

Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνόπαυσιακών γυναικών

Βλάχου Ευγενία¹, Γκοβίνα Ουρανία¹, Κουτσοπούλου – Σοφικίτη Βασιλική¹, Κελέση – Σταυροπούλου Μάρθα¹, Φούκα Γεωργία¹, Μωυσιάδου Ευαγγελία², Θεοδοσοπούλου Ελένη³

1. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', Τ.Ε.Ι. Αθήνας
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c), Γ.Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ»
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι παράγοντες που καθορίζουν την ψυχική κατάσταση των γυναικών κατά την εμμηνόπαυση έχουν αποτελέσει συχνό αντικείμενο έρευνας στο παρελθόν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων που βιώνουν οι γυναίκες που λαμβάνουν Ορμονική Θεραπεία Υποκατάστασης (ΟΘΥ), σε σύγκριση με εκείνες που δε λαμβάνουν.

Υλικό-Μέθοδος: Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 216 εμμηνόπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 40 ως 60 ετών, που κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες και εκτιμήθηκαν σε δύο χρονικές περιόδους μεσοδιαστήματος έξι μηνών. Την πρώτη ομάδα αποτέλεσαν 100 γυναίκες που λάμβαναν ΟΘΥ για τουλάχιστον τρεις μήνες και τη δεύτερη 116 γυναίκες που δε λάμβαναν ΟΘΥ. Χρησιμοποιήθηκε Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, και οι Κλίμακες Εκτίμησης Συμπτωμάτων Εμμηνόπαυσης (Greene), Άγχους (Hamilton) και Κατάθλιψης (CES-D).

Αποτελέσματα: Το 46,3% των γυναικών λάμβανε ΟΘΥ, ενώ 53,7% όχι. Στην πρώτη συνέντευξη, οι μέσες τιμές της κλίμακας Greene βρέθηκαν στην πρώτη ομάδα 13,21±9,61 και στη δεύτερη 25,33±12,25, (p<0,001). Στη δεύτερη συνέντευξη οι μέσες τιμές ήταν 9,17±6,93 και 28,65±13,25 αντιστοίχως (p<0,001). Ως προς το Άγχος (Κλίμακα Hamilton), στην πρώτη συνέντευξη οι μέσες τιμές της πρώτης ομάδας βρέθηκαν 5,74±8,29 και στη δεύτερη 19,28±11,90 (p<0,001), ενώ στη δεύτερη συνέντευξη οι μέσες τιμές ήταν 4,43±7,75 και 19,47±11,75 αντιστοίχως (p<0,001), ξεπερνώντας το όριο διαγνώσεως κλινικά αγχώδους συνδρομής. Τέλος, οι μέσες τιμές της Κατάθλιψης (Κλίμακα CES-D) στην πρώτη συνέντευξη ήταν 10,33±7,58 στην πρώτη ομάδα και 11,20±11,22 στη δεύτερη (p<0,001), ενώ στη δεύτερη συνέντευξη 8,61±6,25 στην πρώτη ομάδα και 11,82±11,59 στη δεύτερη (p<0,001). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης ερμηνεύει το 49,4%, το 28,4% και το 17,1% της διακύμανσης για τις κλίμακες Greene, Hamilton και CES-D αντίστοιχα (B=-4,563, p<0,001, B=-3,012, p=0,005 και B=-4,175, p<0,001 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η λήψη ΟΘΥ φαίνεται ότι προσφέρει σημαντική ανακούφιση στα ψυχολογικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Οι δημογραφικοί παράγοντες ωστόσο τροποποιούν την κατάσταση και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Λέξεις Κλειδιά: Εμμηνόπαυση, ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συμπτώματα εμμηνόπαυσης, άγχος, κατάθλιψη.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Βλάχου Ευγενία, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας, Αγίου Σπυρίδωνος και Παληκαρίδη, 122 10 Αιγάλεω, Τηλ.: 6944 149 368, e-mail: evlachou@teiath.gr

The effect of Hormone Replacement Therapy (HRT) in the psychological well-being of menopausal women

Vlachou Eugenia¹, Govina Ourania¹, Koutsopoulou – Sofikiti Vasiliki¹, Kelesi – Stavropoulou Martha¹, Fouka Georgia¹, Moisiadou Evangelia², Theodosopoulou Eleni³

1. Assistant Professor, Nursing Department, Technological and Educational Institute (T.E.I.) of Athens
2. R.N., BSc, MSc, PhD ©, General Hospital "Amalia Fleming"
3. Associate Professor, Nursing Department, University of Athens

ABSTRACT

The factors affecting the psychological situation of menopausal women have often been examined in the past.

