzën?			
Pozitivisht	461 (55.1)	111 (54.4)	
Negativisht	193 (23.1)	54 (26.5)	0.5
Se di	182 (21.8)	39 (19.1)	
Kush është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?			
Pozitivisht	308 (36.8)	79 (38.7)	
Negativisht	260 (31.1)	57 (27.9)	0.6
Se di	268 (32.1)	68 (33.3)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?			
E mirë-informuar	299 (35.8)	70 (34.3)	
Kam nevojë të di më shumë	414 (49.5)	111 (54.4)	
Nuk di pothuajse asgjë	105 (12.6)	15 (7.4)	0.08
S'dini asgjë	18 (2.2)	8 (3.9)	

E merr informacionin për menopauzën nga librat?	182 (21.8)	63 (30.9)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	266 (31.8)	77 (37.7)	0.1
E merr informacionin për menopauzën nga të afërmit?	451 (53.9)	117 (57.4)	0.4
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	228 (27.3)	61 (29.9)	0.5
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	258 (30.9)	65 (31.9)	0.8
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	447 (53.5)	103 (50.5)	0.5

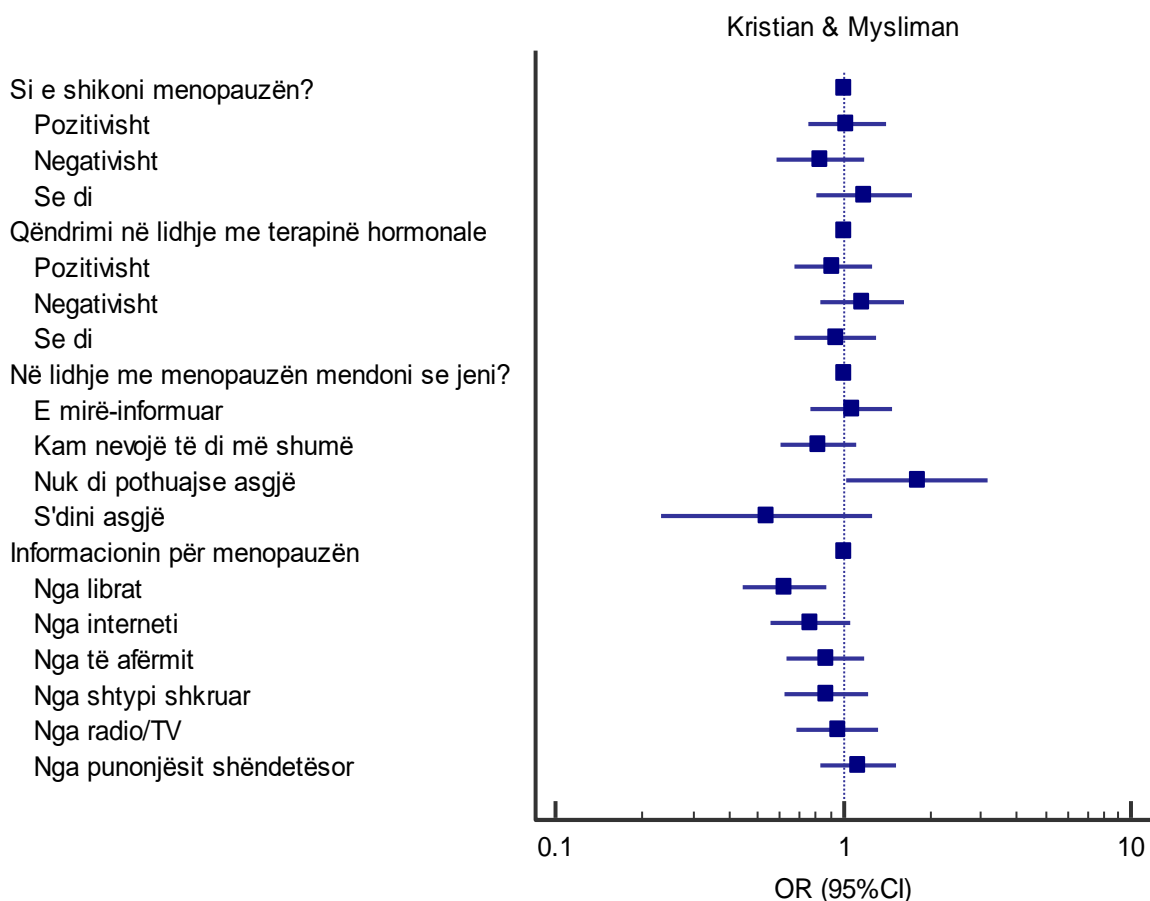


Figura 3. 49 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas Besimit fetar (OR, 95%CI)

461 (55.1%) e myslimanëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 193 (23.1%) e shikojnë negativisht menopauzën dhe 182 (21.8%) nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 111 (54.4%) e kristianëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 54 (26.5%) e kristianëve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 39 (19.1%) e kristianëve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

308 (36.8%) e myslimanëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzen, 260 (31.1%) kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 268 (32.1%) kanë zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 79 (38.7%) e kristianëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 57 (27.9%) e kristianëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 68 (33.3%) e kristianëve kanë

zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.6$).

299 (35.8%) e myslimanëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 414 (49.5%) e mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 105 (12.6%) nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 18 (2.2%) nuk dinë asgjë për menopauzën. 70 (34.3%) e kristianëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 111 (54.4%) e kristianëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 15 (7.4%) e kristianëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 8 (3.9%) e kristianëve nuk dinë asgjë për menopauzën, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.08$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga librat 182 (21.8%) e myslimanëve dhe 63 (30.9%) e kristianëve, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga interneti 266 (31.8%) e myslimanëve dhe 77 (37.7%) e kristianëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga të afërmit 451 (53.9%) e myslimanëve dhe 117 (57.4%) e kristianëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.4$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga shtypi i shkruar 228 (27.3%) e myslimanëve e shqiptarëve dhe 65 (31.9%) e kristianëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga radio/TV 258 (30.9%) e myslimanëve dhe 65 (31.9%) e kristianëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.8$).

Informacionin për menopauzen e marrin nga punonjësit e shëndetit 447 (53.5%) e myslimanëve dhe 103 (50.5%) e kristianëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.5$).

Tabela 3. 40 Vlerësimi i njojurive mbi menopauzën sipas nivelit arsimor

Pyetjet	0-8 v	9-12 v	≥13 v	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Si e shikoni menopauzën?				
Pozitivisht	105 (43.0)	256 (55.5)	211 (63.0)	<0.01
Negativisht	60 (24.6)	111 (24.1)	76 (22.7)	
Se di	79 (32.4)	94 (20.4)	48 (14.3)	
Cili është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?				
Pozitivisht	70 (28.7)	169 (36.7)	148 (44.2)	<0.01
Negativisht	62 (25.4)	139 (30.2)	116 (34.6)	
Se di	112 (45.9)	153 (33.2)	71 (21.2)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?				
E mirë-informuar	30 (12.3)	162 (35.1)	177 (52.8)	<0.01
Kam nevojë të di më shumë	140 (57.4)	244 (52.9)	141 (42.1)	
Nuk di pothuajse asgjë	59 (24.2)	46 (10.0)	15 (4.5)	
S'dini asgjë	15 (6.1)	9 (2.0)	2 (0.6)	
E merr informacionin për menopauzën nga librat?	27 (11.1)	81 (17.6)	137 (40.9)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	27 (11.1)	133 (28.9)	183 (54.6)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga të afërmit?	136 (55.7)	272 (59.0)	160 (47.8)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	51 (20.9)	132 (28.6)	106 (31.6)	0.01
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	85 (34.8)	147 (31.9)	91 (27.2)	0.1
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	128 (52.5)	247 (53.6)	175 (52.2)	0.9

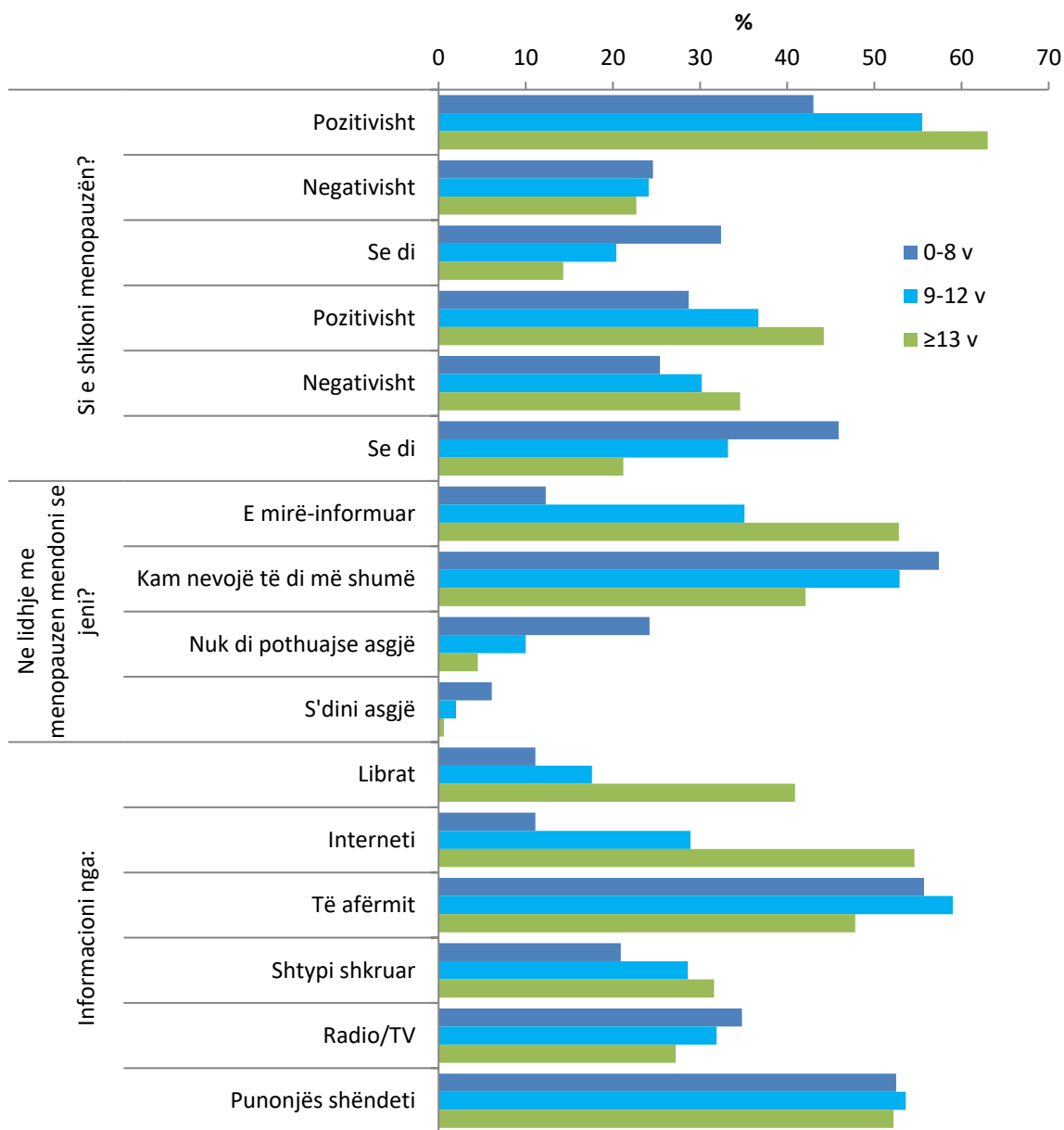


Figura 3. 50 Vlerësimi i njojurive mbi menopauzën sipas nivelit arsimor

Në studim u gjet një trend sinjiifikant i rritjes së përqindjes së grave që e shikojnë pozitivisht menopauzën me rritjen e nivelit arsimor, ($p < 0.01$).

105 (43.0%) e grave me arsim 0-8 vjeçar e shikojnë pozitivisht menopauzën, 60 (24.6%) e grave me arsim 0-8 vjeçar e shikojnë negativisht menopauzën dhe 79 (32.4%) e grave me arsim 0-8 vjeçar nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 256 (55.5%) e grave me arsim 9-12 vjeçar e shikojnë pozitivisht menopauzën, 111 (24.1%) e grave me arsim 9-12 vjeçar e shikojnë negativisht menopauzën dhe 94 (20.4%) e grave me arsim 9-12 vjeçar nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 211 (63.0%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar e shikojnë

pozitivisht menopauzën, 76 (22.7%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar e shikojnë negativisht menopauzën dhe 48 (14.3%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

Në studim u gjet një trend sinjifikant i rritjes së përqindjes së grave që e shikojnë pozitivisht terapinë hormonale për menopauzën me rritjen e nivelit arsimor, ($p < 0.01$).

70 (28.7%) e grave me arsim 0-8 vjeçar kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 62 (25.4%) e grave me arsim 0-8 vjeçar kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 112 (45.9%) e grave me arsim 0-8 vjeçar kanë zgjedhur alternativën nuk e dinë lidhur me terapinë hormonale për menopauzën.

169 (36.7%) e grave me arsim 9-12 vjeçar kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 139 (30.2%) e grave me arsim 9-12 vjeçar kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 153 (33.2%) e grave me arsim 9-12 vjeçar kanë zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën. 148 (44.2%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 116 (34.6%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 71 (21.2%) kanë zgjedhur alternativën nuk e di lidhur me terapinë hormonale për menopauzën.

Në studim u gjet një trend sinjiifkant i rritjes së përqindjes së grave që janë të mirë informuar në lidhje me menopauzën me rritjen e nivelit arsimor, ($p < 0.01$).

30 (12.3%) e grave me arsim 0-8 vjeçar mendojnë se janë të mirë informuara në lidhje me menopauzën, 140 (57.4%) e grave me arsim 0-8 vjeçar mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 59 (24.2%) e grave me arsim 0-8 vjeçar nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 15 (6.1%) e grave me arsim 0-8 vjeçar nuk dinë asgjë për menopauzën. 162 (35.1%) e grave me arsim 9-12 vjeçar mendojnë se janë të mirë informuara në lidhje me menopauzën, 244 (52.9%) e grave me arsim 9-12 vjeçar mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 46 (10.0%) e grave me arsim 9-12 vjeçar nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 9 (2.0%) e grave me arsim 9-12 vjeçar nuk dinë asgjë për menopauzën. 177 (52.8%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar mendojnë se janë të mirë informuara në lidhje me menopauzën, 141 (42.1%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 15 (4.5%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 2 (0.6%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar nuk dinë asgjë për menopauzën.

Informacionin për menopauzën e marrin nga librat 27 (11.1%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, 81 (17.6%) e grave me arsim 9-12 vjeçar, dhe 137 (40.9%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga interneti 27 (11.1%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, 133 (28.9%) e grave me arsim 9-12 vjeçar, dhe 183 (54.6%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga të afërmit 136 (55.7%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, 272 (59.0%) e grave me arsim 9-12 vjeçar, dhe 160 (47.8%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga shtypi i shkruar 51 (20.9%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, 132 (28.6%) e grave me arsim 9-12 vjeçar, dhe 106 (31.6%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga radio/TV 85 (34.8%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, e 147 (31.9%) e grave me arsim 9-12 vjeçar, dhe 91 (27.2%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.1$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga punonjësit e shëndetit 128 (52.5%) e grave me arsim 0-8 vjeçar, 247 (53.6%) e grave me arsim 9-12 vjeçar dhe 175 (52.2%) e grave me arsim mbi 13 vjeçar, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.9$).

Tabela 3. 41 Vleresimi i njojurive mbi menopauzen sipas statusit te punesimit

Pyetjet	Punesuar	Papune	Pension	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Si e shikoni menopauzën?				
Pozitivisht	265 (60.4)	242 (49.6)	65 (57.5)	<0.01
Negativisht	106 (24.1)	119 (24.4)	22 (19.5)	
Se di	68 (15.5)	127 (26.0)	26 (23.0)	
Cili është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?				
Pozitivisht	179 (40.8)	168 (34.4)	40 (35.4)	<0.01
Negativisht	148 (33.7)	131 (26.8)	38 (33.6)	
Se di	112 (25.5)	189 (38.7)	35 (31.0)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?				
E mirë-informuar	206 (46.9)	119 (24.4)	44 (38.9)	<0.01
Kam nevojë të di më shumë	197 (44.9)	278 (57.0)	50 (44.2)	
Nuk di pothuajse asgjë	30 (6.8)	73 (15.0)	17 (15.0)	
Sdini asgjë	6 (1.4)	18 (3.7)	2 (1.8)	
E merr informacionin për menopauzën nga librat?	146 (33.3)	79 (16.2)	20 (17.7)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	205 (46.7)	119 (24.4)	19 (16.8)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga të afërmit?	218 (49.7)	275 (56.4)	75 (66.4)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	129 (29.4)	128 (26.2)	32 (28.3)	0.5
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	129 (29.4)	164 (33.6)	30 (26.5)	0.2
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	240 (54.7)	251 (51.4)	59 (52.2)	0.6

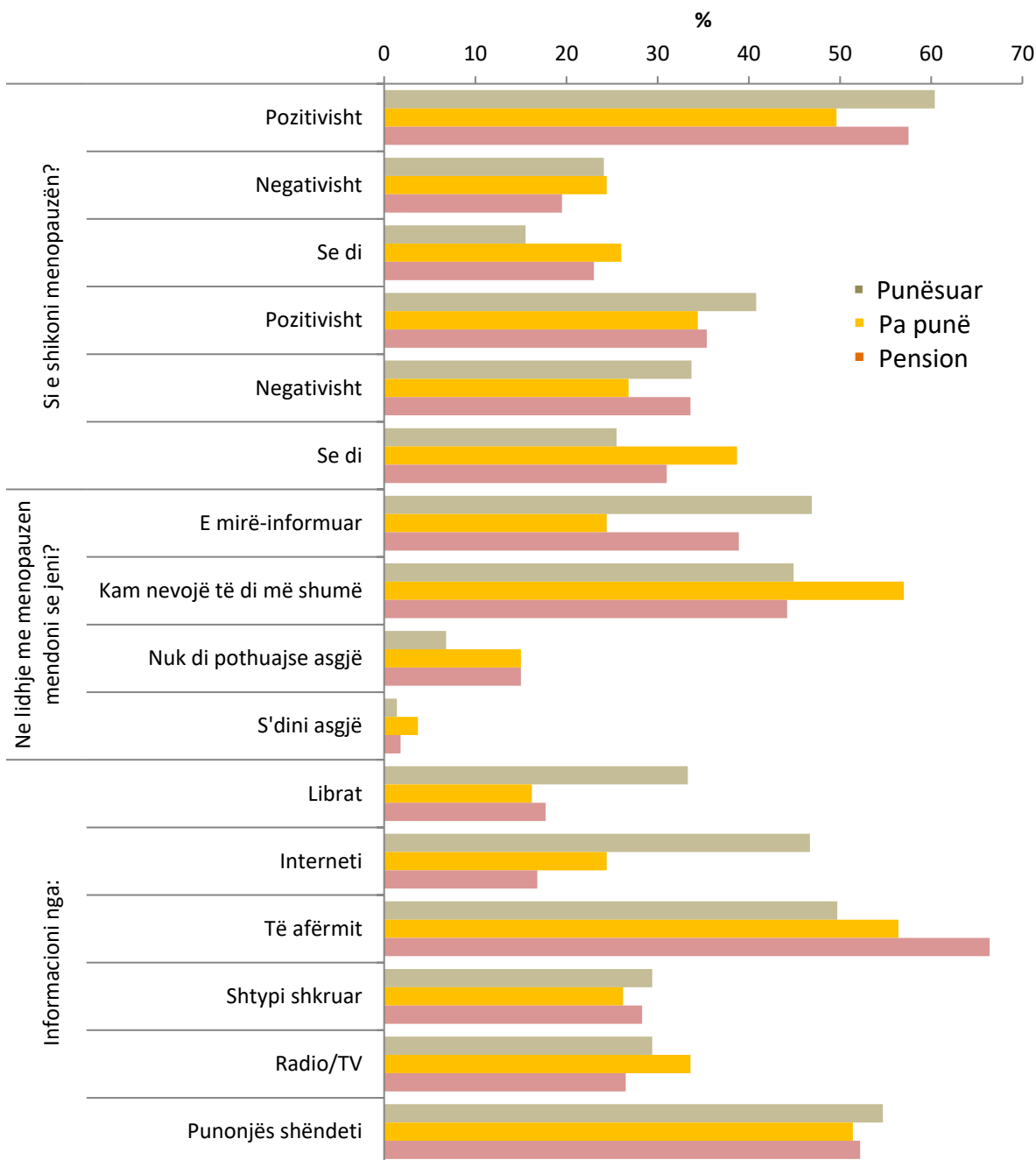


Figura 3. 51 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas statusit të punësimit

Gratë e punësuar e shikojnë me pozitivisht menopauzën krahasuar me të papunat dhe pensionistet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

265 (60.4%) e të punësuarve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 106 (24.1%) e të punësuarve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 68 (15.5%) e të punësuarve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

242 (49.6%) e të papunëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 119 (24.4%) e të papunëve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 127 (26.0%) e të papunëve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 65 (57.5%) e pensionistëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, (19.5%) e pensionistëve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 26 (23.0%) e pensionistëve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

Gratë e punësuarat e shikojnë më pozitivisht terapinë hormonale për menopauzën krahasuar me të papunat dhe pensionistet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

179 (40.8%) e të punësuarve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 148 (33.7%) e të punësuarve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 112 (25.5%) e të punësuarve nuk dinë sesi e shikojnë terapinë hormonale për menopauzën.