Aim: The purpose of the present study was to examine the psychological disorders that arise in menopausal women



receiving Hormone Replacement Therapy (HRT) in comparison to those not receiving HRT.

Material and Method: The sample of the study included 216 menopausal women, 40-60 years old, divided into two groups and examined twice in a six months period apart.

The first group included 100 women receiving HRT for at least three months period, while the second group included 116 women not receiving HRT. A demographic inventory, the Greene Climacteric Scale, the Hamilton Anxiety Scale and the CES-D Depression Scale were used.

Results: 46.3% of women were taking HRT while 53.7% were not. In the first interview the mean values of the Greene Scale were for the first group 13.21 ± 9.61 and for the second one 25.33 ± 12.25 , ($p < 0.001$), while at the second interview the mean values were 9.17 ± 6.93 and 28.65 ± 13.25 respectively, ($p < 0.001$).

In the Hamilton scale at the first interview the mean values of the first group were 5.74 ± 8.29 and for the second one 19.28 ± 11.90 ($p < 0.001$), while at the second interview the mean values were 4.43 ± 7.75 and 19.47 ± 11.75 respectively ($p < 0.001$) and were above the threshold of a clinically anxiety syndrome.

The mean values of the CES-D in the first interview were 10.33 ± 7.58 in the first group and 11.20 ± 11.22 in the second one ($p < 0.001$), while at the second interview were 8.61 ± 6.25 and 11.82 ± 11.59 respectively ($p < 0.001$).

Multiple linear regression analysis demonstrated that the education level interprets 49.4%, 28.4% and 17.1% of the variable, for Greene, Hamilton and CES-D scales respectively ($B = -4.563$, $p < 0.001$, $B = -3.012$, $p = 0.005$ και $B = -4.175$, $p < 0.001$ respectively).

Conclusions: HRT seem to provide significant improvement in menopausal psychological symptoms. Further studies are needed in order to clarify relative contributing factors.

Keywords: Menopause, hormone replacement therapy, menopause symptoms, anxiety, depression.

Corresponding Author: *Vlachou Eugenia, Department of Nursing, Technological and Educational Institute (TEI) of Athens, Agiou Spiridonos and Palikaridi street, GR-122 10 Egaleo, Greece, Tel.: +30 6944 149 368, E-mail: evlachou@teiath.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμμηνόπαυση, μια σημαντική και αναπόφευκτη μεταβολή της φυσιολογικής γυναικείας βιολογικής πορείας, απασχόλησε και απασχολεί την επιστήμη από αρχαιότατων χρόνων. Ουσιαστικά, σηματοδοτεί την απαρχή μιας νέας περιόδου στη γυναικεία ζωή, της «εμμηνόπαυσιακής», το οριστικό τέλος των αναπαραγωγικών χρόνων και την αρχή της «φάσεως της υποστροφής».¹

Η γενική κρατούσα αντίληψη από παλαιότερα ήταν ότι η γυναικεία συμπεριφορά και οι διαταραχές της συνδέονται με τις μεταβολές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Η εμμηνόπαυση, μια σημαντική συνισταμένη της γυναικείας βιολογικής πορείας, έχει

συνδεθεί με συναισθηματικές μεταβολές, ακόμη και διαταραχές. Σε κάποιες κουλτούρες, οι γυναίκες δε δίνουν καμία ειδική σημασία στην εμμηνόπαυση ή τη βιώνουν ως μια ευκαιρία για μεγαλύτερη ελευθερία.¹ Αντιθέτως στον δυτικό κόσμο η εμμηνόπαυση απασχολεί έντονα τις γυναίκες.^{2,3} Ο τρόπος που βιώνουν οι γυναίκες την εμμηνόπαυση, διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από το ψυχολογικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν, από τα όσα παρατηρούν και προσδοκούν, αλλά και από τις απόψεις και αντιδράσεις των σημαντικών ανθρώπων της ζωής τους.⁴ Παραμένει ασαφές ποιοι παράγοντες καθορίζουν την προσωπική απάντηση στις καταστάσεις κρίσης. Σαν

προσωπική απάντηση νοείται η σε ατομικό επίπεδο ψυχοσωματική αντίδραση σε μια νέα κατάσταση που τείνει να μεταβάλει ουσιαστικά την ισχύουσα τάξη βιολογικών δεδομένων. Όταν η απάντηση είναι θετική, έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη των στόχων, τον έλεγχο της κατάστασης, καθώς και ένα αίσθημα ικανοποίησης για τον εαυτό και τη συνεισφορά του. Όταν είναι αρνητική, καταλήγει σε συμπτώματα συναισθηματικής δυσφορίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης.⁵ Σύμφωνα με την θεωρία των Derry, Gallant και Woods, η εμμηνόπαυση συμβαίνει σε ένα πλαίσιο «εξωτερικών κρίσεων» και εσωτερικών μεταβολών που προκαλούν μια κατάσταση αρχικής σύγχυσης ή αίσθησης απώλειας του ελέγχου. Ακολουθεί στη συνέχεια μια φάση ψυχολογικής αναπροσαρμογής και στο τέλος προκύπτει η ολοκλήρωση μιας νέας αποδεκτής (λίγο ή πολύ) καταστάσεως.⁶

Σύμφωνα με τους Stewart et al.,⁷ η μεταβατική περίοδος είναι πιο δύσκολη από την ολοκλήρωση. Έτσι, κατά τους συγκεκριμένους ερευνητές, στην εμμηνόπαυση οι γυναίκες τελικά «προσαρμόζονται», με ότι αυτό συνεπάγεται. Τα κλινικά συμπτώματα εμμηνόπαυσης περιλαμβάνουν (με φθίνουσα σειρά συχνότητας) ευερεθιστότητα, εύκολη κόπωση, ένταση, νευρικότητα, κατάθλιψη, απώλεια ενεργητικότητας, αϋπνία ή πολύ πρωινή αφύπνιση και αισθήματα

απομόνωσης.^{8,9} Συχνά είναι δύσκολο να καθοριστεί αν αυτά τα συμπτώματα προκαλούνται από ορμονικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.¹⁰

Για την ανακούφιση των κλινικών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης η χορήγηση Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, όταν μπορεί να συμβάλει ευνοϊκά στην αντιμετώπιση των κλιμακτηριακών ψυχοσωματικών διαταραχών.

Τα θετικά ψυχολογικά αποτελέσματα, από μερικούς ερευνητές αποδίδονται σε ένα αποτέλεσμα «domino» (domino effect), όπου θεωρείται ότι η βελτίωση που παρατηρείται στα ψυχολογικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης από τη λήψη Ορμονικής Θεραπείας είναι δευτερογενής, λόγω της υποχώρησης των σωματικών συμπτωμάτων. Τη διατύπωση της θεωρίας αυτής ακολούθησαν ερευνητικές εργασίες που απέδειξαν την αποτελεσματικότητα της Ορμονικής Θεραπείας, ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων, ακόμα και σε γυναίκες που δεν είχαν καθόλου αγγειοκινητικά συμπτώματα.¹¹⁻¹⁵

Τα οιστρογόνα και τα προγεστεροειδή της Ορμονικής Θεραπείας είναι διαθέσιμα σε μια ποικιλία σκευασμάτων και συνδυασμών, αλλά και φαρμακευτικών μορφών (δισκία, τοπικές κρέμες και δερματικά επιθέματα). Έρευνες έχουν δείξει ότι ιδιαίτερα η