168 (34.4%) e të papunëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 131 (26.8%) e të papunëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 189 (38.7%) e të papunëve nuk dinë sesi e shikojnë terapinë hormonale për menopauzën. 40 (35.4%) e pensionistëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 38 (33.6%) e pensionistëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 35 (31.0%) e pensionistëve nuk dinë sesi e shikojnë terapinë hormonale për menopauzën.

Gratë e punësuarat janë më të informuara për menopauzën krahasuar me të papunat dhe pensionistet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

206 (46.9%) e të punësuarve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 197 (44.9%) e të punësuarve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 30 (6.8%) e të punësuarve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 6 (1.4%) e të punësuarve nuk dinë asgjë për menopauzën. 119 (24.4%) e të papunëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 278 (57.0%) e të papunëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 73 (15.0%) e të papunëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 18 (3.7%) e të papunëve nuk dinë asgjë për menopauzën. 44 (38.9%) e pensionistëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 50 (44.2%) e pensionistëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 17 (15.0%) e pensionistëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 2 (1.8%) e pensionistëve nuk dinë asgjë për menopauzën.

Informacionin për menopauzën e marrin nga librat 146 (33.3%) e të punësuarve, 79 (16.2%) e të papunëve dhe 20 (17.7%) e pensionistëve, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga interneti 205 (46.7%) e të punësuarve, 119 (24.4%) e të papunëve dhe 19 (16.8%) e pensionistëve, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga të afërmit 218 (49.7%) e të punësuarve, 275 (56.4%) e të papunëve dhe 75 (66.4%) e pensionistëve, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga shtypi i shkruar 129 (29.4%) e të punësuarve, 128 (26.2%) e të papunëve dhe 32 (28.3%) e pensionistëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.5$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga radio/TV 129 (29.4%) e të punësuarve, 164 (33.6%) e të papunëve dhe 30 (26.5%) e pensionistëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.2$).

Informacionin për menopauzën e marrin nga punonjësit e shëndetit 240 (54.7%) e të punësuarve 251 (51.4%) e të papunëve dhe 59 (52.2%) e pensionistëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.6$).

Tabela 3. 42 Vlerësimi i njohurive mbi menopauzën sipas Statusit civil

Pyetjet	Martuar n (%)	Tjetër n (%)	P
Si e shikoni menopauzën?			
Pozitivisht	487 (56.4)	85 (48.3)	<0.01
Negativisht	212 (24.5)	35 (19.9)	
Se di	165 (19.1)	56 (31.8)	
Kush është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?			
Pozitivisht	332 (38.4)	55 (31.3)	0.05
Negativisht	266 (30.8)	51 (29.0)	
Se di	266 (30.8)	70 (39.8)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?			
E mirë-informuar	307 (35.5)	62 (35.2)	0.02
Kam nevojë të di më shumë	448 (51.9)	77 (43.8)	
Nuk di pothuajse asgjë	89 (10.3)	31 (17.6)	
Sdini asgjë	20 (2.3)	6 (3.4)	
E merr informacionin për menopauzën nga librat?	202 (23.4)	43 (24.4)	
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	290 (33.6)	53 (30.1)	0.4
E merr informacionin për menopauzën nga te afërmit?	465 (53.8)	103 (58.5)	0.3
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	247 (28.6)	42 (23.9)	0.2
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	273 (31.6)	50 (28.4)	0.4
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	466 (53.9)	84 (47.7)	0.1

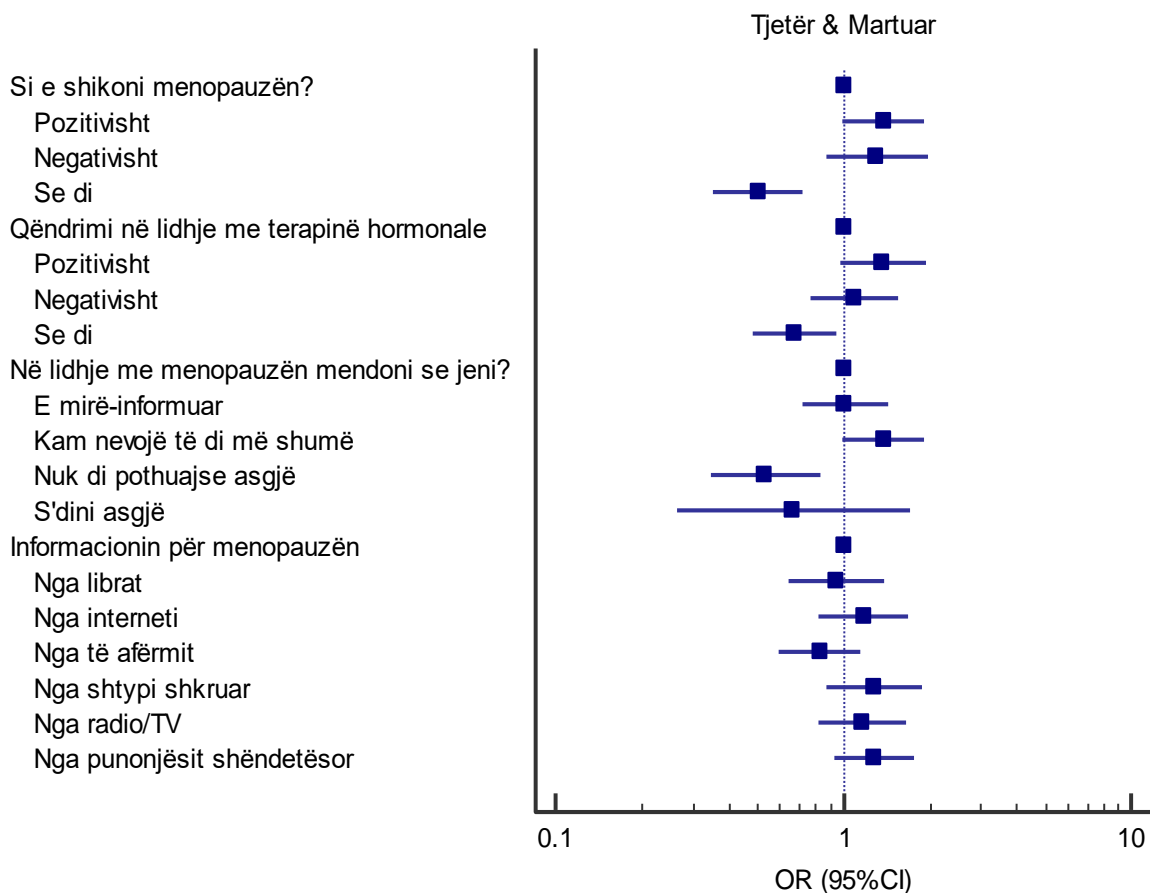


Figura 3. 52 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas statusit civil (OR, 95%CI)

Të martuarat e shohin menopauzën më pozitivisht krahasuar me të tjerat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

487 (56.4%) e të martuarve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 212 (24.5%) e të martuarve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 165 (19.1%) e të martuarve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën. 85 (48.3%) e të tjerëve e shikojnë pozitivisht menopauzën, 35 (19.9%) e të tjerëve e shikojnë negativisht menopauzën dhe 56 (31.8%) e të tjerëve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

Të martuarat kanë qëndrim më pozitiv terapinë hormonale krahasuar me të tjerat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.05$).

332 (38.4%) e të martuarve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 266 (30.8%) e të martuarve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 266 (30.8%) e të martuarve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

55 (31.3%) e të tjerëve kanë qëndrim pozitiv lidhur me terapinë hormonale për menopauzën, 51 (29.0%) e të tjerëve kanë qëndrim negativ lidhur me terapinë hormonale për menopauzën dhe 70 (39.8%) e të tjerëve nuk dinë sesi e shikojnë menopauzën.

Të martuarat kane nevojë të dinë më shumë për menopauzën krahasuar me të tjerat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.02$).

307 (35.5) e të martuarve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 448 (51.9%) e të martuarve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 89 (10.3%) e të martuarve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 20 (2.3%) e të martuarve nuk dinë asgjë për menopauzën. 62 (35.2%) e të tjerëve mendojnë se janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën, 77 (43.8%) e të tjerëve mendojnë se kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën, 31 (17.6%) e të tjerëve nuk dinë pothuajse asgjë për menopauzën dhe 6 (3.4%) e të tjerëve martuarve nuk dinë asgjë për menopauzën.

Informacionin për menopauzën nga librat e marrin 202 (23.4%) e të martuarve dhe 43 (24.4%) e të tjerave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.8$).

Informacionin për menopauzën nga interneti e marrin 290 (33.6%) e të martuarve dhe 53 (30.1%) e të tjerave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.4$).

Informacionin për menopauzën nga të afërmit e marrin 465 (53.8%) e të martuarve dhe 103 (58.5%) e të tjerëve, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.3$).

Informacionin për menopauzën nga shtypi i shkruar e marrin 247 (28.6%) e të martuarve dhe 42 (23.9%) e të tjerave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.2$).

Informacionin për menopauzën nga radio/TV e marrin 273 (31.6%) e të martuarve dhe 50 (28.4%) e të tjerave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.4$).

Informacionin për menopauzën nga punonjësit e shëndetit e marrin 466 (53.9%) e të martuarve dhe 84 (47.7%) e të tjerave, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

Tabela 3. 43 Vlerësimi i njojurive mbi menopauzën sipas Vendbanimit

Pyetjet	Qytet n (%)	Fshat n (%)	P
Si e shikoni menopauzën?			
Pozitivisht	382(56.3)	190(52.6)	0.1
Negativisht	165(24.3)	82(22.7)	
Se di	132(19.4)	89(24.7)	
Kush është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?			
Pozitivisht	251(37)	136(37.7)	0.6
Negativisht	214(31.5)	103(28.5)	
Se di	214(31.5)	122(33.8)	
Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?			
E mirë-informuar	270(39.8)	99(27.4)	<0.01

Kam nevojë të di më shumë	314(46.2)	211(58.4)	
Nuk di pothuajse asgjë	79(11.6)	41(11.4)	
Sdini asgjë	16(2.4)	10(2.8)	
E merr informacionin për menopauzën nga librat?	194(28.6)	51(14.1)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga interneti?	275(40.5)	68(18.8)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga te afërmit?	392(57.7)	176(48.8)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar?	188(27.7)	101(28.0)	0.9
E merr informacionin për menopauzën nga radio/TV?	183(27)	140(38.8)	<0.01
E merr informacionin për menopauzën punonjës shëndeti?	328(48.3)	222(61.5)	<0.01

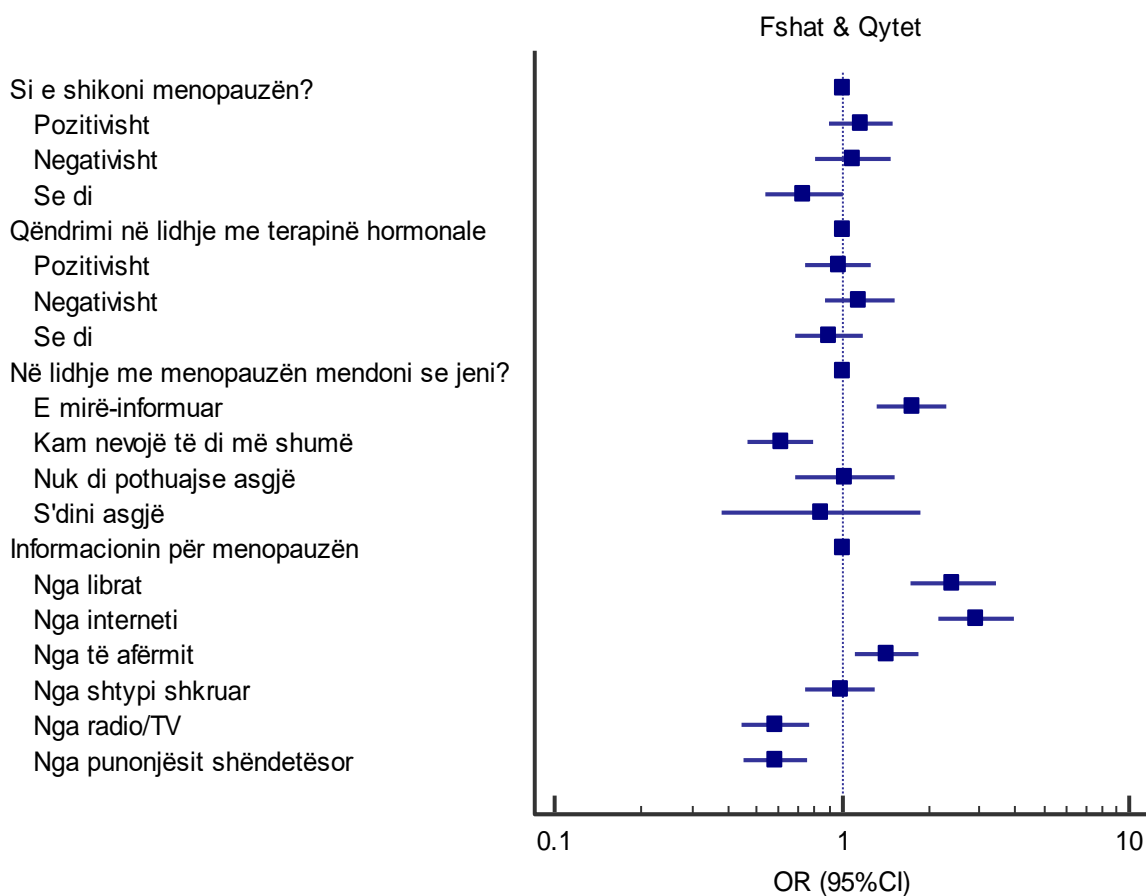


Figura 3. 53 Krahasimi i njohurive mbi menopauzën sipas vendbanimit (OR, 95%CI)

-Vërehet se e shofin pozitivisht menopauzën 382 (56.3) e grave që jetojnë në qytet dhe 190 (52.6) e grave që jetojnë në fshat, negativisht 165 (24.3) e grave që jetojnë në qytet dhe 82 (22.7) e grave që jetojnë në fshat dhe nuk kanë asnjë opinion në lidhje me menopauzën 132 (19.4) e grave që jetojnë në qytet dhe 89 (24.7) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

-Vërehet se kanë qëndrim pozitiv në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën 251 (37) e grave që jetojnë në qytet dhe 136 (37.7) e grave që jetojnë në fshat, qëndrim negativ 214 (31.5) e grave që jetojnë në qytet dhe 103 (28.5) e grave që jetojnë në fshat, dhe nuk kanë asnjë qëndrim në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën 214 (31.5) e grave që jetojnë në qytet dhe 122 (33.8) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.6$).

Gratë që banojnë në qytet janë më të mirë informuara për menopauzën krahasuar me ato që banojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Vërehet se janë të mirë informuara në lidhje me menopauzën 270 (39.8) e grave që jetojnë në qytet dhe 270 (39.8) e grave që jetojnë në fshat, kanë nevojë të dinë shumë gjëra 314 (46.2) e grave që jetojnë në qytet dhe 211 (58.4) e grave që jetojnë në fshat, nuk dinë pothuajse asgjë 79 (11.6) e grave që jetojnë në qytet dhe 41 (11.4) e grave që jetojnë në fshat dhe nuk dinë asgjë 16 (2.4) e grave që jetojnë në qytet dhe 10 (2.8) e grave që jetojnë në fshat.

Informacionin për menopauzën nga librat e marrin 194 (28.6) e grave që jetojnë në qytet dhe 51 (14.1) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Informacionin për menopauzën nga interneti e marrin 275 (40.5) e grave që jetojnë në qytet dhe 68 (18.8) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Informacionin për menopauzën nga të afërmit e marrin 392 (57.7) e grave që jetojnë në qytet dhe 176 (48.8) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Informacionin për menopauzën nga shtypi shkruar e marrin 188 (27.7) e grave që jetojnë në qytet dhe 101 (28) e grave që jetojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.9$).

Informacionin për menopauzën nga radio/TV e marrin 183 (27) e grave që jetojnë në qytet dhe 140 (38.8) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Informacionin për menopauzën nga punonjës shëndeti e marrin 328 (48.3) e grave që jetojnë në qytet dhe 222 (61.5) e grave që jetojnë në fshat, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

Tabela 3. 44 Menopauza e hershme dhe karakteristikat klinike dhe sociodemografike. Analiza bivariate.