διαδερμική χρήση οιστραδιόλης παρέχει σημαντικό αντικαταθλιπτικό όφελος,¹⁶⁻¹⁸ η διαδερμική χορήγηση τεστοστερόνης έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής δυσφορίας, της νευρικότητας, της διάθεσης και της μειωμένης ερωτικής επιθυμίας σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες^{19,20} και η χορήγηση Δευδροεπιανδροστερόνης (DHEA) παρέχει σημαντικό όφελος στις διαταραχές της διάθεσης με καλή ανοχή στη θεραπεία. Τα οιστρογόνα έχουν σαφώς σεροτονινεργική δράση στον εγκέφαλο (αυξάνουν τον καταβολισμό της μονο-αμινοοξειδάσης - MAO) ενώ αυξάνουν την βιοδιαθεσιμότητα της νορεπινεφρίνης. Οι δράσεις αυτές είναι παρόμοιες με εκείνες των χρησιμοποιούμενων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων και Διατροφής (FDA) συστήνει τη λήψη ορμονών στις χαμηλότερες δυνατές αποτελεσματικές δοσολογίες και κατά το μικρότερο δυνατό διάστημα, σύμφωνα με τους στόχους θεραπείας και τους κινδύνους για κάθε γυναίκα.²¹

Βεβαίως, αν η βελτίωση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων δεν επιφέρει παράλληλα και βελτίωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων, τότε θα πρέπει να προστεθεί αντικαταθλιπτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Η συγχορήγηση ορμονικής και αντικαταθλιπτικής αγωγής, μπορεί να

συμβάλλει στην καλύτερη προαγωγή της ψυχικής υγείας των γυναικών.²²

Παρά τα οφέλη της ορμονικής θεραπείας, έχουν αναφερθεί και αντικρουόμενα αποτελέσματα που οφείλονται πιθανά στην έλλειψη σταθμισμένων κλιμάκων αξιολόγησης, στις διαφορές φαρμακευτικών ορμονικών σκευασμάτων, στο ευρύ φάσμα των δοσολογιών και στις διαφορετικές οδούς χορήγησης.²³ Είναι γεγονός ότι η πρώτη μεγάλη, προοπτική και τυχαιοποιημένη μελέτη σχετικά με την Ορμονική Θεραπεία (Women's Health Initiative) απέφερε κάποια αρνητικά αποτελέσματα που δεν ήταν αναμενόμενα και θορύβησε έντονα αρκετές εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και επαγγελματίες υγείας.^{24,25} Όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα βασίστηκαν στη χορήγηση συγκεκριμένου συνδυασμού ορμονών, ο οποίος πιθανά σχετιζόταν με αυξημένο κίνδυνο άνοιας, καρδιακών επεισοδίων, θρομβώσεων και καρκίνου του μαστού.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων που βιώνουν οι γυναίκες που λαμβάνουν Ορμονική Θεραπεία Υποκατάστασης (ΟΘΥ) σε σύγκριση με εκείνες που δε λαμβάνουν.

Υλικό- Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 216 γυναίκες που βρίσκονταν στη φάση της εμμηνόπαυσης για τουλάχιστον έξι μήνες, ήταν ηλικίας 40 ως 60 ετών και παρακολουθούνταν στο Ιατρείο Εμμηνόπαυσης Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου των Αθηνών. Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας σκοπιμότητας. Οι γυναίκες εκτιμήθηκαν σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, με μεσοδιάστημα έξι μηνών ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις. Το δείγμα κατανεμήθηκε σε δύο ομάδες, με βάση τη λήψη ή όχι ΟΘΥ. Την πρώτη ομάδα (ομάδα 1) αποτέλεσαν 100 γυναίκες οι οποίες λάμβαναν ΟΘΥ για τουλάχιστον 3 μήνες. Τα σκευάσματα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν συνδυασμοί οιστρογόνων και προγεστερόνης (συνεζευγμένα οιστρογόνα με οξεική μεδροξυπρογεστερόνη, 17-β-οιστραδιόλη με δευδροπρογεστερόνη, 17-β-οιστραδιόλη με νορεθιστερόνη και τιμπολόνη). Τη δεύτερη ομάδα (ομάδα 2) αποτέλεσαν 116 γυναίκες οι οποίες δε λάμβαναν ΟΘΥ. Από το δείγμα αποκλείστηκαν οι γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων (χειρουργική εμμηνόπαυση). Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων, που αποτελούνταν από 4 επιμέρους ενότητες.