Variablat	Menopauza e Hershme		P
	JO[n (%)]	PO[n (%)]	
Rrethi			
Tiranë	441 (49.8)	66 (42.9)	0.1
Tjetër	445 (50.2)	88 (57.1)	
Mosha e menopauzes, M SD	49.5 (±2.9)	41.1 (±2.04)	<0.01
Grupmosha, vite			
≤50	155 (17.4)	66 (42.9)	<0.01
51-60	618 (69.8)	66 (42.9)	
> 61	113 (12.8)	22 (14.2)	
Etnia			
Shqiptar	837 (94.5)	146 (94.8)	0.9
Tjetër	49 (5.5)	8 (5.2)	
Besimi fetar			
Kristian	169 (19.1)	35 (22.7)	0.3
Mysliman	717 (80.9)	119 (77.3)	
Gjendja_civile			
Martuar	747 (84.3)	117 (76.0)	<0.01
Tjetër	139 (15.7)	37 (24.0)	
Vendbanimi			
Fshat	319 (36.0)	42 (27.3)	0.04
Qytet	567 (64.0)	112 (72.7)	
Punësimi			
Papunë	429 (48.4)	59 (38.3)	0.06
Pension	92 (10.4)	21 (13.6)	
Punësuar	365 (41.2)	74 (48.1)	
Duhanpirje			
Jo	740 (83.5)	115 (74.7)	0.01
Po	146 (16.5)	39 (25.3)	
Kontraceptive			
Jo	796 (89.8)	129 (83.3)	0.04
Po	90 (10.2)	25 (16.2)	
BMI			
Nënpeshë	3 (0.3)	0	0.6
Peshë normale	285 (32.2)	51 (33.1)	
Mbipeshë	448 (50.6)	82 (53.2)	
Obeze	150 (16.9)	21 (13.6)	

Në menopauzë të hershme janë 66 (42.9%) gra nga Tirana dhe 88 (57.1%) me origjinë nga rrethe të tjera, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

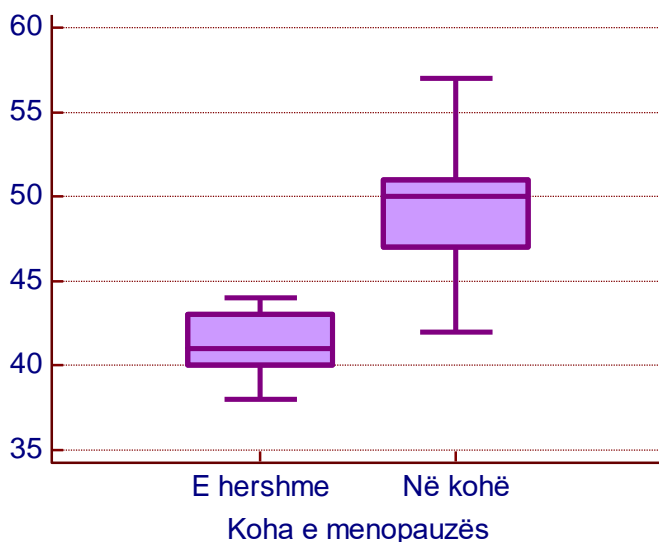


Figura 3. 54 Mosha mesatare në menopauzë të hershme dhe në kohë

Mosha mesatare e grave në menopausë të hershme është 41.1 (± 2.04) vjeç ndërsa e grave në menopausë në kohë është 49.5 (± 2.9) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$)

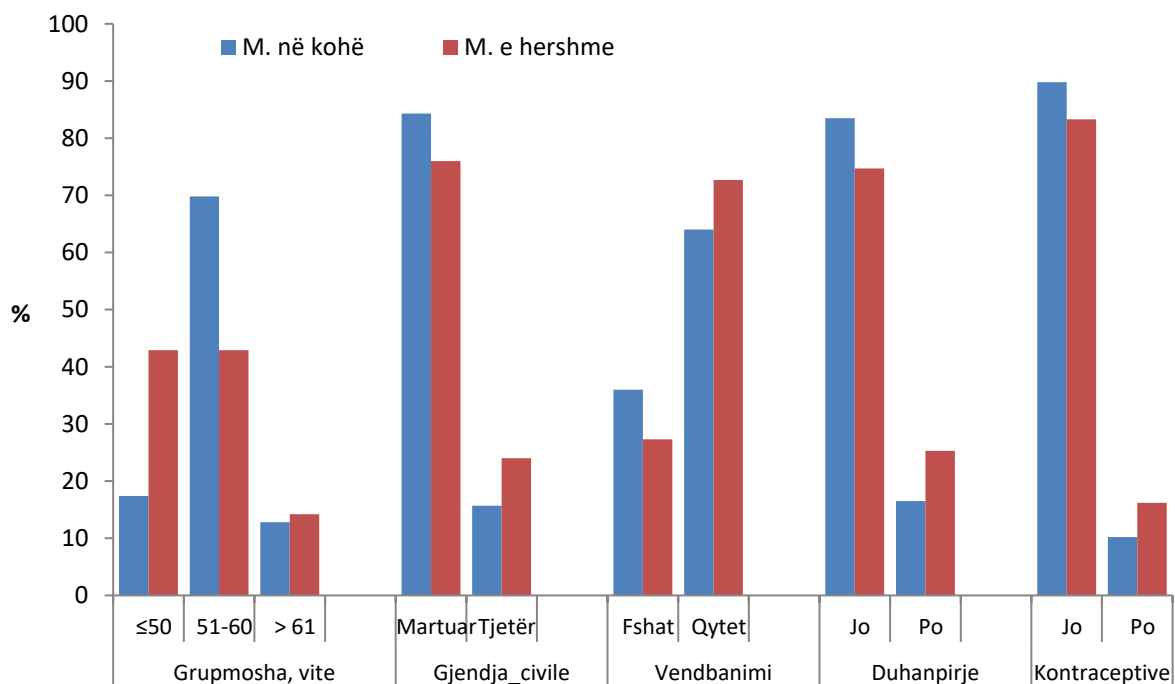


Figura 3. 55 Menopauza e hershme dhe karakteristikat klinike dhe sociodemografike

-Në lidhje me grupmoshën, menopauza e hershme mbizotëron në grupmoshën ≤ 50 vjeç me 66 (42.9%) të rasteve me ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë me 155 (17.4%) të rasteve të kësaj grupmoshe, ($p < 0.01$).

-Etnisë shqiptare i përkasin 146 (94.8%) e grave në menopausë të hershme ndërsa etnisë “tjetër” i përkasin 8 (5.2%) e tyre, pa ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë, ($p = 0.9$).

-Në studim u gjet që menopauza e hershme ndodh më shpesh tek gratë beqare ose me status “tjetër” në 37 (24%) të rasteve me ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë me 139 (15.7%) raste, ($p < 0.01$).

-Gjithashtu, menopauza e hershme ndodh më shpesh tek gratë që banojnë në qytet në 119 (77.3%) të rasteve me ndryshim sinjifikant me gratë në menopausë në kohë me 567 (64%) raste, ($p = 0.04$).

-Nuk u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet grave në menopauzë të hershme dhe në kohë, përta i përket punesimit ($p = 0.06$) dhe kategorive të BMI, ($p = 0.6$).

-Duhanpirëse janë 39 (25.3%) e grave në menopauzë të hershme dhe 146 (16.5%) e grave në menopauzë në kohë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.01$);

Kontraceptive orale përdorin 25 (16.2%) e grave në menopauzë të hershme dhe 90 (10.2%) e grave në menopauzë në kohë, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.04$);

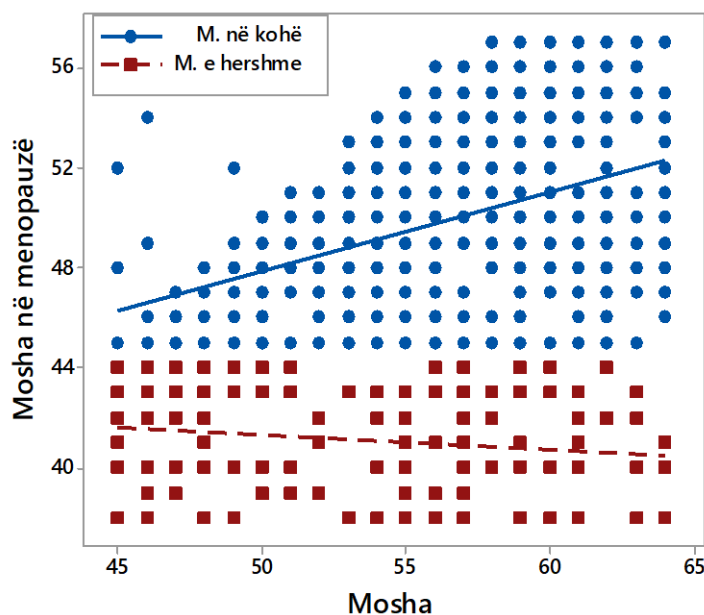


Figura 3. 56 Korrelacioni i moshës aktuale me moshën në menopauzë

Në studim u gjet korrelacion sinjifikant i moshës aktuale me moshën në menopause tek gratë në menopauzë në kohë ($r = 0.46$ $p < 0.01$). Me rritjen e moshës aktuale rritet edhe moshë në menopausë.

Gjithashtu, në studim u gjet korrelacion sinjifikant negativ i moshës aktuale me moshën në menopausë tek gratë në menopauzë të hershme ($r = -0.17$ $p = 0.03$). Menopauza e hershme haset më shpesh në kohortet e reja.

Tabela 3. 45 Korrelacioni i moshës në menopauzë me variablat klinikë

Variablat	r	95%CI	p
Mosha_menarkës I	-0.05	-0.1162 - 0.01478	0.1
Ditë_periodat	0.02	-0.04540 - 0.08590	0.5
Nr.shtatëzënë	0.006	-0.05958 - 0.07177	0.8
Nr. aborte	-0.06	-0.1337 - -0.002963	0.04
Mosha_lindja_pare	0.05	-0.01877 - 0.1124	0.2
Mosha_lindja_fundit	0.08	0.01243 - 0.1453	0.02

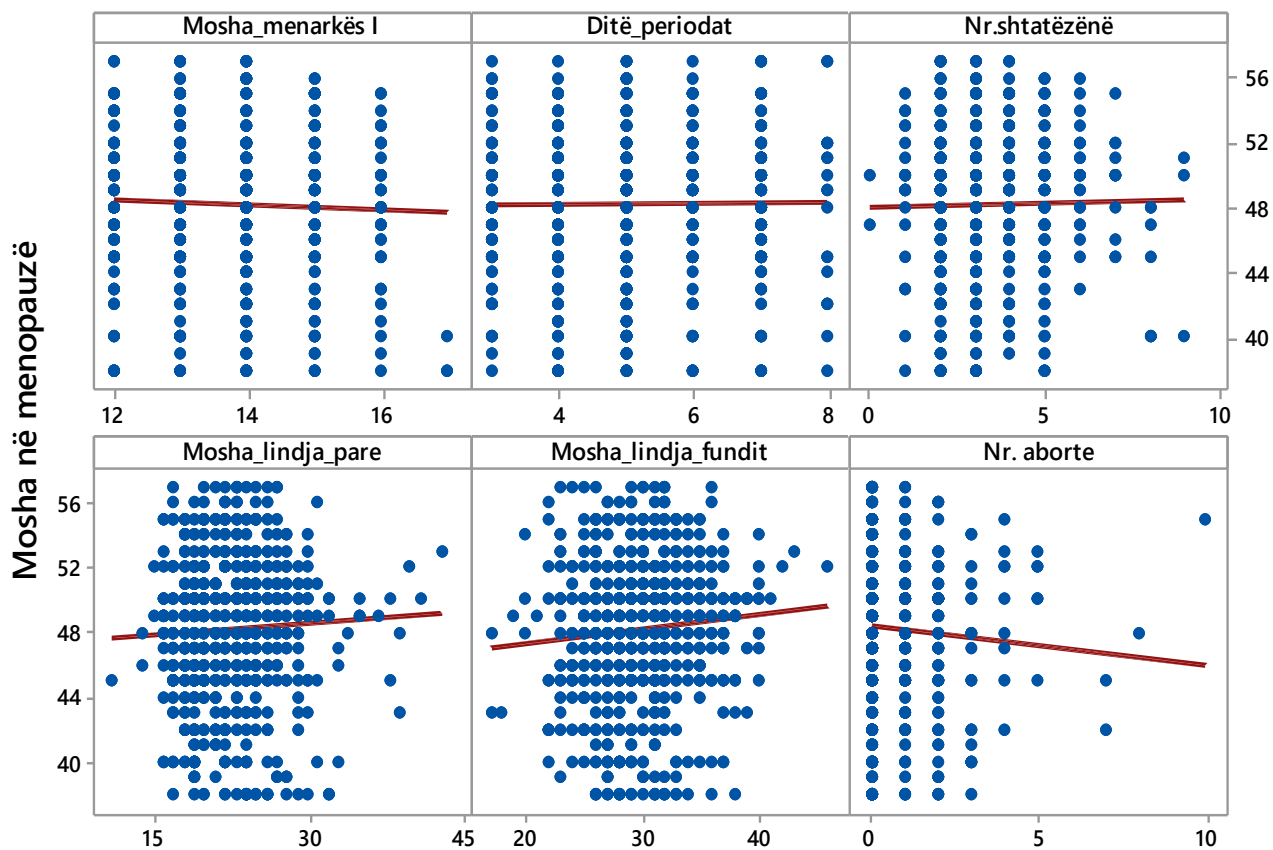


Figura 3. 57 Korrelacioni i moshës në menopauzë me variablat klinikë

Në studim u gjet korrelacion sinjifikant i moshës në menopauzë me numrin e aborteve ($r=-0.06$ $p=0.04$) dhe moshën në lindjen e fundit ($r=0.08$ $p=0.02$).

Tabela 3. 46 Parashikimi i menopauzës së hershme. Analiza e Regresionit Logjistik Multivariat

Variablat	OR	Min	Max	P
Mosha	0.91	0.8701	0.953	<0.01
BMI	0.98	0.9296	1.0418	0.6
Gjendja civile	0.64	0.3716	1.1066	0.1
Vendbanimi	1.32	0.854	2.0431	0.2
Mosha e menstruacionit I-rë	1.27	1.0641	1.529	<0.01
Mosha në lindjen e I-rë	1.00	0.998	1.0021	0.9
Mosha në lindjen e fundit	1.00	0.9991	1.0026	0.3
Nr. i shtatëzanive	0.90	0.778	1.0547	0.2
Seksualisht aktive	0.97	0.6172	1.5295	0.9
Heqja e mitrës	2.70	1.4364	5.1058	<0.01
Sterilizim femëror	0.99	0.3092	3.2255	0.9
Përdorimi i Pilulës	1.77	1.0459	3.0204	0.03
Depoprovere	0.01	0.00512	0.75876	0.9
Duhanpirja	1.71	1.0594	2.7875	0.02
Aktivitet fizik	0.75	0.4567	1.2545	0.2

Faktorë parashikues sinjifikantë dhe të pavarur të menopauzës së hershme janë:

Mosha (kohortet e reja)	OR=0.91	0.8701	0.953	<0.01
Mosha e menstruacionit I-rë	OR=1.27	1.0641	1.529	<0.01
Heqja e mitrës	OR=2.70	1.4364	5.1058	<0.01
Përdorimi i Pilulës	OR=1.77	1.0459	3.0204	<0.03
Duhanpirja	OR=1.71	1.0594	2.7875	<0.02

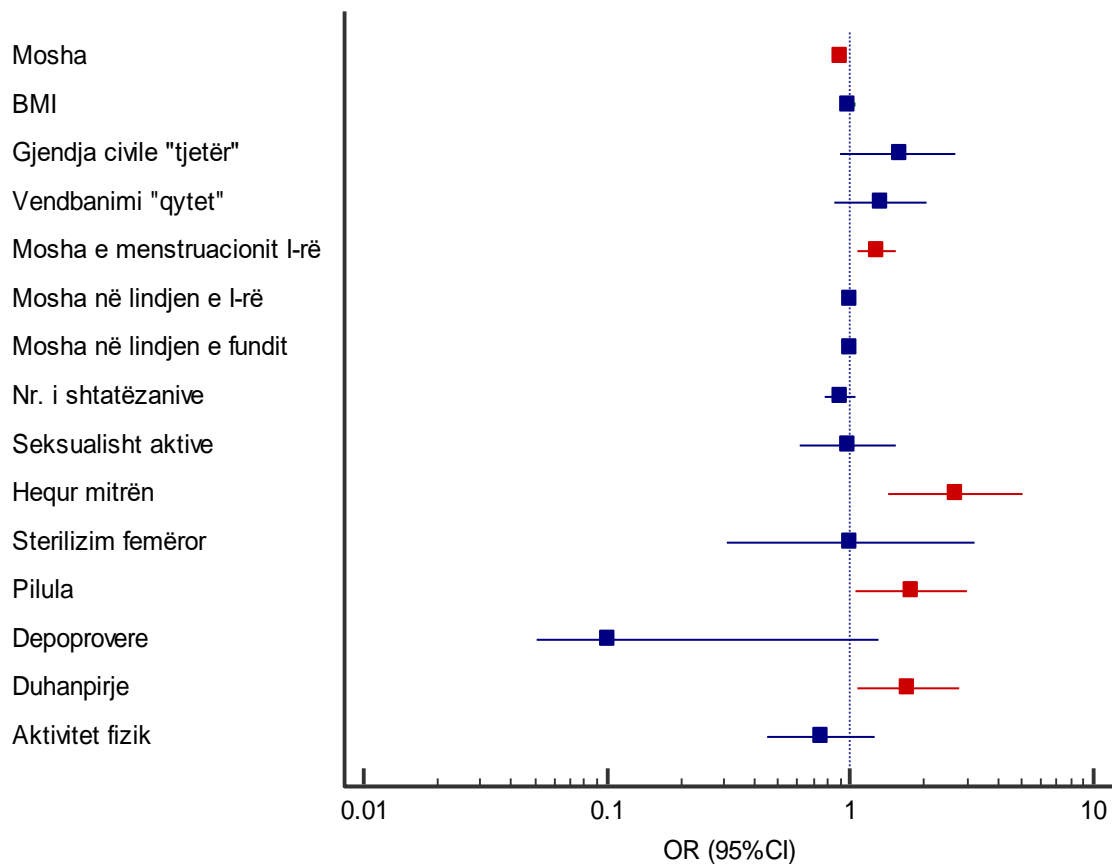


Figura 3. 58 Parashikimi i menopausës së hershme. Analiza e Regresionit Logjistik Multivariat

IV DISKUTIM

❖ Të dhënat Sociodemografike

Në studim morën pjesë 1040 gra me moshë mesatare 54.6 (± 4.81) vjeç, me rang 45-64 vjeç. Moshë mesatare e menopauzës ishte 48.1 \pm 4.2 vjeç, me rang 38 vjeç – 57 vjeç. Në grupmoshën ≤ 50 vjeçja në (21.2%) e grave, në grupmoshën 51-60 vjeç janë shumica e tyre, (65.8%) dhe në grupmoshën >61 vjeç janë 135 (13%) e grave. Shumica janë të etnisë shqiptare 94.5% ndërsa 5.5% janë etni tjetër. Mbizotëron besimi mysliman në 80.4% të grave ndërsa besimi kristian në 19.6% të tyre. Të martuara janë shumica e tyre 83.1% ndërsa status “tjetër” kanë 16.9%.

Shumica e tyre banojnë në qytet (65.3%) ndërsa 34.7% në fshat. Pa punë janë shumica e tyre 46.9%, të punësuar janë 42.2% ndërsa në pension janë 10.9% e tyre.

Në lidhje me moshën e menstruaconit të parë mbizotëron moshë 13-15 vjeç, në shumicën e grave 821 (78.9%) të tyre, me ndryshim sinjifikant me 157 (15.1%) të tyre me moshën e fillimit <12 vjeç dhe 62 (6%) e moshë të fillimit ≥ 16 vjeç.

1.3% e grave nuk kanë kryer asnjë lindje, (40.7%) e tyre kanë bërë 1-2 lindje ndërsa mbizotërojnë ≥ 3 lindje në (58.1%) të grave. Në shumicën e grave (68.3%) moshë e lindjes së parë është ≤ 24 vjeç.

Në shumicën e grave, (45%) të tyre moshë e lindjes së parë është 20-24 vjeç, në (23.3%) të tyre moshë e lindjes së parë është 15-19 vjeç, në (21.2%) moshë është 25-29 vjeç në 37 (3.6%) moshë është 30-34 vjeç dhe në 52 (5%) moshë është ≥ 35 vjeç.

Moshë e lindjes së fundit në 5 (0.5%) të grave është 15-19 vjeç, në 66 (6.3%) është 20-24 vjeç, në 381 (36.6%) është 25-29 vjeç, në 368 (35.4%) është 30-34 vjeç ndërsa në 181 (17.4%) është ≥ 35 vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive.

Shumica e grave (67.8%) e tyre nuk kanë kryer asnjë abort, 1-2 aborte kanë kryer (27.6%) e tyre ndërsa ≥ 3 aborte kanë kryer 48 (4.6%) e grave me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive.

Menopauza ishte e hershme në (14.8%) të grave dhe në kohë në shumicën (85.2%) e tyre. Në (73.5%) të grave menopauza ishte normale në moshën 45-55 vjeç, ndërsa në 23 (2.2%) menopauza ishte e vonshme në moshën ≥ 56 vjeç.

Shumica e grave në studim (50.2%) kanë <5 vite në menopause, ndjekur nga (37.3%) që kanë 5-10 vite, 68 (6.9%) e tyre me 11-16 vite dhe (5.7%) me >16 vite. Në lidhje me karakteristikat klinike sipas etnisë ndryshim sinjifikant u gjet për moshën e lindjes së parë. Në etninë shqiptare lindja e parë mbizotëron në moshën 20-24 vjeç, ndërsa në etninë “tjetër” moshë e lindjes së parë është më e ulët 15-19 vjeç në 47.4% të grave.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i karakteristikat klinike sipas besimit fetar.

Në lidhje me gjendjen civile ndryshim sinjifikant u gjet për vitet në menopauze ku për të martuarat mbizotëron periudha <5 vite në (52.6%) të tyre krahasuar me 38.7% të grave me gjendje civile “tjetër”.

Gjithashtu u gjet ndryshim sinjifikant për moshën në menopauzë. Menopauza e hershme mbizotëron tek gratë me gjendje civile “tjetër”, në (21%) të tyre krahasuar me 13.5% gra të martuara. Në lidhje me vendbanimin moshë më e shpeshtë e menstruaconit të parë në qytet ishte 13-15 vjeç në (80.7%) të grave ndërsa në fshat ishte më e shpeshtë në moshën

≥16 vjeç (9.1%) krahasuar me qytetin (4.3%). Shpeshtësia e lindjes së parë në moshën ≥ 30 vjeç është më e lartë në qytet (10.8%) krahasuar me 4.4% në fshat. Në fshat mbizotërojnë ≥3 lindje në (69.8%) të grave nga fshati krahasuar me qytetin në 51.8%) të grave. Abortet janë më të shpeshta tek gratë e qytetit në 34.4% të tyre, krahasuar me 27.9% të grave të fshatit. Moshja e menopauzës është më e hershme në qytet (16.5%) krahasuar me 11.6% të grave të fshatit.

Në fshat mbizotëron menopauza normale në moshën 45-55 vjeç në 78.4% të grave, (%) krahasuar me 70.8% të grave të qytetit, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.05). Në lidhje me punësimin u gjet që te gratë e punësuar mbizotëron moshja 13-15 vjeç e menarkës së parë (83.6%) me ndryshim sinjifikant me të papunat (74.8%) dhe pensionistet (78.8%).

Gratë e punësuar kanë shpeshtësi të ulët të lindjeve në moshën 15-19 vjeç (14.4%) dhe shpeshtësi më të lartë të lindjeve në moshën 25-29 vjeç (27.3%), me ndryshim sinjifikant me të papunat.

Menopauza normale mbizotëron te gratë e papuna (77.3%) me ndryshim sinjifikant më të punësuarat (71.1 %) dhe pensionistet (66.4%).

Gratë e punësuar kanë shpeshtësi të lartë në menopauzë <5 vite, me ndryshim sinjifikant më të papunat dhe pensionistet.

Gratë me arsim deri në 8 vjeçar kanë më shpesh moshën e menarkës së parë <12 vjeç, me ndryshim sinjifikant me arsimin 9-12 vjet (14.1%) dhe 13+ vjet (13.7%).

Tek gratë me arsim deri në 8 vjeçar mbizotëron moshja e hershme e lindjes 15-19 vjeç (46.7%), tekato me arsim 9-12 vjet moshja 20-24 vjeç (50.8%) ndërsa tek ato me arsim 13+ vjeç moshja 25-29 vjeç (33.7%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Në moshën ≥35 vjeç kanë lindur 19.3% e grave me arsim deri në 8 vjeçar, 17.8% me arsim 9-12 vjet dhe 15.5% me arsim 13+ vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Tek gratë me arsim deri në 8 vjeçar mbizotërojnë ≥3 lindje (75.4%), me ndryshim sinjifikant me gratë me arsim 9-12 vjet (56.6%) dhe ato me arsim 13+ vjet (44.8%) (p<0.01).

Moshja mesatare e grave në menopausë të hershme është më e vogël 41.1 (±2.04) vjeç se moshja e grave në menopauze në kohë, 49.5 (±2.9) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre. Në analizen bivariate menopauza e hershme mbizotëron në grupmoshën ≤50 vjeç (42.9%), ndodh më shpesh tek gratë beqare ose me status "tjetër" (24%), ndodh më shpesh tek gratë që banojnë në qytet (77.3%), tek duhanpirëset (25.3%) dhe gratë që përdorin kontraceptivë orale (16.2%)

Në studim u gjet korrelacion sinjifikant i moshës aktuale me moshën në menopauze tek gratë në menopauze në kohë. Me rritjen e moshës aktuale rritet edhe moshja në menopauzë.

Gjithashtu, në studim u gjet korrelacion sinjifikant negativ i moshës aktuale me moshën në menopauzë tek gratë në menopauzë të hershme e cila haset më shpesh në kohortet e reja. Në studim u gjet korrelacion sinjifikant i moshës në menopauze me numrin e aborteve dhe moshën në lindjen e fundit.

Në lidhje me menopauzën e hershme në studim nuk rezultoi ndryshim sinjifikant sipas rrethit, etnisë, besimit fetar, punësimit dhe BMI.

Faktorë parashikues sinjifikante dhe të pavarur të menopauzës së hershme janë: moshja kohortet e reja, moshja e menstruacionit I-rë, heqja e mitrës, përdorimi i pilulës dhe duhanpirja.

Në studim u vërtetuan hipotezat që menopauza e hershme ndikohet nga faktorët sociodemografikë dhe të stilit të jetesës dhe gjithashtu që shpeshtësia e simptomave është më e madhe tek gratë në menopauzë të hershme.

❖ **Vlerësimi i Shëndetit të Gruas**

Në studim u gjet korrelacion i dobët sinjifikant i BMI me moshën. Me rritjen e moshës rritet edhe BMI dhe mardhënia është sinjifikante. Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i BMI mesatare sipas grupmoshës. Në studim shumica e grave (45.1%) e vlerësojnë të mirë shëndetin (9.7%) e grave e vlerësojnë shumë të mirë shëndetin ndërsa 35.5% e tyre e vlerësojnë jo të keq (mesatar) dhe vetëm 5.2% e tyre e vlerësojnë të keq shëndetin.

❖ **Historia Shëndetësore Aktuale**

Nga problemet shëndetësore në studim mbizotëron Pagjumësia (40.8%), HTA (36.3%), Migrenë (32.9%), Ankhth_Stres (32.6%), Konstipacion (28.2%), Probleme Shikimi (23.8%), Shtim_Peshe (22.7%), Diabet (20.6%), Osteoporozë (18.3%), me ndryshim sinjifikant me Arthritis (14.8%), Vena Varice (14.6%), Sem Tiroides (12.6%), Anemi (10.2%), Mosmbajtje e Urinës (7.5%), Depresion (6.4%), Fibromiomë (6%), Kancer (5.9%), Katarakt (5.3%), Astmë (4.2%), Sëm. Hepar (4%), Sterilitet (1.7%), Atak_Zemër (1.1%), H. Cerebrale (0.6%).

Në shpërndarjen sipas grupmoshës rezultojnë që migrena (38.5%), ankthi/stresi (40.3%), konstipacioni (37.6%) mbizotërojnë në grupmoshën ≤50 vjeç.

Ataku në zemër (1.6%) mbizotëron në grupmoshën 51-60 vjeç.

HTA (54.1%), diabeti (28.1%), problemet me shikimin (29.6%), me heparin (7.4%), me artritin (20%) me kataraktin (10.4%) dhe mosmbajtja e urinës (13.3%) mbizotërojnë në grupmoshën 61+ vjeç.

Kanceri u diagnostikua më shpesh te gratë në menopauzën e hershme (10.4%) krahasuar me gratë në menopausë në kohë (5.1%). Gjithashtu, steriliteti u gjet më shpesh te gratë në menopauzën e hershme (5.2%) krahasuar me gratë në menopause në kohe (1.1%).

Astma u gjet më shpesh te gratë në menopauzën e hershme (7.8%) krahasuar me gratë në menopauzë në kohë (3.6%).

Me rritjen e viteve në menopauzë u gjet një trend sinjifikant i rritjes së shpeshtësisë së kancerit, HTA, diabetit, atakut të zemrës/infarktut, sëmundjeve të melcisë/fshikezës, osteoporozës, mosmbajtjes së urinës, dhe astmës.

Ankthi dhe stresi hasen më shpesh në periudhën <5 vite (40.2%) dhe 11-16 vite (38.2%). Fryerja e barkut (konstipacioni) (42.6%) dhe problemet me shikimin (44.3%) hasen më shpesh në periudhën 11-16 vite.

Gratë e fshatit vuajnë më shpesh nga HTA (43.5%) krahasuar me gratë e qytetit (32.5%) dhe nga pagjumësia (48.2%) kundrejtë 36.8%).

Gratë e qytetit vuajnë më shpesh nga problemet me shikimin (27.5%) kundrejtë (16.9%) në fshat, nga depresioni (rënie humori) (8.1%) kundrejtë (3.3%), nga Osteoporoza (20.5%) kundrejtë (14.1%), mosmbajtja e urinës (incontinencë) (10.2%) kundrejtë (2.5%), shtimi në peshë (direkte) (26.2%) kundrejtë (16.1%) e atyre që banojnë në fshat.

❖ **Historia Gjinekologjike**

Periodat janë të rregullta në shumicën e grave (81.8%) me kohë zgjatja mesatare 5.2 (1.3) ditë me rang 3 – 8 ditë, dhe me dhimbje në shumicën (60.2%).

Shumica e grave (63.2%) referojnë që menopauza nuk është sëmundje, 17.9% e tyre referojnë që është sëmundje ndërsa 18.9% e tyre nuk e dinë. Mitrën e kanë hequr vetëm 7.7% e grave ndërsa 92.3% e tyre jo. Mbizotëron menopauza natyrale në shumicën e grave (89.6%) (spontane), në 7% ishte kirurgjikale (heqje e dy vezoreve) dhe “tjetër” në 3.4% të tyre ($p < 0.01$).

Në studim rezultojnë nivele mesatare të uleta të ekzaminimeve mjekësore të grave.

Shumica e grave (64.3%) e kanë ekzaminuar gjoksin, ndërsa Pap test kanë kryer rreth gjysma e grave (51.9%) pa ndryshim sinjifikant me 48.1% prej tyre që nuk e kanë kryer.

Probleme në pap test kanë rezultuar në (4.7%) të grave që e kanë kryer pap testin.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmohës në lidhje me rregullsinë e periodave, kohëzgjatjen, praninë e dhimbjes, heqjen e mitrës, njohurinë mbi menopauzën si sëmundje dhe llojin e menopauzës.

Gjithashtu nuk u gjet ndryshim sipas grupmohës në lidhje me ekzaminimin e gjoksit, kryerjen e pap testit dhe rezultatin e pap testit.

Mamografi kanë kryer shumica e grave (63.3%) e cila ka rezultuar me probleme në (8.4%) të grave që kanë kryer ekzaminimin.

Ekzaminim biopsie për gjirin kane kryer 11% e grave; Testet e funksionit të heparit i kanë kryer 51.5% e grave, pa ndryshim sinjifikant me 48.5% të tyre që nuk i kanë kryer. Me probleme të heparit kanë rezultuar (12.6%) e grave që kanë kryer ekzaminimin.

Testet e tiroides i kane kryer 52.4% ndërsa 47.6% e tyre nuk i kanë kryer, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre. Me probleme të tiroides kanë rezultuar rreth 1/3, (29.7%) e grave që kryen ekzaminimin.

Ekzaminimin e yndyrnave në gjak e ka kryer shumica e grave (81.9%). Me problem me yndurnat rezultuan 43.3% nga gratë që kryen ekzaminimin.

Ekzaminimin e diabetit e kanë kryer shumica e grave (78.7%) ndërsa 21.3% nuk e kanë kryer.

Ekzaminimin e densitetit kockor e kanë kryer 48.2% ndërsa 51.8% e tyre nuk e kanë kryer. Probleme me densitetin kockor paraqiten (46.6%) prej grave që kryen ekzaminimin.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmohës në lidhje me: mamografinë, problemet me mamografinë, biopsinë e gjirit, funksionet e heparit, problemet me funksionin e heparit, ekzaminimin e tiroides dhe problemet me tiroiden.

Gjithashtu, nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas grupmohës në lidhje me ekzaminim për diabet, densitetin kockor dhe problemet me densitetin kockor.

Ndryshim sinjifikant u gjet për problemet me yndyrnat të cilat ishin më të shpeshta në grupmoshën 61+ vjeç (56.6%), krahasuar me grupmoshën 51-60 vjeç (39.9%) dhe grupmoshën ≤50 vjeç.

U gjet që (82.2%) e grave që jetojnë në qytet dhe (81.2%) e grave që jetojnë në fshat kanë patur period atë rregullta, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Nuk u gjet ndryshim sipas vendbanimit në lidhje kohëzgjatjen dhe dhimbjen gjatë ciklit, vitet në menopauzë, problemet me pap test, problemet me mamografinë, me ekzaminimin dhe biopsinë e gjirit, me funksionin e mëlçisë, me ekzaminimin dhe problemet me tiroiden, me testimin dhe problemet me diabetin dhe yndyrnat në gjak, dhe me në lidhje me frekuencen e menopauzës kirurgjikale.

Gratë e qytetit (20%) e konsiderojnë më shpesh menopauzën si një sëmundje kundrejt (12.5%) të grave të fshatit, menopauza e tyre kanë ardhur nga mënyra të tjera (4.3%) kundrejtë (1.7%), shumica e tyre kanë vetë-ekzaminuar gjoksin (61.1%) kundrejt (48.5%) të grave të fshatit, jane ekzaminuar për Pap Test (49.2%) kundrejtë (36.6%), kanë kryer mamografi (60.7%) kundrejtë (47.6%).

Gratë e fshatit janë ekzaminuar më shpesh për funksionimin e mëlçisë (49%) kundrejtë 38.1%) të grave të qytetit dhe kanë më shpesh menopauzë natyrale (spontane) (92.2%) kundrejtë (88.2%).

❖ **Historia Obstetrikale**

Metoda kontraceptive e përdorur më shpesh në studim është metoda e tërheqjes në shumicën e grave (69.9%), ndjekur nga prezervativi (20.9%), metoda kalendarike (11.2%), pilula (11.1%), sterilizim femëror (2.9%) DIU spirale (2.7%), Depoprovore 0.9% dhe sterilizim mashkullor (0.7%).

Ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës u gjet për përdorimin e prezervativit i cili përdoret më shpesh në grupmoshën ≤50 vjeç (31.1%), krahasuar me grupmoshën 51-60 vjeç (18.5%) dhe 60+ vjeç (15.4%).

Nuk u gjet ndryshim sipas vendbanimit në lidhje me metodën e sterilizimit femëror, metodën e sterilizimit mashkullor, përdorimin e pilulave, përdorimin e DIU (spirales), injeksionin hormonal (depoprovore), përdorimin e prezervativit, aktivitetin seksual, humbjes së dëshirës seksuale, përdorimin e medikamenteve, marrjen e hormoneve të tiroides, përdorimin e kontraceptivëve dhe tësuplementeve.

Në studim u gjet që metoda e tërheqjes është përdorur më shpesh nga gratë që jetojnë në fshat (67.3%) kundrejt atyre të qytetit (51.8%) dhe gjithashtu gratë e fshatit kanë më shpesh dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale (28.3%) kundrejt (16.8%) të grave të qytetit. Metoda kalendarike (10.6%) dhe hormone për menopauzën (6.4%) janë përdorur më shpesh nga gratë e qytetit krahasuar me gratë e fshatit në përkatësisht 6.4% dhe 3.4%.

❖ **Historia Seksuale**

U gjet që shumica e grave janë seksualisht aktive (54.7%) kundrejtë 45.3% që nuk janë. Gjithashtu u gjet një trend sinjifikant në rënie i aktivitetit seksual me rritjen e moshës.

Humbje të dëshirës seksuale referojne shumica e grave (62.4%) e tyre. U gjet një trend sinjifikant në rritje i humbjes të dëshirës seksuale me rritjen e moshës.

Dhimbje gjatë marrëdhënies referojne 20.8% e grave pa ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës.

❖ **Mjekimi Aktual**

Medikamente për menopauzen përdorin (11.5%) e grave (95% CI 9.6 – 13.6) ndërsa suplemente përdorin shumica (51.7%) e tyre (95% CI 48.6 – 54.8).

Nga gratë që marrin medikamente 47.5% e tyre marrin hormone për menopauzë, 17.5% marrin hormone të tiroides dhe 35% e tyre marrin kontraktivë.

❖ **Historia Familjare e Sëmundjeve**

Më shumë se gjysma e grave 605 (63.7%) referojnë që nënat e tyre kanë HTA, me ndryshim sinjifikant me 345 (36.3%) të tyre që nuk kanë ($p < 0.01$).

Më pas vijnë problemet me diabet (38.9%), osteoporozë (28.7%), sëmundje të tiroides (18%), infarkt (15.5%), sëmundje depresive (10.3%), mpiksje gjaku (8.9%), Ca. të zorrës (8.2%), hemorragji cerebrale (8.1%), frakturë kockore (6.5%), Ca. gjiri (5.8%), Ca. vezoreve (5.5%).

Historia e nënës për rastet sipas vendbanimit u gjet që hipertensioni (53.2%), kanceri në zorre (9.1%) dhe mpiksja e gjakut (9.9%) është më i shpeshte tek nënat e rasteve që jetojnë në qytet krahasuar me fshatin.

Ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës u gjet tek infarkti dhe sëmundja e tiroides.

Infarktin e nënës e ka referuar më shpesh grupmosha 61+ vjeç (21.4%) me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera. Gjithashtu, sëmundjen e tiroides e ka referuar me shpesh grupmosha 61+ vj (25.4%) me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera.

❖ **Sjellje –Zakone Personale**

Në lidhje me sjellje (zakone) personale, në studim u gjet një nivel i ulët i aktiviteti fizik të grave. Rreth 1/4 e grave (22.9%) nuk kryejnë asnjëherë aktivitet fizik, 25.5% e tyre kryen çdo ditë, 15.4% herë pas here, rrallë 23.6% dhe të paktën 3 herë në javë 12.5% e tyre, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive.

Mbizotëron aktiviteti i vrap/ecje në 88.2% të grave ndjekur nga palestër (4.5%), joga (1%) dhe tjetër (6.3%).

Mbizoterojnë problemet e gjumit në shumicën e grave (53.8%). 27.3% e tyre marrin medikamente gjumi, 25.7% janë në dietë të veçantë, e cila konsiston në pak yndyra (47.6%), më pak karbohidrate (25.2%), shumë proteina (14.4%) dhe vegjetariane (12.8%).

Dietë për rënie peshe përdorin 10.1% e grave, shumica e grave përdorin kos (80.5%), djath (76%) dhe qumësht (68.1%).

Duhanpirja u gjet në 185 (17.8%) të grave (95% CI 15.5 – 20.3), kafe pijnë 91.2% e grave ndërsa alkool 9.5% e tyre (95% CI 7.8 – 11.4).

Mbizotërojnë gratë që pinë 5-10 cigare në ditë (47%) ndjekur nga ato që pinë 11-15 cigare në ditë (31.9%) dhe ato me >15 cigare në ditë (21.1%).

Në lidhje me grupmoshën, u gjet një trend linear sinjifikant i rënies së shpeshtësisë së aktivitetit fizik me rritjen e grupmoshës.

Palestrën e frekuenton më tepër grupmosha ≤50 vjeç (7.2%) ndërsa grupmosha 61+vjeç merret me tjetër aktivitet fizik (13%), me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive.

Gjithashtu, u gjet një trend linear sinjifikant i rritjes së shpeshtësisë së marrjes së medikamenteve të gjumit me rritjen e grupmoshës dhe i rënies së përdorimit të alkoolit me rritjen e grupmoshës.

Sjelljet (zakonet) personale që gratë që jetojnë në qytet kryejnë më shpesh krahasuar me gratë e fshatit përfshijnë: mbajtja e një dietë të veçantë (29%), konsumojnë më pak yndyrna (13.3%), pijnë më shpesh kafe (92.6%) dhe alkool (11.5%).

Sjelljet (zakone) personale që gratë që jetojnë në fshat kryejnë më shpesh krahasuar me gratë e qyteti përfshijnë aktivitetet fizik/ushtrime çdo dite në 36% të tyre krahasuar me 19.6% në qytet.

❖ **Shëndeti Mendor**

Në lidhje me shëndetin mendor, mbizotëron mërzia në shumicën (72.8%) të grave), ulja e interesit për gjërat që më parë kanë pëlqyer (66.2%) dhe marrja e medikamenteve qetësuese rreth $\frac{1}{3}$ e tyre (27.8%).

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant në shëndetin mendor sipas grupmoshës. Mungesa e interesit për gjërat që më parë i kanë pëlqyer është më e shpeshtë te gratë që jetojnë në fshat (70.1%) krahasuar me 414 (61) e grave që jetojnë në qytet.

❖ **Lista e Simptomave në Menopauzë**

Në totalin e grave simptoma kanë shfaqur 833 ose 80% e tyre.