Η πρώτη ενότητα περιείχε δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γυναικών

(φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, τόπος γέννησης, επάγγελμα).

Η δεύτερη ενότητα αποτελούνταν από την Κλίμακα της Εμμηνόπαυσης (The Greene Climacteric Scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 21 ερωτήματα και βαθμολογείται σε κλίμακα Likert 4 σημείων (0=καθόλου, 1=λίγο, 2=αρκετά, 3=πάρα-πολύ). Οι ερωτήσεις αφορούσαν συμπτώματα ψυχολογικά, σωματικά, αγγειοκινητικά, παρουσία άγχους και κατάθλιψης καθώς και σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η αξιοπιστία της κλίμακας ελέγχθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha (δείκτης εσωτερικής συνάφειας) και βρέθηκε 0,83. Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγινε γιατί είναι διεθνώς αναγνωρισμένο, αξιόπιστο, έγκυρο και εύχρηστο.²⁶ Εξασφαλίστηκε άδεια από το συγγραφέα, μεταφράστηκε από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα από την ερευνήτρια και ένα ανεξάρτητο μεταφραστή και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση από την ελληνική στην αγγλική από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές, χωρίς να χρειαστούν αλλαγές και τροποποιήσεις. Το εύρος τιμών της κλίμακας κυμαίνεται από 0-63, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν έντονα συμπτώματα.

Η τρίτη ενότητα αποτελούνταν από την κλίμακα του άγχους (Hamilton Anxiety Scale-HAS). Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 ερωτήματα που αφορούν ψυχικές εκδηλώσεις και



σωματοποίηση του άγχους και βαθμολογείται επίσης σε κλίμακα Likert 5 σημείων, όπου τα συμπτώματα για 0 δεν υπάρχουν, για 1 είναι σπάνια, για 2 είναι λίγα, για 3 είναι αρκετά και για 4 είναι πολύ εμφανή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη μεγαλύτερου άγχους. Υπάρχουν ωστόσο σημεία διαχωρισμού για την εκτίμηση ύπαρξης μεγάλου βαθμού άγχους (cut-off points). Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0-56, με βαθμολογίες μικρότερες από 17 να δείχνουν «ήπιο άγχος», από 18-24 «ήπιο προς μέτριο», από 25-30 «μέτριο προς σοβαρό» και περισσότερο από 30 «πολύ σοβαρό». Η αξιοπιστία της κλίμακας υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε 0,84. Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγινε γιατί είναι διεθνώς αναγνωρισμένο, αξιόπιστο, έγκυρο και εύχρηστο και έχει εφαρμοστεί στο παρελθόν σε ελληνικούς πληθυσμούς με ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.^{27,28} Δεν απαιτήθηκε άδεια για την χρησιμοποίησή της και μπορεί να αναζητηθεί στο πρωτότυπο άρθρο.²⁹

Τέλος, η τέταρτη ενότητα αποτελούνταν από την κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης (CES-D Center for Epidemiological Studies-Depression).³⁰ Η κλίμακα περιλαμβάνει 20 ερωτήματα τύπου Likert τα οποία συνθέτουν καταστάσεις που πιθανά βίωσαν οι ερωτώμενοι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες και λαμβάνει τιμές από 0-60. Τα ερωτήματα