Simptomat e shfaqura te gratë janë dhimbje artikulationesh/muskujsh (80.1%), afshet e nxehta (77.9%), lodhje e zakonshme (77.3%), dhimbje koke (71.9%), vështirësia për gjume (67.9%), djersitja natën (66.1%), shtim në peshë (55.3%), fryrje stomaku (62.9%), gazra konstipacion (62.3%), rrahje të shpeshta zemre (59.9%), lëkurë e lëshuar (57.3%), nervoze/depresive janë (56.3%), përqëndrim dhe kujtesë e dobët (56.1%), urinim të shpeshtë (49.1%), vaginë të thatë (41.3%), të qara të shpeshta kanë (37.8%), dhimbje/djegje gjatë urinimit (30.9%), rrjedhje/infeksion vaginal (22.2%), dhimbje gjatë aktit seksual referojnë 21.3%, dhimbje në brendësi gjatë aktit seksual referojnë 16.9%, dhehemorragji gjatë aktit (9.2%).

Afshet e nxehta mesatare dhe të shpeshta (83.7%) dhe dhimbja gjatë aktit seksual (26.8%) është më e shpeshtë në grupmoshën ≤50 vjeç.

Ndërsa në grupmoshën 61+ vjeç mbizotërojnë: rrahjet e shpeshta të zemrës (70.4%), lëkura e lëshuar (63.7%) dhe përqëndrimi dhe kujtesa e dobët (70.4%), urinim i shpeshtë,

dhimbja/djegia gjatë urinimit, gazra konstipacion, vagina e thatë dhe dhimbja e artikulacioneve/muskujve.

Përsa i përket shpeshtësisë së simptomave sipas kohës së menopauzës në studim u gjet që “të qarat e shpeshta” (46.8%) dhe lëkuara e lëshuar (65.6%) ishin më të shpeshta në menopauzën e hershme krahasuar me menopauzën në kohe në përkatësisht 36.2% dhe 55.9%.

Tek gratë <5 vite në menopausë mbizotërojnë: afshet e nxehta (82.6%), hemorragjia gjatë aktit seksual (33.1%).

Fryrja e stomakut mbizotëron në gratë me <5 vite, 321 (64.6%) dhe 5-10 vite, 241 (65.3%); Shtimi në peshë mbizotëron në gratë me <5 vite, 323 (65.0%) dhe 5-10 vite, 250 (67.8%); Lodhja e zakonshme është më e shpeshtë te gratë <5 vite dhe 11-16 vite në menopausë, përkatësisht nga 77.9%; Përqëndrimi dhe kujtesa e dobët është më e shpeshtë të gratë me 5-10 vite (60.2%) dhe 11-16 vite (61.8%). Dhimbja dhe djegia gjatë urinimit mbizotërojnë te grate me 5-10 vite në menopauze, 122 (33.1%). Dhimbja e artikulacioneve, muskujve është më e ulët te gratë >16 vite në menopauze, 43 (76.8%), ndërsa është pothuajse në një nivel në tre kategorite e tjera ≈80%;

Afshet e nxehta, djersitja natën, vështirësia për gjumë, dhimbja e kokës, rrjedhja/infeksioni vaginal, fryrja e stomakut dhe dhimbja e muskujve artikulacioneve mbizotërojnë më tepër në fshat krahasuar me qytetin.

Në studim, numri mesatar i simptomave të shpeshta tek gratë është 3.7 me rang 1- 19 simptoma.

Shumica e grave kanë nga një simptome të shpeshtë (29.3%), ndjekur nga (16.6%) me dy simptoma, (14.5%) me tre simproma, (9.4%) me katër simptoma,(7.2%) me 5 simptoma dhe (23.1%) me mbi > 5 simptoma.

U gjet korrelacion i dobët sinjifikant i moshës me numrin e simptomave. Me rritjen e moshës rritet edhe numri i simptomave dhe marrëdhënia është sinjifikante, ndërsa nuk u gjet korrelacion sinjifikant i numrit të simptomave me BMI. Ndërsa u gjet korrelacion sinjifikant negativ i moshës së menopauzës me numrin e simptomave i cili është më i madh në menopauzë të hershme.

Numri mesatar i simptomave të shpeshta është më i lartë tek gratë që kanë 11-16 vjet (M=4.5) dhe >16vjeç (M=4.3) në menopauzë me ndryshim sinjifikant me gratë me <5 vite (M=3.5) dhe 5-10 vite (M=3.9) por pa ndryshim sinjifikant ndërmje tyre.

Numri i simptomave është më i lartë te gratë në menopauzë të hershme (M=5.0) me ndryshim sinjifikant krahasuar me gratë në menopauzë në kohë (M=2.9).

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas vendbanimit. Gratë në fshat kanë mesatarisht (M=3.9) simptoma ndërsa gratë në qytet kanë (M=3.6) simptoma.

Gjithashtu, nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas statusit civil. Gratë e martuarat kanë mesatarisht (M=3.8) simptoma ndërsa gratëme status “tjetër” kanë (M=3.6) simptoma.

Simptomat e menopauzës janë të zakonshme dhe shqetësuese për shumë gra, por ato shpesh nuk trajtohen.

Në studimet e kryera në Europë në gratë në menopauzë, deri në 90% kanë raportuar se kanë përjetuar simptoma në një moment gjatë tranzicionit menopausal (84-86) dhe rreth gjysma e tyre i konsideronin simptomat e tyre shqetësuese. Megjithatë, shumica e tyre nuk kishte kërkuar konsultime mjekësore (87).

Në një studim të kryer në pesë vende europiane Francë, Gjermani, Itali, Spanjë, dhe Mbretëria e Bashkuar, prevalenca e përgjithshme e simptomave të menopauzës ishte 67% (2610/3890). Deri në 75% e grave të anketuarve në katër vende aktualisht kishin ose kishin pasur në të kaluarën simptoma të menopauzës. Prevalenca më e ulët rezultoi në Francë (60%). Këto të dhëna të literaturës janë të ngjashme me rezultatin e studimit tonë ku prevalencë e simptomave rezultoi 80% (88, 89).

Gjithashtu, gjetje të ngjashme me studimin tonë raportohen përsa i përket llojit dhe prevalencës së simptomave. Nga gratë që kishin përjetuar ndonjëherë simptoma të menopauzës, afshet e nxehta ishin simptoma më e shpeshtë, në afërsisht 85% në të pesë vendet (82% deri në 89%). Me përjashtim të grave në Mbretërinë e Bashkuar, prevalenca e djersitjes gjatë natës ishte e ngjashme midis vendeve (57% deri në 67%); në Mbretërinë e Bashkuar, incidenca ishte më e lartë, me 75% te grave që përjetonin djersitje gjatë natës. Çrregullimet e gjumit u raportuan nga 54% në 65% të femrave në pesë shtete, thatësia vaginale u përjetua nga 32% në 45%, dhe mosfunksionimi seksual u raportua nga 13% në 24%. Në studimin tonë simptoma kanë shfaqur 80% e grave, prevalenca e djersitjes gjatë natës ishte 66.1%, vështirësia për gjumë (67.9%) dhe vaginë e thatë në 41.3% të tyre. Moshë mesatare e menopauzës në studimin tonë është 48.1 vjeç, e cila është më e ulët krahasuar me moshën mesatare të menopauzës në vendet e perëndimore të industrializuara që variojnë nga 50 vjeç deri në 52 vjeç (90).

Në literaturë, moshë në menopauzë është studiuar në të gjithë botën. Ka disa studime që sugjerojnë se gjatë periudhës së shekullit të njëzetë ka patur rritje modeste në moshën mesatare në menopauzë (91,92). Në një studim ndërkombëtar që përfshiu 18997 gra nga 11 vende u gjet që moshë mesatare e menopauzës natyrore ishte 50 vjeç (rangu, 49-52 vjet), (93) ku afrikane, hispanike, kineze dhe tailandeze kanë një moshë më të hershme në menopauzë krahasuar me japonezët dhe malajzianët kanë një moshë të ngjashme me gratë evropiane.

Disa studime e lidhin menopauzën e hershme me një zhvillim të dobët, kushte të dobëta socio-ekonomike dhe divorc prindëror (91). Përveç kësaj, studimet kanë gjetur se gratë që jetojnë në zonat urbane kanë një menopauzë të mëvonshme natyrore, krahasuar me ata që jetojnë në zonat rurale, ndërsa në studimin tonë rezultoi që menopauza e hershme haset më shpesh në zonën urbane (94). Po kështu, një moshë më e hershme në menopauzë shoqërohet me një klasë më të ulët shoqërore (94,95), multiparitetin ose me pak fëmijë, nivel arsimor të ulët (93), duhanpirje dhe beqarine, gjetje këto të njëjta me studimin tonë. Megjithëse, gjetja më e qëndrueshme ka qenë se menopauza ndodh 1-2 vjet më heret për duhanpirëset sesa jo-duhanpirëset (93,96,97) Moshë në menopauzën të hershme është identifikuar gjithashtu me vdekshmërinë nga të gjitha shkaqet. Një studim i bazuar në popullatë ka treguar se gratë që kishin menopauzë para moshës 40 kishin një vdekshmëri 50% më të lartë se ato që përjetuan menopauzën në moshën 50 vjeç ose më vonë (98,99). Megjithatë, menopauza e vonshme rrit rrezikun e vdekjes nga kanceri i gjirit (100,101). Ka një variabilitet në lidhje me moshën në menopauzë anëmbanë botës. Në SHBA, moshë në menopauzë është raportuar 51.4 vjeç (93). Kjo është e krahasueshme me vendet e tjera, si Zvicra (102), Çekia (103) dhe Italia (104), ku moshë në menopauzë është përkatësisht 50 vjeç, 51 vjeç dhe 50.9 vjeç. Një studim i kryer në Amerikën Latine ka raportuar një moshë në menopauzës në Kolumbi prej 53 vjetësh dhe në fshatrat e Paraguajit një fillim shumë i hershëm i menopauzës në 43.8 vjeç. (105) Moshë në menopauzë në Shqipëri është afër moshës në menopauzë në gratë turke që jetojnë në

zonat rurale (106), përkatësisht 48.1 dhe 47 vjeç. Ndoshta, kjo mund të lidhet me disa faktorë socio-demografikë që mund të ndikojnë në mënyrë të barabartë tek gratë.

Në disa studime është raportuar se në zonat rurale, gratë përjetojnë menopauzë më herët se ata që jetojnë në zonat urbane. (93, 106, 107). Përkundrazi, rezultatet tona sugjerojnë se gratë që jetojnë në qytet kishin një menopauzë më herët sesa ata që jetojnë në zonat rurale. Kjo mund të jetë për shkak të rritjes së sedentaritetit, niveleve të pirjes së duhanit dhe faktorëve të tjerë të jetesës, që mund të jenë më të përhapura në rajonet e zhvilluara. Studime të ndryshme të kryera në tranzicion menopauzë kanë arritur në përfundimin se gratë e martuara kanë një menopauzë më vonë se ata që nuk janë të martuar (108-110). Kjo është në përputhje edhe me gjetjet tona. Për këtë çështje, nulipariteti lidhur me menopauzën e hershme mund të jetë një kontribues në këtë rast. Në studimin aktual, gratë e lindura në vitet 1967-1972 (kategoria ≤ 50 vjeç) raportuan menopauzë më herët se ato të grupmoshave të mëparshme të lindjes. Pra, brezat e rinj të grave raportojnë menopauzë të hershme më shpesh se ato të moshës mbi 51 vjeç. Kjo mund të sugjerojë një mjedis të ndryshëm socio-ekonomik që çdo brez ka jetuar. Ajo mund të jetë rezultat i pasojave moderne të jetës apo menarkes së hershme në vitet e fundit por duhen kryer studime të mëtejshme.

Ndryshe nga studimi ynë, në literature moshë në menopauzë lidhet me punësimin, përkatësinë etnike dhe arsimin. Disa studime kanë konkluduar se statusi i ulët socio-ekonomik, papunësia dhe që nuk kanë arsim mund të çojnë në një menopauzë të hershme te gratë (95,111) Gjithashtu, siç e përshkruam më parë, moshë në menopauzë është e ndryshme në gratë në mbarë botën të etnive të ndryshme. Azia ka një menopauzë më herët se sa gratë e bardha. Për shembull, në një studim në Korenë e Jugut, moshë në menopauzë ishte 46.9 vjeç (99), ndërsa në Itali është rreth 50 vjeç. Nuk mundëm të gjejmë ndonjë shoqëri të rëndësishme për këto variabla.

Edhe në shumë studime të tjera simptomat vazomotorre (SVM) si afshe të nxehta dhe djersitje natën, janë simptomat më të shpeshta të raportuara midis grave në postmenopauzë (112,113). Një studim gjerman në gratë postmenopausale të moshës 45 deri në 60 vjeç ka raportuar se 71.2% kanë përjetuar SVM, 68.5% shqetësimet e gjumit, 62.7% kanë përjetuar nervozizëm, dhe 62.5% kanë raportuar lodhje fizike dhe mendore. Në sondazhet ndërkombëtare të grave në postmenopauzë, deri në 74% përjetuan thatësi vaginale (114).

Ashtu si edhe në studimin tonë, prevalenca e afshit të nxehtë tregoi një tendencë të përgjithshme në rënie me ritjen e moshës dhe të viteve në menopause. Gjithashtu, në këtë studim, incidenca e thatësisë vaginale u rrit me moshën, siç është gjetur në studime të tjera ashtu edhe në studimin tonë (115).

Informacioni mbi menopauzën është një aspekt shumë i rëndësishëm për mirëqenien e grave në këtë fazë të jetës. Gjetjet e studimit tonë janë shumë të ngjashme me rezultatet e studimeve të tjera. Mungesa e informacionit mund të jetë një faktor që ndikon në mostrajtimin e thatësisë vaginale (116). Përveç kësaj, në një studim ndërkombëtar, 77% e pjesëmarrësve mendonin se gratë nuk ndjehen komforte për të diskutuar çështjen e thatësisë vaginale dhe 60% referuan se gratë do të ndjeheshin të turpëruara të bisedonin me mjekët e tyre për shqetësimin vaginal (117). Në një studim të grave italiane të moshës 45 - 64 vjeç, 53% kishin marrë informacione rreth menopauzës. Nga këto, 72% kishin

marrë informacion nga mediat, 69% nga personeli shëndetësor dhe 59% nga miqtë apo të afërmit. Vetëm 39% e grave morën informacion për HT-në dhe pothuajse 75% e grave të intervistuar do të dëshironin të merrnin më shumë informacion rreth rreziqeve të shëndetit që lidhen me trajtimet e menopauzes.

Në studim tonë, numri mesatar i simptomave të shpeshta tek gratë është 3.7, një gjetje kjo që përputhet plotësisht me të dhënat e studimit evropian në të cilin gratë referuan se përjetonin lloje të shumta të simptomave të menopauzës, ku gratë nga Franca dhe Gjermania raportonin mesatarisht 3.6 simptoma nga moshë 45 deri në 54 vjeç, 3.9 simptoma midis moshës 55 dhe 64 vjeç dhe 3.6 simptoma pas moshës 64 vjeç. Gratë nga Spanja dhe Britania e Madhe treguan më shumë simptoma në moshat e reja dhe më pak simptoma në moshat më të vjetra, ndërsa femrat spanjolle raportojnë 3.9, 3.8 dhe 2.9 simptoma në grupmoshat 45 deri në 54 vjeç, 55 deri në 64 vjet dhe mbi 64 vjet dhe 4.1, 4.3, dhe 3.5 për grupmoshat e njëjta në Britani të Madhe. Gratë nga Italia raportojnë 3.5 simptoma në grupmoshat 45 deri në 54 vjeç dhe 55 deri në 64 vjet dhe 3.4 simptoma në 64 vjet (118).

Ndërsa në studimin tonë numri mesatar i simptomave është më i lartë në moshat më të vjetra në ndryshim me rezultatet e studimit të mësipërm.

Edhe pse ndryshimet hormonale pas menopauzës manifestojnë simptoma të ngjashme në shumë gra, dallimet kulturore luajnë një rol të rëndësishëm sesi njerëzit e përjetojnë këtë fazë të jetës.

Në një studim të kryer me 8,200 burra dhe gra të moshuar në lidhje se si menopauza ndikoi në marrëdhëniet dhe jetën e tyre seksuale u gjetën ankesa të ngjashme në vende të ndryshme. Por ashpërsia e simptomave tipike si thatësi vaginale, afsheve të nxehta dhe shtimit në peshë ndryshonin nga një vend në tjetrin. Në shoqëritë ku moshë respektohet dhe gruaja në moshën e menopauzës konsiderohet më e mençur dhe më e mirë, simptomat e menopauzës janë dukshëm më pak shqetësuese dhe të mërzitshme dhe anasjelltas (119).

Minkin et al. e fokusuan analizën e tyre në gratë postmenopausale të moshës 55-65 vjeç dhe meshkujt në marrëdhëniet me gratë në këtë moshë, në Mbretërinë e Bashkuar, Shtetet e Bashkuara, Kanada, Suedi, Danimarkë, Finlandë, Norvegji, Francë dhe Itali (120,129,130).

Qellimi primar i studimit ishte për të vlerësuar se si atrofia vaginale, që mund të përfshijë thatësi, acarim, kruajtje ose dhimbje, ndikuan në marrëdhëniet në çift. Por pyetësi i bazuar në internet gjithashtu eksploroonte simptoma të tjera të menopauzës dhe shqyrtoi nëse ashpërsia e tyre përputhej me atë që njerëzit kishin pritur të përjetonin. Ndoshta jo çuditërisht, duke pasur parasysh qëllimin kryesor të studimit, thatësia vaginale ishte ankesa më e shpeshtë si nga burrat ashtu edhe gratë, pavarësisht nga kombësia. Nga të gjitha vendet e studimit, kjo simptomë u raportua më shpesh në Kanada, ku 85% e grave dhe 81% e meshkujve e përmendën këtë si shqetësim. Italianët kishin më pak gjasa të rendisin këtë ankesë, e cila u raportua nga 65% e grave dhe 61% e meshkujve.

Shumë simptoma ishin më të përhapura tek grate nga SHBA, U.K dhe Kanadaja, dhe më pak të zakonshme tek gratë në Suedi dhe Itali, zbuloi studimi (120,121,128). Në përgjithësi, meshkujt renditën ndryshimet e gjendjes emocionale dhe dhimbjen vaginale

gjatë marrëdhënies midis pesë ankesave kryesore të tyre lidhur me menopauzën, ndërsa për gratë, ndërprerja e gjumit dhe shtimi i peshës ishin simptomat më të rëndësishme. Gratë në Danimarkë, Suedi dhe Norvegji raportuan më shpesh se kalimi nëpër menopauzë rezultoi më mirë se ç'pritej.

Nga ana tjetër, pjesëmarrësit që jetonin në SHBA, U.K., Francë dhe Kanada ishin më të prirur për të referuar menopauzën shumë më keq se sa kishin parashikuar (122,123,132). Megjithatë, ky studim ka edhe një kufizim në metodologji sepse gjetjet nuk mund të pasqyrojnë përvojat e një popullsie më të gjerë, sepse studimi ishte skicuar për të rekrutuar vetëm gratë me dhimbje vaginale dhe burrat që e përjetuan këtë me partnerët e tyre. Megjithatë dallimet kulturore të theksuara nga përgjigjet e studimit nënvizojnë se si ndryshimet rajonale në dietë, aktivitet fizik, qëndrimet ndaj plakjes dhe pritshmëritë rreth menopauzës mund të ndikojnë në mënyrën se si njerëzit i përjetojnë këto simptoma. Nëse simptomat e menopauzës do ishin vetëm për shkak të ndryshimeve hormonale atëherë përvoja e menopauzës do të ishte më homogjene.

Në një studim të kryer në gratë në menopauzë në Shqipëri, Brazil, Kolumbi dhe Kanada rezultoi që menopauza shoqërohet me humbje të fuqisë muskulare dhe pasojat që rrjedhin prej saj (124,125,127).

Pavarësisht se simptomat që lidhen drejtpërdrejt me uljen e nivelit të estrogjenit janë afshet e nxehta, djersitje natën, thatësia vaginale dhe pagjumësia kulturore dhe mentaliteti i çdo vendi ka një rol të rëndësishëm kur gratë vlerësojnë ashpërsinë e simptomave.

Konteksti shoqëror në të cilin jeton një grua është e rëndësishme për kuptimin dhe përvojën e saj të tranzicionit menopausal.

Në vende të ndryshme, variacionet në raportimin e simptomave mund t'i atribuohen ndryshimeve të mentalitetit, pritshmerisë rreth menopauzës, ndikimit kulturor të roleve gjinore dhe statusit socio-ekonomik (126,131).

❖ Rreth Menopauzës, Terapisë Hormonale.

Në studim mbizotërojnë gratë që e shohin pozitivisht menopauzën (55%) dhe terapinë hormonale (37%) ndërsa shumica e tyre (50.5%) mendojnë që kanë nevojë të dinë më shumë për menopauzën.

Burimet kryesore të informacionit mbi menopauzën janë të afërmit (54.6%) dhe punonjësit e shëndetësisë (52.9%), ndjekur nga internet (33%), radio (31.1%), shtypi i shkruar (27.8%) dhe librat (23.6%).

Në lidhje me karakteristikat sociodemografike u gjet që shqiptarët e shohin më shpesh pozitivisht menopauzën (56.5%) dhe terapinë hormonale (37.4%) dhe janë më të mirëinformuar në lidhje me menopauzën (36.3%) krahasuar me etninë tjetër. Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas etnisë në lidhje me burimet e informacionit për menopauzën.

Sipas besimit fetar ndryshim sinjifikant u gjet vetëm për marrjen e informacionit nga librat që është më i shpeshtë tek gratë e besimit kristian (30.9%) krahasuar me gratë e besimit mysliman (21.8%).

Gratë me nivel më të lartë arsimor rezultojnë më të informuara për menopauzën dhe shfrytëzojnë më shpesh të afërmit, mediat e shkruara dhe internetin për tu informuar.

Në studim u gjet një trend sinjiifikant i rritjes së përqindjes së grave që e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale i rritjes së përqindjes së grave që janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën me rritjen e nivelit arsimor. Gjithashtu, me rritjen e nivelit arsimor rritet edhe përqindja e grave që marrin informacion nga librat, internet dhe shtypi i shkruar.

Gratë e punësuara rezultojnë më të informuara për menopauzën dhe shfrytëzojnë më shpesh të afërmit, mediat e shkruara dhe internetin për tu informuar. Gratë e punësuara e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale dhe janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën më shpesh sesa të papunat dhe pensionistet.

Gratë e martuara e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale dhe janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën më shpesh sesa ato me status “tjetër”, ndërsa nuk u gjet ndryshim ndërmjet tyre përsa i perket mënyrës së marrjes së informacionit lidhur me menopauzën.

Në lidhje me vendbanimin, gratë e qytetit janë më të informuara (39.8%) se gratë e fshatit (27.4%) dhe marrin më shpesh informacion nga librat, interneti të afërmit dhe shtypi i shkruar, ndërsa gratë e fshatit marrin më shpesh informacion për menopauzën nga radio/TV (38.8%) dhe personeli shëndetësor (61.5%) krahasuar me gratë e qytetit.

V PËRFUNDIME

Ky studim i realizua në popullatën gra në rrethin e Tiranës sipas zonave qytet/fshat. është studim parë në këtë fushë dhe me këtë madhësi kampioni (nje simple size). Gjetjet e studimit hedhin dritë për herë të parë mbi disa faktor sociodemografik që ndikojnë në vendosjen e moshës e menopauzës. Shumë nga këto gjetje do të jenë pjesë e referimeve krahasim midis studimeve te tjera dhe për këshillim dhe menazhim të gjendjes shëndetësore që gruaja paraqet në këtë fazë.

Shëndeti në menopauzë dhe postmenopauzë është prioritet për shkak të rritje së numrit të popullatës së grave në post menopauzë në mbarë botën. Në vitin 2030, numëri i grave në post-menopauzë në mbarë botën parashikohet të shkoj në 1.2 miliardë dhe në vitin 2050 të shkoj gati 2 miliardë. Nga ana tjetër rritja e jetëgjatësisë në tërësi të popullatës, ashtu edhe të grave e justifikojnë nevojën për politika dhe programe të mira shëndetësore. Shëndeti i grave në përgjithësi, por dhe shëndeti i tyre në postmenopauzë përbënë një nga çështjet e rëndësishme shëndetësore të Shëndetit Publik dhe kanë nevojë për ndërhyrje dhe programe standarte afatëgjata.

Nga gjetjet e mësipërmet të studimit, mund të arrihet në përfundimet e mëposhtme:

**Mosha mesatare e menopauzës ishte 48.1±4.2 vjeç, me rang 38 –57 vjeç
Menopauza ishte e hershme në (14.8%) të grave dhe në kohë në shumicën (85.2%) e tyre.**

Në analizen bivariate menopauza e hereshme mbizotëron në grupmoshën ≤50 vjeç (42.9%), ndodh më shpesh tek gratë beqare ose me status "tjetër" (24%), ndodh më shpesh tek gratë që banojnë në qytet (77.3%), tek duhanpirëset (25.3%) dhe gratë që përdorin kontraceptivë orale (16.2%)

Faktorë parashikues sinjifikantë dhe të pavarur të menopauzës së hershme në analizën multivariate janë: mosha (kohortet e reja), mosha e menstruacionit I-rë, heqja e mitrës, përdorimi i pilulës dhe duhanpirja.

Në (73.5%) të grave menopauza ishte normale në moshën 45-55 vjeç, ndërsa në 23 (2.2%) menopauza ishte e vonshme në moshën ≥ 56vjeç.

Nga problemet shëndetësore në studim mbizotëron Pagjumësia (40.8%), HTA (36.3%), Migrenë (32.9%), Ankh_Stres (32.6%), Konstipacion (28.2%), Probleme Shikimi (23.8%), Shtim_Peshe (22.7%), Diabet (20.6%), Osteoporozë (18.3%), me ndryshim sinjifikant me Arthritis(14.8%), Vena Varice (14.6%), Sem Tiroides (12.6%), Anemi (10.2%), Mosmbajtje e Urinës (7.5%), Depression (6.4%), Fibromiomë (6%), Kancer (5.9%), Katarakt (5.3%), Astmë (4.2%), Sëm. Hepar (4%), Sterilitet (1.7%), Atak_Zemër (1.1%), H. Cerebrale (0.6%).

Në studim rezultojnë nivele mesatare dhe të ulëta të ekzaminimeve mjekësore të grave.

Shumica e grave (64.3%) e kanë ekzaminuar gjoksin, ndërsa Pap test kanë kryer rreth gjysma e grave (51.9%) pa ndryshim sinjifikant me 48.1% prej tyre që nuk e kanë kryer. Probleme në pap test kanë rezultuar në (4.7%) të grave që e kanë kryer pap testin.

Gratë e qytetit (20%) e konsiderojnë më shpesh menopauzën si një sëmundje kundrejtë (12.5%) të grave të fshatit, menopauza e tyre kanë ardhur nga forma të tjera (4.3%) kundrejtë (1.7%), shumica e tyre kanë vetë-ekzaminuar gjoksin (61.1%) kundrejtë (48.5%) të grave të fshatit, janë ekzaminuar për Pap Test (49.2%) kundrejtë (36.6%), kanë kryer mamografi (60.7%) kundrejtë (47.6%).

Gratë e fshatit janë ekzaminuar më shpesh për funksionimin e mëlcisë (49%) kundrejtë 38.1%) të grave të qytetit dhe kanë më shpesh menopauzë natyrale (spontane) (92.2%) kundrejt (88.2%).

Metoda kontraceptive e përdorur më shpesh në studim është metoda e tërheqjes në shumicën e grave (69.9%), ndjekur nga prezervativi (20.9%), metoda kalendarike (11.2%), pilula (11.1%), sterilizim femëror (2.9%) DIU spirale (2.7%), Depoprovore 0.9% dhe sterilizim mashkullor (0.7%).

Në studim u gjet që metoda e tërheqjes është përdorur më shpesh nga gratë që jetojnë në fshat (67.3%) kundrejt atyre të qytetit (51.8%) dhe gjithashtu gratë e fshatit kanë më shpesh dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale (28.3%) kundrejtë (16.8%) të grave të qytetit. Metoda kalendarike (10.6%) dhe hormone për menopauzën (6.4%) janë përdorur më shpesh nga gratë e qytetit krahasuar me gratë e fshati në përkatësisht 6.4% dhe 3.4%.

Ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës u gjet për përdorimin e prezervativit i cili përdoret më shpesh në grupmoshën ≤ 50 vjeç (31.1%), krahasuar me grupmoshën 51-60 vjeç (18.5%) dhe 60+ vjeç (15.4%).

U gjet që shumica e grave janë seksualisht aktive (54.7%) kundrejtë 45.3% që nuk janë. Gjithashtu u gjet një trend sinjifikant në rënie i aktivitetit seksual me rritjen e moshës.

Humbje të dëshirës seksuale referojnë shumica e grave (62.4%) e tyre. U gjet një trend sinjifikant në rritje të humbjes të dëshirës seksuale me rritjen e moshës.

Dhimbje gjatë marrëdhënies referojnë 20.8% e grave pa ndryshim sinjifikant sipas grupmoshës.

Medikamente për menopauzen përdorin (11.5%) e grave (95% CI 9.6 – 13.6) ndërsa suplemente përdorin shumica (51.7%) e tyre (95% CI 48.6 – 54.8).

Nga gratë që marrin medikamente 47.5% e tyre marrin hormone për menopauze, 17.5% marrin hormone të tiroides dhe 35% e tyre marrin kontraceptive.

Më shumë se gjysma e grave 605 (63.7%) referojnë që nënat e tyre kanë HTA, me ndryshim sinjifikant me 345 (36.3%) të tyre që nuk kanë ($p < 0.01$).

Më pas vijnë problemet me diabet (38.9%), osteoporozë (28.7%), sëmundje të tiroides (18%), infarkt (15.5%), sëmundje depresive (10.3%), mpiksje gjaku (8.9%), Ca. të zorrës

(8.2%), hemorragji cerebrale (8.1%), frakturë kockore (6.5%), Ca. gjiri (5.8%), Ca. vezoreve (5.5%).

Në lidhje me sjellje (zakone) personale, në studim u gjet një nivel i ulët i aktiviteti fizik të grave. Rreth 1/4 e grave (22.9%) nuk kryejnë asnjëherë aktivitet fizik, 25.5% e tyre kryen çdo ditë, 15.4% herë pas herë, rralë 23.6% dhe të paktën 3 herë në javë 12.5% e tyre, me ndryshim sinjifikant ndërmjet kategorive.

Mbizotëron aktiviteti i vrap/ecje në 88.2% të grave ndjekur nga palestër (4.5%), joga (1%) dhe tjetër (6.3%).

Duhanpirja u gjet në 185 (17.8%) të grave (95% CI 15.5 – 20.3), kafe pijne 91.2% e grave ndërsa alkool 9.5% e tyre (95% CI 7.8 – 11.4).

Mbizoterojnë gratë që pinë 5-10 cigare në ditë (47%) ndjekur nga ato që pinë 11-15 cigare në ditë (31.9%) dhe ato me >15 cigare në ditë (21.1%).

Në lidhje me grupmoshën, u gjet një trend linear sinjifikant i rënies së shpeshtësisë së aktivitetit fizik me rritjen e grupmoshës.

Sjelljet (zakone) personale që gratë që jetojnë në qytet kryejnë më shpesh krahasuar me gratë e fshatit përfshijnë mbajtja e një diete të veçantë (29%), konsumojnë më pak yndyrna (13.3%), pijnë më shpesh kafe (92.6%) dhe alkool (11.5%).

Sjelljet (zakone) personale që gratë që jetojnë në fshat kryejnë më shpesh krahasuar me gratë e qytetit përfshijnë aktivitet fizik/ushtrime çdo ditë në 36% të tyre krahasuar me 19.6% në qytet.

Mbizoterojnë problemet e gjumit në shumicën e grave (53.8%). 27.3% e tyre marrin medikamente gjumi, 25.7% janë në dietë të veçantë, e cila konsiston në pak yndyrna (47.6%), me pak karbohidrate (25.2%), shumë proteina (14.4%) dhe vegjetariane (12.8%).

Gjithashtu, u gjet një trend linear sinjifikant i rritjes së shpeshtësisë së marrjes së medikamenteve të gjumit me rritjen e grupmoshës dhe i rënies së përdorimit të alkoolit me rritjen e grupmoshës.

Në totalin e grave simptoma kanë shfaqur 833 ose 80% e tyre.

Simptomat e shfaqura te gratë janë dhimbje artikulacionesh/muskujsh (80.1%), afshet e nxehta (77.9%), lodhje e zakonshme (77.3%), dhimbje koke (71.9%), vështirësia për gjumë (67.9%), djersitja natën (66.1%), shtim në peshë (55.3%), fryerje stomaku (62.9%), gazra konstipacion (62.3%), rrahje të shpeshta zemre (59.9%), lëkurë e lëshuar (57.3%), nervoze/depresive janë (56.3%), përqëndrim dhe kujtesë e dobët (56.1%), urinim të shpeshtë (49.1%), vaginë të thatë (41.3%), të qara të shpeshta kanë (37.8%), dhimbje/djegje gjatë urinimit (30.9%), rrjedhje/infeksion vaginal (22.2%), dhimbje gjatë aktit seksual referojnë 21.3%, dhimbje në brendësi gjatë aktit seksual referojnë 16.9%, dhe hemorragji gjatë aktit (9.2%).

Afshet e nxehta mesatare dhe të shpeshta (83.7%) dhe dhimbja gjatë aktit seksual (26.8%) është më e shpeshtë në grupmoshën ≤ 50 vjeç

Ndërsa në grupmoshën 61+ vjeç mbizotërojnë: rrahjet e shpeshta të zemrës (70.4%), lëkura e lëshuar (63.7%) dhe përqëndrimi dhe kujtesa e dobët (70.4%), urinim i shpeshtë, dhimbja/djegia gjatë urinimit, gazra konstipacion, vagina e thatë dhe dhimbja e artikulacioneve/muskujve.

Përsa i përket shpeshtësisë së simptomave sipas kohës së menopauzës në studim u gjet që “të qarat e shpeshta” (46.8%) dhe lëkuara e lëshuar (65.6%) ishin më të shpeshta në menopauzën e hershme krahasuar me menopauzën në kohë në përkatësisht 36.2% dhe 55.9%.

Tek gratë < 5 vite në menopauze mbizotërojnë: afshet e nxehta (82.6%), hemorragjia gjatë aktit seksual (33.1%)

Fryrja e stomakut mbizotëron në gratë me < 5 vite, 321 (64.6%) dhe 5-10 vite, 241 (65.3%); Shtimi në peshë mbizotëron në gratë me < 5 vite, 323 (65.0%) dhe 5-10 vite, 250 (67.8%); Lodhja e zakonshme është më e shpeshtë te gratë < 5 vite dhe 11-16 vite në menopauze, përkatësisht nga 77.9%; Përqëndrimi dhe kujtesa e dobët është më e shpeshtë te gratë me 5-10 vite (60.2%) dhe 11-16 vite (61.8%). Dhimbja dhe djegia gjatë urinimit mbizotërojnë te gratë me 5-10 vite në menopauzë, 122 (33.1%). Dhimbja e artikulacioneve, muskujve është më e ulët te gratë > 16 vite në menopauze, 43 (76.8%), ndërsa është pothuajse në një nivel në tre kategoritë e tjera $\approx 80\%$;

Afshet e nxehta, djersitja natën, vështirësia për gjumë, dhimbja e kokës, rrjedhja/infeksioni vaginal, fryrja e stomakut dhe dhimbja e muskujve artikulacioneve mbizotërojnë më tepër në fshat krahasuar me qytetin.

Në studim, numri mesatar i simptomave të shpeshta tek gratë është 3.7 me rang 1- 19 simptoma.

Shumica e grave kanë nga një simptomë të shpeshtë (29.3%), ndjekur nga (16.6%) me dy simptoma, (14.5%) me tre simptoma, (9.4%) me katër simptoma, (7.2%) me 5 simptoma dhe (23.1%) me mbi > 5 simptoma.

U gjet korrelacion i dobët sinjifikant i moshës me numrin e simptomave. Me rritjen e moshës rritet edhe numri i simptomave dhe marrëdhënia është sinjifikante, ndërsa nuk u gjet korrelacion sinjifikant i numrit të simptomave me BMI.

Numri mesatar i simptomave të shpeshta është më i lartë tek gratë që kanë 11-16 vjet ($M=4.5$) dhe > 16 vjeç ($M=4.3$) në menopauzë me ndryshim sinjifikant me gratë me < 5 vite ($M=3.5$) dhe 5-10 vite ($M=3.9$) por pa ndryshim sinjifikant ndërmje tyre.

Numri i simptomave është më i lartë te gratë në menopauzë të hershme ($M=5.0$) me ndryshim sinjifikant krahasuar me gratë në menopauzë në kohë ($M=2.9$).

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant sipas vendbanimit. Gratë në fshat kanë mesatarisht ($M=3.9$) simptoma ndërsa gratë në qytet kanë ($M=3.6$) simptoma.

Burimet kryesore të informacionit mbi menopauzën janë të afërmit (54.6%) dhe punonjësit e shëndetësisë (52.9%), ndjekur nga internet (33%), radio (31.1%), shtypi i shkruar (27.8%) dhe librat (23.6%).

Gratë me nivel më të lartë arsimor rezultojnë më të informuara për menopauzën dhe shfrytëzojnë më shpesh të afërmit, mediat e shkruara dhe internetin për tu informuar.

Në studim u gjet një trend sinjifikant i rritjes së përqindjes së grave që e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale i rritjes së përqindjes së grave që janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën me rritjen e nivelit arsimor. Gjithashtu, me rritjen e nivelit arsimor rritet edhe përqindja e grave që marrin informacion nga librat, internet dhe shtypi i shkruar.

Gratë e punësuara rezultojnë më të informuara për menopauzën dhe shfrytëzojnë më shpesh të afërmit, mediat e shkruara dhe internetin për tu informuar. Gratë e punësuara e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale dhe janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën më shpesh sesa të papunat dhe pensionistet.

Gratë e martuara e shikojnë pozitivisht menopauzën, terapinë hormonale dhe janë të mirëinformuar në lidhje me menopauzën më shpesh sesa ato me status “tjetër”, ndërsa nuk u gjet ndryshim ndërmjet tyre përsa i përket mënyrës së marrjes së informacionit lidhur me menopauzën.

Në lidhje me vendbanimin, gratë e qytetit janë më të informuara (39.8%) se gratë e fshatit (27.4%) dhe marrin më shpesh informacion nga librat, interneti të afërmit dhe shtypi i shkruar, ndërsa gratë e fshatit marrin më shpesh informacion për menopauzën nga radio/TV (38.8%) dhe personeli shëndetësor (61.5%) krahasuar me gratë e qytetit.

VI REKOMANDIME

Nga ky studim në kemi të dhena të rëndësishme që do të kërkonin një analizë të mëtejshme dhe përmirësim të informacionit të nevojshëm shëndetësore për të vlerësuar më qartë shëndetin e gruas në përgjithësi për të përcaktuar prioritetet në kuadër të përmirësimit të shëndetit të tyre, jetëgjatësisë së shëndetshme dhe cilësisë së jetës.

Rritja dhe përmirësimi i kushteve të jetesës në këto dekadat e fundit ka përmirësuar shëndetin në tërësi dhe ka rritur jetëgjatësinë në vite. Kjo kërkon një vëmendje të veçantë nga autoritetet dhe politikat shëndetësore. Femrat në fazën post menopauzë jetojnë 1/3 e viteve të jetës ose gati tre dekada. Kjo detyrimisht shoqërohet me sëmundje dhe gjendje shëndetësore të rëndësishme që janë bashkëshoqeruese në premenopauzë apo që shqafen gjatë dhe pas menopauzës.