βαθμολογούνται με 0 αν οι καταστάσεις συμβαίνουν «καθόλου ή σπάνια» (<1 ημέρα), 1 για «μερικές φορές» (1-2 ημέρες), 2 για «αρκετές φορές» (3-4 ημέρες) και 3 για «τον τελευταίο καιρό» (5-7 ημέρες). Η διάγνωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει οριστεί διεθνώς στη βιβλιογραφία για τιμές μεγαλύτερες από 16 στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Ο έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας στον Ελλαδικό χώρο έγινε από τους Μαδιανό και συνεργάτες και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση και εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Ο συντελεστής Chronbach's alpha για τη συνολική κλίμακα ήταν ίσος με 0,95, το ύψος του οποίου αποδείκνυε εξαιρετική εσωτερική συνάφεια. Η αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας βρέθηκε επίσης ικανοποιητική. Παρόλο που η κλίμακα είναι δημοφιλής σε διεθνές επίπεδο, εκτεταμένη βιβλιογραφία που να αφορά την διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα δεν υπάρχει.³¹

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατόπιν προσωπικής συνέντευξης, διάρκειας 45 έως 55 λεπτών. Για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων ζητήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και από το Διευθυντή της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, ενώ εξασφαλίστηκε

η πληροφορημένη συναίνεση των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0. Στις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκε η σχετική συχνότητα ανά κατηγορία, ενώ στις ποσοτικές υπολογίστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Οι ποσοτικές μεταβλητές ελέχθησαν για την κανονικότητά τους με το Kolmogorov – Smirnov test. Η σύγκριση των μέσων τιμών των μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή έγινε με το t-test ή το κατά ζεύγη t-test, ανάλογα αν τα δείγματα ήταν ανεξάρτητα ή εξαρτημένα.

Η σύγκριση των μέσων τιμών των μεταβλητών οι οποίες δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή έγινε με το Mann-Whitney u-test ή το κατά ζεύγη Wilcoxon – test, ανάλογα αν τα δείγματα ήταν ανεξάρτητα ή εξαρτημένα.

Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες Greene, Hamilton, CES-D και ανεξάρτητες τις δημογραφικές μεταβλητές. Ο έλεγχος καταλληλότητας των μοντέλων έγινε με το F-test, ο έλεγχος σημαντικότητας των συντελεστών τους έγινε με το t-test, και υπολογίστηκαν τα 95% όρια εμπιστοσύνης εκείνων των συντελεστών που βρέθηκαν

στατιστικά σημαντικοί. Όλοι οι έλεγχοι ήταν διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$.

Αποτελέσματα

Από τις 216 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες του δείγματος, ποσοστό 46,3% αυτών (ομάδα 1) λάμβανε ορμονική θεραπεία, ενώ ποσοστό 53,7% (ομάδα 2) δεν λάμβανε.

Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που μεγάλωσαν κυρίως σε αστικά κέντρα, με μέση ηλικία εμμηνόπαυσης τα 50 έτη περίπου, έγγαμες με ένα έως δύο παιδιά, απόφοιτες κυρίως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με σύνηθες επάγγελμα τα οικιακά. Οι γυναίκες ήταν κυρίως μη καπνίστριες, με μέσο βάρος σώματος 66 κιλά, μέσο ύψος 162 cm, μέση ηλικία τα 51,5 έτη, χωρίς σοβαρά οικονομικά προβλήματα, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα σχέσεων με συζύγους και παιδιά και χωρίς σημαντικές επιρροές από θανάτους προσφιλών προσώπων, **(πίνακας 1)**.

Από τη σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στις δύο ομάδες γυναικών βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την περιοχή που μεγάλωσαν. Στην πρώτη ομάδα περισσότερες γυναίκες είχαν μεγαλώσει σε αστική περιοχή σε σύγκριση με τη δεύτερη ομάδα ($p \leq 0,05$). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε ότι στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονταν, συγκριτικά με τη δεύτερη ομάδα, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που