Disa nga rekomandimet:

- Gjetjet në studim vlerësojnë gjëndjen shëndetësore aktuale dhe si variojnë prevalenca dhe ashpërsia e simptomave midis grave në menopauzë, ilustrjnë nevojën për të zhvilluar strategji parandaluese dhe kontrolli të fokusuar mbi problemet e menopauzës për të pasur një tranzicion të lehtë të tyre.
- Duke marrë parasysh shqetësimet dhe referencat e grave, personeli shëndetësor dhe jo vetëm që ka si fokus menopauzën, kanë potencialin për të rritur ndjenjën e mirëqenies së grave, jo vetëm në menopauzë por edhe për pjesën e mbetur të jetës së tyre.
- Vlerësimi i rreziqeve për sëmundjet si; osteoporozë, diabeti, sëmundjet kardiovaskulare po ashtu dhe shëndeti mendor marrin një rëndësi të madhe me fillimin e menopauzës, 10 vitet e para dhe pas menopauzës janë të rëndësishme.
- Për të gjitha gratë në menopauzë rekomandohet një jetë e shëndetshme dhe cilësore duke promovuar dietën dhe aktivitete fizike, kontrolli i peshës trupore, kontrollet e rregullta për kanceret e ndryshme duhet të kryhen.
- Menopauza mund të shihet si një ngjarje *sentinel* që ofron një mundësi unike për një dialog midis grave dhe ofruesve të tyre të kujdesit shëndetësor për të vlerësuar dhe përmirësuar praktikatat e lidhura me shëndetin.
- Kujdesi shëndetësor i grave gjatë kësaj faze kërkon vëmendje të veçantë në identifikimin e nevojave të tyre shëndetësore në mënyrë që të ofrohet një kujdes adekuat.
- Një vlerësim i mirë i natyrës së rrezikut për simptomat në gratë në menopauzë do të ndihmojë në parandalimin, zbulimin e hershëm dhe trajtimin e mëtejshëm.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor duhet të identifikojnë e nevojat të tyre shëndetësore ti trajtojnë ato atëherë kur indikohet dhe të sigurojnë referimin e duhur për ndërhyrje të mëtejshme.

- Shumë sëmundje kronike kanë mundësi të shfaqen në këtë periudhë. Prandaj është e domosdoshme që të kryhen kontrole mjekësore të rregullta si masë parandaluese, zbulimi i hershëm dhe trajtimi; si mamografi, Paptest, matja e densitetit kockor, etj, në vartësi të situatës shëndetësore. Matja e densitetit mineral kockore rekomandohet për të gjithë gratë e moshës mbi 65, duke pasur parasysh që testimi i hershëm tek gratë me faktorë rreziku klinik për fraktura, duke përfshirë përfshirë peshën e ulët trupore, histori për fraktura, histori familjare të osteoporozës, duhanpirjes, konsum të alkoolit, ose përdorimi afatgjatë të medikamenteve me rrezik të lartë (p.sh., glukokortikoide).
- Kontakti i parë me mjekun e familjes i cili duhet ti referoj në konsulta me specialist të cilët janë në gjendje të identifikojnë problemet, të fillojnë ekzaminimet dhe trajtimin e përshtatshme kur është nevojshme.
- Është e domosdoshme që në këtë periudhë të kryhen kontrole mjekësore të rregullta si masë parandaluese apo për të marrë kujdes mjekësor nëse nevojitet..
- Ndryshimi i stilit të jetesës është mjaft i nevojshem. Shumë nga shenjat e lidhura me menopauzën janë të përkohshme dhe nuk ka nevojë për trajtim të veçantë por vetëm rregullim të regjimit të të ushqyerit, aktivitetit fizikë dhe kufizimeve të pijeve alkoolike dhe duhan pirjes.
- Është e rëndësishme të ekzaminohen faktorët madhorë të mënyrës moderne të jetesës që ndikojnë në menopauzën e hershme
- Këshillimi mbi menopauzën, përfshirë diskutimin e ndryshimeve fiziologjike, vlerësimin e simptomave të lidhura me menopauzën dhe opsionet e trajtimit, rishikimi i rekomandimeve të depistimit dhe diskutimi i strategjive të reduktimit të rrezikut të sëmundjes dhe çështjeve psikosociale, lehtëson vendimarrjen e informuar të grave në këtë periudhë të jetës së tyre.
- Promocion dhe ndërhyrje në programe specifike të informimit dhe të edukimit të vetë grave mbi problemet shëndetësore gjatë dhe post menopauzë .
- Depistimii diabetit me hemoglobinë të glukozuar (Hb A1c) ose glukozë plazmatike esëll, duhet të konsiderohet për të gjitha gratë e moshës 45 vjeç dhe rekomandohet fuqimisht nëse gratë janë mbipeshë ose obeze.
- Kujdesi për shëndetin mendor dhe konsultime me psikologun dhe psikiatrin. Për gratë në menopauzë me simptoma konjitive, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të shpjegojnë që simptoma të tilla janë të përgjithshme dhe duket se përmirësohen pas kalimit të menopauzës. Ata duhet të rishikojnë përdorimin e medikamenteve,

të vlerësojnë dhe trajtojnë sipas rastit, çrregullimet e gjumit, gjendjet depresive, lodhjen, simptomat fizike dhe stresorët e ndryshëm.

- Reduktimi i stresit, rregullimi i gjumit dhe marrja e suplementeve dhe vitaminave .Nga ana tjetër të gjithë gratë duhet të kontrollohen lidhur me obezitetin dhe të ofrohen ndërhyrje bazuar në indeksin e masës trupore (BMI) dhe praninë e sëmundjeve bashkëshoqëruese.
- Mjekimi me HT i individualizuar duhet të merret parasysh në gratë me simptoma, sidomos tek ato me simptoma të rënda. Identifikimi i rreziqeve (p.sh., osteoporozë) mund të kërkojë një terapi më specifike parandaluese.

Hulumtime të ardhshme

- Përsëritja e studimit në popullata të tjera në vend.
- Identifikimi i faktorëve biologjikë, socialë dhe psikologë gjatë jetës së gruas që përcaktojnë dhe formësojnë këto profile të simptomave në menopauzë
- Vlerësimi i pasojave të këtyre profileve për shëndetin në post-menopauzë
- Një qasje më gjithë përfshirëse për të kuptuar shëndetin riprodhues gjatë jetës dhe pasojave në shëndet.

VII SHTOJCA

Kampionimi - Përzgjedhja e kampionit

Qëndrat shëndetësore	Popullata totale	Femra 45-65 vj	% ndaj totalit	Madhësia e kampionit
QYTET				
Njësia administrative 4	63698	13747	15.8	213
Njësia administrative 5	85521	18292	21.0	283
Njësia administrative 6	75970	16158	18.5	250
Njësia administrative 8	41366	8903	10.2	138
Njësia administrative 11	65004	14031	16.1	217
FSHAT				
Dajt	21158	4550	5.2	71
Farkë	17756	3660	4.2	57
Krrabë	3056	664	0.8	10
Petrelë	6583	1401	1.6	22
Pezë	5856	1273	1.5	20
Vorë	20505	4427	5.1	69
TOTAL	406473	87106	100.0	1350

PYETSOR MBI SHËNDETIN E GRUAS NË MENOPAUZ

Përshëndetje,

Unë quhem Miranda Hajdini, punonjëse në Institutin Shëndetit Publik dhe pedagoge me kohë të pjesshme në Universitetin e Mjekësisë. Në kuadër të studimeve të mia doktorale po realizoj një studim që ka si qëllim të vlerësoj shëndetin e gruas në menopauzë. Çdo informacion që ju do të jepni në këtë pyetsor është tërësisht konfidencial dhe anonim. Pjesëmarrja juaj në studim është vullnetare megjithatë unë si kërkuese do të vlerësoja kontributin tuaj në pasurimin e literaturës lidhur me çështjen.

Ju faleminderit!

Seksioni 1: Të dhëna personale

1. Data e Intervistës _____ 2. Zona e intervistës _____ 3. Vendlindja (Qyteti)

4. Vendbanimi Qytet Fshat 5. Data e lindjes _____ 6. Mosha _____

7. Etnia: Shqiptare Rome Egjyptiane Tjetër _____
(Specifiko)

8. Besimi: Mysliman Bektashi Katolik Ortodoks Tjetër

9. Arsimimi: Pa Arsim Fillor Tetëvjeçar I mesëm I lartë
Pasuniversitar

10. Statusi i Punësimit: E Papunë E punësuar E vetëpunësuar Person
me aftësi të kufizuar Pensioniste

11. Profesion _____

12. Marrëdhënia në punë është: Sektori Publik Sektori Privat Sektori
jofitimprurës E vetpunësuar

13. Gjendja civile: Beqare E Martuar E ve E divorcuar
Bashkëjeton

Seksioni 2: Vlerësimi i shëndetit të gruas

14. Si e vlerësoni ju shëndetin tuaj?: Shumë i mirë I mirë Jo keq (mesatar)
 I keq

Seksion 3: Informacion mbi gjatësinë dhe peshën

15. Cila është gjatësia juaj? _____

16. Cila është pesha juaj? _____

17. Cila është pesha juaj ideale? _____

Seksioni 4: Historia shëndetsore aktuale

18. Ju lutem tregoni nga cila prej sëmundjeve vuani:

Migrenë/dhimbje koke	Kancer	Sëmundje të tiroides
Tensioni i lartë i gjakut	Diabet	Ankth /Stress
Hemoragji në tru (insult cerebral/paralizë)	Steriliteti	Pagjumësi
Atak në zemër/Goditje (/infarkt/)	Fryrje barku (kapsllëk)	Probleme me shikimin
Variçet në këmbë (venavarikoza)	Sëmundje të mëlçisë/ temthit	Rënie humori (Depresion)
Anemia)	Mish i huaj në mitër (Fibromioma)	Osteoporozë
Urinitim të shpesht (Incontinence)	Arthrit /Dhimbje të kyceve	Perde në sy (Katarakt)
	Asthma	Shtim në peshë (në pak muaj)

Seksioni 5: Historia Gjinekologjike

19. Mosha e menstruacionit të parë? _____ 20. Ishin periodat tuaja të rregullta?
 PO JO
21. Sa ditë ju zgjasnin periodat? _____ 22. Ishin periodat tuaja me dhimbje?
 PO JO
23. A jeni në menopauz? PO JO
 Nëse PO, çfarë moshe ju kanë ndaluar menstruacionet, menstruacioni i fundit (menopauz)? _____
24. Sa vite keni në menopauzë? < 5vite 5-10 vite 11- 16 vite >16 vite
25. Është për ju menopauza një sëmundje? PO JO NUK E DI
26. A e keni hequr mitrën? PO JO Nëse PO, në çfarë moshe? _____
27. Menopauza juaj ishte?
 Natyrale (spontane)? Kirurgjikale (Heqja e dy vezoreve)? Për shkak të kimioterapisë ose rrezeve?
 Tjetër? _____

Ekzaminimet e kryera

28. A e keni ekzaminuar gjoksin tuaj (vetëekzaminim)? PO JO
29. Nëse ju keni bërë një nga ekzaminimet në vijim, cilat janë rezultatet e tyre?:
 Pap test? PO JO Ndonjë problem? PO JO
- Mamografi PO JO Ndonjë problem? PO JO
- Biopsi gjiri? PO JO Ndonjë problem? PO JO
- Funksioni i mëlçisë? PO JO Ndonjë problem? PO JO
- Testi i Tiroides? PO JO Ndonjë problem? PO JO

Yndyrnat në gjak PO JO Ndonjë problem? PO JO

Test i Diabetit (glicemia)? PO JO Ndonjë problem? PO JO

Test i densitetit të kockave? PO JO Ndonjë problem? PO JO

Seksioni 6: Historia obstetrikale

30. Ju lutemi tregoni për ndonjë nga metodat kontraceptive që keni përdorur (shiko më poshtë)?

- Sterilizim femëror
Sterilizim Mashkullor
Pilula
Spirale (DIU)
Injeksion hormonal (depoprovera)
Prezervativ
Tërheqje
Metoda kalendarike (ovulacioni)

Histori të shtatzanive

31. Sa herë keni qënë shtatzanë? _____ 32. Sa lindje në kohë? _____
33. Sa lindje parakohe? _____
34. Sa lindje vdekur? _____ 35. Sa aborte? _____
36. Mosha në lindjen e fëmijës së parë? _____
37. Mosha në lindjen e fundit _____

Seksioni 7: Historia seksuale

38. A jeni seksualisht aktive? PO JO
39. A keni humbje të dëshires seksuale? PO JO
40. A keni dhimbje gjate mardhenies seksuale? PO JO

Seksioni 8: Mjekimi aktual

41. A jeni duke përdorur medikamente për menopauzën? PO JO
Nëse PO, cfarë përdorni? Kontrceptiv Hormone të tiroides Hormone për menopauzën
42. A jeni duke marrë suplemente (të tilla si vitamina, kalcium, bimore) PO JO.

Seksioni 9: Historia e sëmundjeve familjare

43. Ju lutem cilat nga sëmundjet e listuara më poshtë kanë familjarët tuaj:

Tension i Lartë	Diabet	Kancer i Zorrës (koloni)
Krizë në zemër (infarkt) Moshë: _____	Osteoporozë	Kancer i vezoreve
Goditje/hemoragji në tru Moshë: _____	Frakturë të kockave të legenit	Sëmundje depresive
Mpiksje gjaku (trombozë)	Kancer gjiri, Moshë _____	Sëmundje të Tiroides

Seksioni 10: Sjellje (zakone) personale

Aktivitet fizik/ushtrime

44. Sa shpesh bëni aktivitet fizik/ushtrime? çdo ditë Të paktën 3 herë në javë Herë pas here
 Rrallë Asnjëherë
 Nëse **PO**, çfarë aktiviteti fizik bëni Vrap/Ecje Palestër Joga Tjetër? _____

Gjumi

45. Keni probleme me gjumin? **PO** **JO** Nëse **PO**, çfarë moshe ka filluar?

 46. Sa orë flini mesatarisht? _____ 47. A keni marrë ndonjë herë ilace gjumi? **PO**
 JO

Dieta

48. Sa vakte konsumoni në ditë? _____

49. A jeni duke marrënjë dietë të vecantë? **PO** **JO** Nëse **PO**, me çfarë?
 Më pak yndyrna Më pak karbohidrate Shumë proteina Vegetariane
 50. A përdorni ndonjë dietë për të rënë në peshë? **PO** **JO** Nëse **PO** sa kohë keni? _____
 51. Cilat produkte bulmeti konsumoni në ditë? Qumësht Kos Djath Tjetër
 52. Sa herë konsumoni fruta në ditë? _____
 53. Sa herë konsumoni zarzavate në ditë? _____ 54. Sa herë konsumoni peshk në javë? _____

Duhanpirja, kafeja, pije alkolike

55. A pini duhan? PO JO

Nëse PO, sa pini në ditë ? 5-10 11-15 >15
56. Kur e keni filluar, mosha? _____

57. A pini kafe? PO JO Nëse PO sa pini në ditë? _____

58. A pini pije alkolike ? PO JO Nëse PO, sa herë në javë _____

Seksioni 11: Shëndeti mendor

59. A ndiheni shpesh e mërzitur/nervoze? PO JO

60. A keni me pak interes për gjërat që më parë ju kanë pëlqyer ? PO JO

61. A keni marrë ilaçe qetësuese? PO JO

Seksioni 12: Lista e simptomave në menopauzë

62. Ju lutem na tregoni sa e shqetësuar jeni këto kohët e fundit nga shenjat e listuara më poshtë:

Nr	SIMPTOMAT	NUK KAM	PAK	MESATARISHT	SHPESH
1	Keni afshe të nxehta?				
2	Djersini natën?				
3	Keni vështirësi për tju zënë gjumi?				
4	Keni rrahje të shpeshta zemre?				
5	Ndjehni lëkurën tuaj të thatë?				
6	Ndjeheni më e lodhur se zakonisht?				
7	Keni përqëndrim/ kujtesë të dobët?				
8	Jeni nervoze / depressive?				
9	Keni të qara të shpeshta?				
10	Keni dhimbje koke ?				
11	Keni urinën të shpeshtë?				
12	Keni dhimbje ose djegie gjatë urinimit?				
13	Keni gazra/ fryrje apo kapsllëk?				
14	Keni vaginën e thatë ?				
15	Keni rrjedhje / infeksion vaginal?				
16	Keni dhimbje gjatë aktit seksual?				
17	Keni dhimbje në brendësi gjatë aktit seksual?				
18	Keni hemoragji gjatë aktit seksual?				
19	Keni fryrje stomaku ?				
20	Keni shtim në peshë ?				
21	Keni dhimbje kycesh/muskujsh?				

Seksioni 13: Rreth menopauzës dhe terapisë hormonale

63. Si e vlersoni menopauzën?

Pozitivisht: Menopauza do të thotë jo menstruacione jo shtatzani. Menopauza shënon një fazë të re të jetës.

Negativisht: Menopauza do të thotë humbje e pjellorisë dhe rinisë.

Nuk e di

64. Kush është qëndrimi juaj në lidhje me terapinë hormonale për menopauzën?

Pozitive: Terapia hormonale është e përshtatshme për disa gra

Negative: Nuk jam dakort me terapinë hormonale

Nuk e di

65. Në lidhje me menopauzën mendoni se jeni?

E mirë-informuar Kam nevojë të di më shumë Nuk di pothuajse asgjë Nuk di fare

66. Nga, ku e merrni informacionin rreth menopauzës? (qarko më shumë se një alternativë)

Librat Interneti Familja /Shoqëria Shtypi i shkruar Radio /TV Punonjësit e shëndetit

JU FALEMINDERIT!!!!

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Goodman et al. (2011). Medical Guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. *AACE Guidelines*.
2. “ HRT: Benefits and Risks – What You Should Know.” Women's Health Concern. British Menopause Society, 2015. Web. 2016.
3. *J Obstet Gynaecol Can.* (2014). Managing menopause. *Sep;36(9):830-8*
4. <http://menopause-aid.blogspot.al/2013/01/why-women-experience-menopause.html>
5. Life-History Evolution, HumanArticle (PDF Available) · December 2016DOI:
6. Monique Bethel. Osteoporosis. Medscape 2016.
7. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011;154(5):356–64.
8. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321.
9. Maria Luisa Bianchi, Maria Rosa Orsini,² Silvia Saraifoger,¹ Sergio Ortolani,¹ Giovanni Radaelli,³ and Simonetta Betti²Quality of life in postmenopausal osteoporosisHealth Qual Life Outcomes. 2005; 3: 78
10. Sternfeld B, Wang H, Quesenberry CP Jr, *et al.* Physical activity and changes in weight and waistcircumference in midlife women: findings from the Study of Women’s Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004;160:912–22
11. Nedstrand E, Pertl J, Hammar M: Climacteric symptoms in a postmenopausal Czech population. *Maturitas.* 1996, 23: 85-9. 10.1016/0378-5122(95)00965-5.
12. Influence of obesity and hormone disturbances on sexuality of women in the menopause Aleksandra Simoncig Netjasov, Milina Tančić-Gajić, Miomira Ivović, Ljiljana Marina, Zorana Arizanović, and Svetlana Vujovi Gynecological Endocrinology Vol. 32 , Iss. 9,2016
13. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser 1996;866:1-107
 - a. <http://menopause-aid.blogspot.al/2013/01/why-women-experience-menopause.html>

14. How does the estrogen receptor work? Jennifer M Gross and Douglas Yee
Estrogen and the Risk of Breast Cancer Mark Clemons, M.B., B.S., M.D., and
Paul Goss, M.D., Ph.D. *N Engl J Med* 2001; 344:276-285
15. Ultrasound Characteristics of Breast Changes in Albanian Postmenopausal
Women Who use Hormonal Replacement Therapy Albana SHAHINI Ph.D,
Erinda KOSTURI M.D
16. Marlowe F. The patriarch hypothesis : An alternative explanation of
menopause. *Hum Nat.* 2000 Mar;11(1):27-42. doi: 10.1007/s12110-000-1001-7.
17. Kate Jane Eden; Kevan Richard Wylie. Quality of Sexual Life and Menopause.
Women's Health. 2009;5(4):385-396.
18. Kuhle BX. An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of
menopause. *Maturitas.* 2007 Aug 20;57(4):329-37. Epub 2007 Jun 1.
19. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature Dana R
Ambler, DO, Eric J Bieber, MD, Chief Medical Officer,² and Michael P
Diamond, MD. *Rev Obstet Gynecol.* 2012; 5(1): 16–27.
20. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. Hyun-Kyung
Kim, So-Yeon Kang, Youn-Jee Chung, Jang-Heub Kim, and Mee-Ran Kim *J
Menopausal Med.* 2015 Aug; 21(2): 65–71.
21. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, et al. Effect of hormone replacement
therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women:
Randomised trial. *a. BMJ* 2012; 345: e6409.
22. Hodis HN and Mack WJ. Hormone replacement therapy and the association
with coronary heart disease and overall mortality: Clinical application of the
timing hypothesis. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2014; 142: 68–75.
23. De Villiers TJ, Pines A, Panay N, et al. Updated 2013 International Menopause
Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive
strategies for midlife health. *Climacteric* 2013; 16: 316–337.
24. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position
statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2012; 19:
257–271.
25. Cumming GP, Currie H, Morris E, et al. The need to do better - Are we still
letting our patients down and at what cost? *Post Reprod Health* 2015; 21: 56–
62.
26. The North American Menopause Society statement on continuing use of
systemic hormone therapy after age 65. *Menopause* 2015; 22: 693.

27. Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, et al. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years. *Menopause* 2015; 22: 694–701.
28. Freeman EW, Sammel MD and Sanders RJ. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: Evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause* 2014; 21: 924–932.
29. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 531–539.
30. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*. 1996 Mar;23(2):147-57.
31. Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A: Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas*. 1994, 19: 157-76. 10.1016/0378-5122(94)90068-X.
32. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2015, p.174.
33. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. *Circulation* 2007; 115: 840–845.
34. www.ucl.ac.uk/easteurope/hapiee.html Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe (HAPIEE Study) (2008)
35. Gompel A. Micronized progesterone and its impact on the endometrium and breast vs. progestogens. *Climacteric* 2012; 15: 18–25.
36. Green R, Polotsky AJ, Wildman RP, et al. Menopausal symptoms within a Hispanic cohort: SWAN, the Study of Women’s Health Across the Nation. *Climacteric* 2010;13:376–384.
37. Conaway E. Bioidentical hormones: An evidence-based review for primary care providers. *J Am Osteopath Assoc* 2011; 111: 153–164.
38. Pinkerton J and Santoro N. Compounded bioidentical hormone therapy: Identifying use trends and knowledge gaps among US women. *Menopause* 2015; 22: 926–936.
39. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *Psychol Med* 2011;41:1879–1888.

40. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang Y, et al. Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women's health across the nation. *Menopause* 2013;20:488–495.
41. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, et al. Italy: Health system review. *Health Syst Transit* 2014; 16: 1–168.
42. Leon-Leon P et al. Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 2012 Apr 24.
43. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal hormone therapy: An Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:s1–s66.
44. Rossouw et al. The Women's Health Initiative Hormone Therapy Trials: Update and Overview of Health Outcomes During the Intervention and Post-Stopping Phases. *JAMA*. 2013 Oct 2; 310(13): 1353–1368.
45. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. *Menopause*. 2012;19(3): 257-271
46. Shaifali Pathak. Effect of Menopause on Women's Health, It's Symptoms, Treatment and Dietary Modification to over Come This Problem. 2015. *International Journal of Healthcare Sciences*
47. Kravitz HM, Schott LL, Joffe H, Cyranowski JM, Bromberger JT. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med* 2014;44:2593–2602.
48. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013;309:706–716.
49. Bruyneel M. Sleep disturbances in menopausal women: Aetiology and practical aspects. *Maturitas* 2015;81:406–409.
50. Newton KM, Reed SD, Guthrie KA, et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: A randomized controlled trial. *Menopause* 2014;21:339–346.
51. Cohen LS, Joffe H, Guthrie KA, et al. Efficacy of omega-3 for vasomotor symptoms treatment: A randomized controlled trial. *Menopause* 2014;21:347–354
52. Marta Teresa Makara-Studzińska, Karolina Maria Kryś-Noszczyk, Grzegorz Jakie. Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review. *Prz Menopauzalny*. 2014 Jun; 13(3): 203–211

53. M.J. Stampfer, B. Rosner, G.A. Colditz, Food Carotenoids: Chemistry, Biology and Technology. <https://books.google.al/books?isbn=1118733304>
54. <https://www.britannica.com/event/Framingham-Heart-Study>
55. Clemons M1, Goss P. Estrogen and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2001 Jan 25;344(4):276-85.
56. Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, Mack WJ, Hodis HN. Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. Atherosclerosis. 2016 Nov;254:282-290. doi: 10.1016/j.atherosclerosis. 2016
57. Jin J. The US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;315(16):1804. doi:10.1001/jama.2016.2663
58. www.isswsh.org/
59. Freeman EW, Sammel, Sanders RJ. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. Menopause. 2014 Sep;21(9):924-32.
60. R Ambler, Dana & J Bieber, Eric & Diamond, Michael. (2012). Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature.
61. 63 Mark Clemons, Paul Goss, Estrogen and the Risk of Breast Cancer Ph.D. N Engl J Med 2001; 344:276-285
62. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. Hyun-Kyung Kim, So-Yeon Kang, Youn-Jee Chung, Jang-Heub Kim, and Mee-Ran Kim J Menopausal Med. 2015 Aug; 21(2): 65–71.
63. R.E. Nappi, S. Palacios, N. Panay, M. Particco, M.L. Krychman, Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey, Climacteric 19 (2016) 188–197
64. D.W. Sturdee, A. Pines, International Menopause Society Writing Group, D.F. Archer, R.J. Baber, D. Barlow, et al., Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, Climacteric 14 (2011) 302–320,
65. A. Coulter, C. Jenkinson, European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers, Eur. J. Public Health 15 (2005) 355–360,
66. S.A. Kingsberg, M.L. Krychman, Resistance and barriers to local estrogen therapy in women with atrophic vaginitis, J. Sex. Med. 10 (2013) 1567–1574

67. Novo Nordisk, Data Reveal the Negative Emotional and Physical Impact that a Silent Symptom of Menopause has on U.S. Women and their Partners, 2012.
68. Pfizer Pharmaceuticals, Inc, Healthy Women Survey, 2012, www.personalmenopauseanswers.com/healthy-women-survey.aspx
69. McNamara M, Batur P, De Sapri KT (February 2015). "In the clinic. Perimenopause". *Annals of Internal Medicine*. **162** (3): ITC1–15.
70. Chichester M, Ciranni P (August–September 2011). "Approaching menopause (but not there yet!): caring for women in midlife". *Nursing for Women's Health*. **15** (4): 320–4.
71. Muka T, Oliver-Williams C, Kunutsor S, Laven JS, Fauser BC, Chowdhury R, Kavousi M, Franco OH (October 2016). "Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis". *JAMA Cardiology*
72. Sapre S., Thakur R. Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *J Mid-life Health*. 2014;5:3.
73. Sandhu S.K., Hampson G. The pathogenesis, diagnosis, investigation and management of osteoporosis. *J Clin Pathol*. 2011;64:1042–1050.
74. Cauley J.A. Public health impact of osteoporosis. *J Gerontol Series A: Biol Sci Med Sci*. 2013;68:1243–1251.
75. Ji MX, Yu Q. Primary osteoporosis in postmenopausal women. *Chronic Dis Transl Med*. 2015;1(1):9–13. Published 2015 Mar 21. doi:10.1016/j.cdtm.2015.02.006
76. Velez, M.P. et al. Life course socioeconomic adversity and age at natural menopause in women from Latin America and the Caribbean. *Menopause*. 2010; 17: 552–559
77. Dennis M. Black, Ph.D., and Clifford J. Rosen, M.D. Postmenopausal Osteoporosis January 21, 2016. *N Engl J Med* 2016; 374:254-262
78. da Camara, S.M. et al. Menopausal status and physical performance in middle aged women: a cross-sectional community-based study in Northeast Brazil. *PLoS One*. 2015; 10: e0119480
79. Tom, S.E. et al. Menopausal characteristics and physical functioning in older adulthood in the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Menopause*. 2012; 19: 283–289
80. https://www.med.upenn.edu/womenswellness/studies_menopause.html

81. Tseng, L.A. et al. The association of menopause status with physical function: the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2012; 19: 1186–1192
82. www.health.harvard.edu/topics/menopause
83. www.instat.gov.al
84. Ginger D Constantine, Shelli Graham, Cathy Clerinx, Brian A Bernick, Mitchell Krassan, Sebastian Mirkin and Heather Currie. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. *Post Reproductive Health* 2016, Vol. 22(3) 112–122
85. Hunter MS, Gentry-Maharaj A, Ryan A, et al. Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: Impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10,418 British women aged 54–65. *BJOG* 2012; 119: 40–50.
86. Buhling KJ, Daniels BV, Studnitz FS, et al. The use of complementary and alternative medicine by women transitioning through menopause in Germany: Results of a survey of women aged 45–60 years. *Complement Ther Med* 2014; 22: 94–98.
87. Garton M, Reid D and Rennie E. The climacteric, osteoporosis and hormone replacement; views of women aged 45–49. *Maturitas* 1995; 21: 7–15.
88. van Geelen JM, van de Weijer PH and Arnolds HT. Urogenital symptoms and resulting discomfort in noninstitutionalized Dutch women aged 50–75 years. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000; 11: 9–14.
89. Nappi RE and Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas* 2010; 67: 233–238.
90. Cardini F, Lesi G, Lombardo F, et al. The use of Complementary and Alternative Medicine by women experiencing menopausal symptoms in Bologna. *BMC Womens Health* 2010; 10: 7.
91. Mishra GD, Cooper R, Tom SE, Kuh D. Early life circumstances and their impact on menarche and menopause. *Womens Health (Lond Engl)*. 2009 Mar; 5(2): 175–190.
92. Bewley S, Ledger W, Nikolaou D. *Reproductive ageing*. Cambridge University Press, 2009.
93. Gold EB, Bromberger Y, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow SD et al. Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Multiethnic Sample of Midlife Women. *Am J Epidemiology* 2001; 153 (9): 865–874.

94. Gold EB, PhD. The Timing of the Age at Which Natural Menopause Occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011 Sep; 38(3): 425–440.
95. Luoto R, Laprio J, Uutela A. Age at natural menopause and sociodemographic tatus in Finland. *Am J Epidemiol.* 1994;139:64–76.
96. Bromberger JT, Matthews KA, Kuller LH, Wing RR, Meilahn EN, Plantinga P. Prospective study of the determinants of age at menopause. *Am J Epidemiol* 1997;145:124–33.
97. Torgerson DJ, Avenell A, Russell IT, Reid DM. Factors associated with onset of menopause in women aged 45–49. *Maturitas*;1994.19:83–92.
98. Ossewaarde ME, Bots ML, Verbeek AL, Peeters PH, van der Graaf Y, Grobbee DE et al. Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology.* 2005 Jul;16(4):556-62.
99. Hong JS, Yi SW, Kang HC, Jee SH, Kang HG, Bayasgalan G et al. Age at menopause and cause-specific mortality in South Korean women: Kangwha Cohort Study. *Maturitas.* 2007 Apr 20;56(4):411-9.
100. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer . Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol* 2012 Nov; 13(11): 1141–1151.
101. Brinton LA, Smith L, Gierach GL, Pfeiffer RM, Nyante SJ, Sherman ME et al. Breast cancer risk in older women: results from the NIH-AARP Diet and Health Study. *Cancer Causes Control.* 25(7):843-57, 2014.
102. Morabia A, Khatchatrian N, Bernstein M, Walker DM, Campana A. Reproductive characteristics of a population of urban Swiss women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996, Oct;75(9):838-42.
103. Magurský V, Mesko M, Sokolík L. Age at the menopause and onset of the climacteric in women of Martin District, Czechoslovakia. Statistical survey and some biological and social correlations. *Int J Fertil.* 1975;20(1):17-23
104. Meschia M, Pansini F, Modena AB, de Aloysio D, Gambacciani M, Parazzini F et al. Determinants of age at menopause in Italy: results from a large cross-sectional study. ICARUS Study Group. Italian Climacteric Research Group Study *Maturitas.* 2000 Feb 15;34(2):119-25.
105. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause.* 2006 Jul-Aug;13(4):706-12.

106. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Işiloglu H, Senocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. *Saudi Med J*. 2006 Sep;27(9):1381-6
107. Lobo RA, Kelsey J, Marcus R. *Menopause: Biology and Pathobiology*. Academic Press; 2000.
108. Delavar MA, Hajiahmadi M. Factors Affecting the Age in Normal Menopause and frequency of Menopausal Symptoms in Northern Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Mar; 13(3): 192–198
109. Sievert LL, Waddle D, Canali K. Marital status and age at natural menopause: considering pheromonal influence. *Am J Hum Biol*. 2001 Jul-Aug;13(4):479-85.
110. McKinlay S, Jefferys M, Thompson B. An investigation of the age at menopause. *Journal of Biosocial science*. April 1972, pp. 161-173
111. Noord PAH, Dubas JS, Dorland M, Boersma H, te Velde E. Age at natural menopause in a population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity, and lifestyle factors. *Fertil Steril* 1997;68:95–102.
112. McKinlay SM and Jefferys M. The menopausal syndrome. *Br J Prev Social Med* 1974; 28: 115.
113. Castelo-Branco C, Peralta S, Ferrer J, et al. The dilemma of menopause and hormone replacement—a challenge for women and health-care providers: Knowledge of menopause and hormone therapy in Spanish menopausal women. *Climacteric* 2006; 9: 380–387.
114. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U, et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. *Maturitas* 1996; 24: 31–36.
115. Nappi RE, Mattsson LA, Lachowsky M, et al. The CLOSER survey: Impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. *Maturitas* 2013; 75: 373–379.
116. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, et al. Vaginal health in the United States: Results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. *Menopause* 2013; 20: 1043–1048.
117. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2013; 20: 888–902.
118. Šefket Šabanović¹, Majnarić Trtica Ljiljana¹, František Babič², Michal Vadovský², Ján Paralič², Aleksandar Včev and Andreas Holzinger. Metabolic syndrome in hypertensive women in the age of menopause: a case study on data

- from general practice electronic health records. Šabanović et al. BMC Medical Informatics and Decision Making (2018) 18:24
119. <https://www.reuters.com/article/us-health-menopause-perceptions/culture-may-influence-how-women-experience-menopause-id>
120. Mary Jane Minkin, Ricardo Maamari, Suzanne Reiter, Postmenopausal vaginal atrophy: evaluation of treatment with local estrogen therapy. Int J Womens Health. 2014; 6: 281–288.
121. Dotlic J, Pimenta F, Kovacevic N, Leal I, Maroco J, Utian W, Gazibara T. Menopausal transition in Southern Europe: comparative study of women in Serbia and Portugal. Menopause. 2017 Nov;24(11):1236-1245.
122. M.P. Veleza, N. Rosendaala, B. Alvarado, S. da Câmara, E. Belanger, C. Pirkle. Age at natural menopause and physical function in older women from Albania, Brazil, Colombia and Canada: A life-course perspective. Maturitas 122 (2019) 22–30
123. D. Kuh, et al., A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability, Proc. Nutr. Soc. 73 (2) (2014) 237–248.
124. S.E. Tom, et al., Menopausal characteristics and physical functioning in older adulthood in the National Health and Nutrition Examination Survey III, Menopause 19 (3) (2012) 283–289.
125. L. Ferrucci, et al., Age-related change in mobility: perspectives from life course epidemiology and geroscience, J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 71 (9) (2016) 1184–1194.
126. A.C. Sousa, et al., Lifecourse adversity and physical performance across countries among men and women aged 65–74, PLoS One 9 (8) (2014) e 102299.
127. <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/menopause-and-cancer-risk>
128. Age at natural menopause in three Central and Eastern European urban populations: The HAPIEE study U. Stepaniaka,*, K. Szafraniec a, R. Kubinova b, S. Malyutinac, A. Peasey d, H. Pikhart d, A. Pajak a, M. Bobak
129. *Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies*
130. Factors Related to Age at Natural Menopause: Longitudinal Analyses From SWAN. GOLD E.B

131. Luoto R, Laprio J, Uutela A. Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland. *Am J Epidemiol.* 1994;139:64–76. [[PubMed](#)]
132. Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and Severity of Menopausal Symptoms and Related Factors Among Women 40-60 Years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud.* 2012; 1(2):88-93.

Abstrakt

Hyrje: Menopauza është një periudhë e rëndësishme në jetën e një gruaje, duke qënë se ajo kalon nga periudha riprodhuese në atë joriprodhuese dhe gjatë këtij tranzicioni, që karakterizohet nga një ulje e nivelit të estrogenit, mund të shfaqen simptoma të ndryshme.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipit transversal (cross-sectional) i bazuar në popullatë të kryer gjatë vitit 2016. Në studim janë përfshirë femrat e moshës 45-64 vjeç në menopausë, banuese në rrethin e Tiranës sipas vendbanimit qytet/fshat. Është vlerësuar historia shëndetsore obstetrikale-gjinekologjike, seksuale, mjekimi aktual, historia e sëmundjeve familjare, sjelljet (zakonet) personale, simptomat në menopausë dhe qëndrimi rreth terapisë hormonale.

Rezultate: Në studim morën pjesë 1040 gra me moshë mesatare 54.6 (± 4.81) vjeç, me rang 45-64 vjeç. Moshë mesatare e menopauzës ishte 48.1 \pm 4.2 vjet. Menopauza ishte e hershme në (14.8%) të grave dhe në kohë në shumicën (85.2%) e tyre. U gjetën nivele mesatare dhe të ulta të ekzaminimeve mjekësore të grave. Shumica e grave (64.3%) e kanë ekzaminuar gjoksin, ndërsa Pap test kanë kryer rreth gjysmë e grave (51.9%) pa ndryshim sinjifikant me 48.1% prej tyre që nuk e kanë kryer. Në totalin e grave simptomat kanë shfaqur 833 ose 80% e tyre. Simptomat më të shpeshta të shfaqura te gratë janë dhimbje artikulationesh/muskujsh (80.1%), afshet e nxehta (77.9%), lodhje e zakonshme (77.3%), dhimbje koke (71.9%), vështirësia për gjumë (67.9%), djersitja natën (66.1%), shtim në peshë (55.3%), fryrje stomaku (62.9%), gazra konstipacion (62.3%), rrahje të shpeshta zemre (59.9%), lëkurë e lëshuar (57.3%), nervoze/depresive janë (56.3%), përqëndrim dhe kujtesë e dobët (56.1%), urinim të shpeshtë (49.1%), vaginë të thatë (41.3%) etj. Faktorë parashikues sinjifikante dhe të pavarur të menopauzës së hershme janë: moshë, moshë e menstruacionit I-rë, heqja e mitrës, përdorimi i pilulës dhe duhanpirja.

Konkluzion: Është e domosdoshme që në këtë periudhë të kryhen kontrole mjekësore të rregullta si masë parandaluese apo për të marrë kujdes mjekësor nëse nevojitet. Promocion dhe ndërhyrje në programe specifike të informimit dhe të trajtimit në kohë të problemeve shëndetësore tek gratë.

Fjalë kyç: menopauzë, estrogen, simptoma, trajtim

Abstract

Introduction: Menopause is an important period in a woman's life, as she passes from reproductive to non-productive period, and during this transition, characterized by a decrease in estrogen levels, various symptoms may appear.

Material and Method: This is a cross-sectional population based study conducted during 2016. The study included 1040 women aged 45-64 in menopause, resident in Tirana districts in urban and rural area. Obstetric-gynecological, sexual health, current treatment, family history, personal behaviors, menopausal symptoms and hormonal therapy were evaluated.

Results: The mean age of women was 54.6 (± 4.81) years old, ranging from 45 to 64 years. The mean age of menopause was 48.1 \pm 4.2 years. 14.8% of women had an early menopause while in most of them (85.2%) it was in time. Low and moderate rates of women's medical examinations were found. Most women (64.3%) examined the chest, while the pap test performed about half of the women (51.9%) as compared to 48.1% of them who did not. Overall, symptoms appeared in 833 or 80% of women. The most common symptoms were musculoskeletal pain (80.1%), hot flashes (77.9%), common fatigue (77.3%), headache (71.9%), sleep disturbances (67.9%), sweating (62.3%), frequent heartbeat (59.9%), skin (57.3%), nervous / depressive (56.3%), weight gain (55.3%), meteorism (56.3%), poor concentration and memory (56.1%), frequent urination (49.1%), dry vagina (41.3%), etc. Significant and independent predictors of early menopause were: age, first menarche; age, hysterectomy, use of the pill and smoking.

Conclusion: It is imperative that regular medical examinations be carried out as a precautionary measure and receive medical attention if needed. Promotion and intervention with specific programs on information and timely treatment of health complaints in women.

Keywords: menopause, estrogen, symptoms, treatment