είχαν πτυχίο ανώτερης/ανώτατης σχολής ($p < 0,001$). Οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας ήταν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο οι περισσότερες απόφοιτες δημοτικού ($p < 0,001$), σε σύγκριση με την πρώτη ομάδα. Αντιθέτως, στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονταν μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που είχαν επάγγελμα αυξημένης ευθύνης (ανώτεροι υπάλληλοι, επιχειρηματίες, κλπ) σε σύγκριση με τη δεύτερη ομάδα ($p = 0,008$). Τέλος, ως προς το βάρος σώματος διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά, με τις γυναίκες της δεύτερης ομάδας να έχουν μεγαλύτερο βάρος σε σύγκριση με τις γυναίκες της πρώτης ($p < 0,001$), **(πίνακας 2)**. Κατά την εσωτερική σύγκριση με βάση την κλίμακα εμφάνισης συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης (The Greene Climacteric Scale), διαπιστώθηκε ότι για τις γυναίκες της πρώτης ομάδας υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη συνέντευξη όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, σωματικά, αγγειοκινητικά και προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας, όπου τα συμπτώματα ήταν εντονότερα στις περισσότερες παραμέτρους στην πρώτη συνέντευξη των γυναικών σε σύγκριση με τη δεύτερη, **(πίνακες 3,4)**. Αντιθέτως, στη δεύτερη ομάδα τα παραπάνω συμπτώματα ήταν εντονότερα κατά τη δεύτερη συνέντευξη ($p < 0,001$). Εξαίρεση αποτέλεσε η κατηγορία

των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων όπου δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις, **(πίνακες 5,6)**.

Από τη σύγκριση των μέσων τιμών της κλίμακας Greene μεταξύ των δύο ομάδων, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή σε σύγκριση με την πρώτη ομάδα και στις δύο συνεντεύξεις (μέση τιμή πρώτης ομάδας $13,21 \pm 9,61$ έναντι $25,33 \pm 12,25$ της δεύτερης κατά την πρώτη μέτρηση με $p < 0,001$ και μέση τιμή πρώτης ομάδας $9,17 \pm 6,93$ έναντι $28,65 \pm 13,25$ της δεύτερης κατά τη δεύτερη μέτρηση με $p < 0,001$).

Ακολούθως, από την εφαρμογή του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι δημογραφικές μεταβλητές όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η ομάδα και το επάγγελμα ερμηνεύουν το 49,4% της διακύμανσης κλίμακας Greene. Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν μικρότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας, ενώ οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας και οι γυναίκες με επάγγελμα αυξημένης ευθύνης παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία της εν λόγω κλίμακας, **(πίνακας 7)**.

Ως προς την κλίμακα εκτίμησης του άγχους (Hamilton), στην πρώτη ομάδα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις ($p < 0,001$), με τα

συμπτώματα άγχους να είναι πιο έντονα στην πρώτη, σε σύγκριση με τη δεύτερη συνέντευξη. Παρόλα αυτά, και στις δύο συνεντεύξεις, η συνολική βαθμολογία δεν υπερέβαινε το όριο διαγνώσεως κλινικά σημαντικής αγχώδους συνδρομής (τιμές πάνω από 17), **(πίνακας 4)**. Στη δεύτερη ομάδα, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συμπτωματολογία μεταξύ των δύο συνεντεύξεων ($p=0,718$). Και στις δύο όμως συνεντεύξεις ο μέσος όρος της βαθμολογίας των γυναικών της εν λόγω ομάδας ξεπέρασε το όριο διαγνώσεως κλινικά σημαντικής αγχώδους συνδρομής (τιμές πάνω από 17), **(πίνακας 6)**. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έδειξε ότι η δεύτερη ομάδα είχε στατιστικά σημαντικά περισσότερο άγχος από την πρώτη, τόσο στην αρχική (μέση τιμή πρώτης ομάδας $5,74\pm 8,29$ έναντι $19,28\pm 11,90$ της δεύτερης και $p<0,001$), όσο και στην τελική συνέντευξη (μέση τιμή πρώτης ομάδας $4,43\pm 7,75$ έναντι $19,47\pm 11,75$ της δεύτερης και $p<0,001$).

Εφαρμόζοντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη μεταβλητή του Άγχους, φάνηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η ομάδα ερμηνεύουν το 28,4% της διακύμανσης της κλίμακας Άγχους. Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές άγχους, ενώ οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη συνολική

βαθμολογία της κλίμακας Hamilton, **(πίνακας 8)**.

Με βάση την κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης CES-D, στην πρώτη ομάδα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις, με τα συμπτώματα κατάθλιψης να είναι πιο σοβαρά κατά την πρώτη συνέντευξη σε σύγκριση με τη δεύτερη (μέσες τιμές $10,33\pm 7,58$ και $8,61\pm 6,25$ αντίστοιχα, $p<0,001$), **(πίνακας 4)**. Η μέση όμως βαθμολογία και κατά τις δύο συνεντεύξεις δεν υπερέβαινε το όριο διαγνώσεως κλινικά σημαντικής καταθλιπτικής συνδρομής (τιμές πάνω από 16). Παρατηρώντας την κλίμακα κατάθλιψης CES-D, στη δεύτερη ομάδα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις, με τα καταθλιπτικά συμπτώματα να είναι συχνότερα στη δεύτερη, σε σχέση με την πρώτη συνέντευξη (μέσες τιμές $11,20\pm 11,22$ και $11,82\pm 11,59$ αντίστοιχα, $p=0,007$), **(πίνακας 6)**. Με βάση όμως το μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας δε φάνηκε ούτε σε αυτή την ομάδα κλινικά σημαντική καταθλιπτική συνδρομή σε καμία συνέντευξη. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έδειξε ότι οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες της πρώτης ομάδας και στις δύο συνεντεύξεις (μέση τιμή 1ης συνέντευξης πρώτης ομάδας $10,33\pm 7,58$ και



δεύτερης ομάδας $11,20 \pm 11,22$, $p < 0,001$ και μέση τιμή 2ης συνέντευξης πρώτης ομάδας $8,61 \pm 6,25$ και δεύτερης ομάδας $11,82 \pm 11,59$, $p < 0,001$).

Από την εφαρμογή του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη μεταβλητή της κατάθλιψης, φάνηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο και η ομάδα ερμηνεύουν το 17,1% της διακύμανσης της κλίμακας CES-D σε ποσοστό 17,1%. Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν μικρότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CES-D, ενώ οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας παρουσίασαν υψηλότερες τιμές, **(πίνακας 9)**.

Συζήτηση

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η εμμηνόπαυση στις γυναίκες χαρακτηρίζεται από την συχνή εμφάνιση συμπτωμάτων που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική τους κατάσταση. Παρόλα αυτά, δε στοιχειοθετείται κλινικά σημαντική ψυχική νόσος, με εξαίρεση την ύπαρξη κλινικά σημαντικής αγχώδους συνδρομής, μόνο στην ομάδα γυναικών που δε λάμβανε Ορμονική Θεραπεία, παρότι τα συμπτώματα άγχους ήταν συχνά και στις δύο ομάδες γυναικών που μελετήθηκαν. Σε πενταετή προοπτική μελέτη των Avis et al.,³² με δείγμα 2570 ατόμων σχετικά με την Υγεία Γυναικών της Μασσαχουσέτης (Massachusetts Women's Health Study),

διαπιστώθηκε ότι το 42% των εμμηνόπαυσιακών γυναικών ένωσε ανακούφιση με τη διακοπή της εμμηνουρύσεως, το 2,7% εξέφρασε θλίψη, το 35,5% ανέφερε ουδέτερα συναισθήματα, ενώ το 19,6% ανέφερε ανάμεικτα συναισθήματα. Τα αρνητικά συναισθήματα ως προς την εμμηνόπαυση ήταν πιο συχνά σε γυναίκες που είχαν κατάθλιψη, σοβαρά εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα ή αρνητική στάση και προσδοκίες σε σχέση με αυτήν.

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη, διαπιστώθηκε υψηλή συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χωρίς όμως να στοιχειοθετείται κλινικά σημαντική καταθλιπτική νόσος. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται σε πολλές ερευνητικές εργασίες,³³⁻³⁵ στις οποίες δε διαπιστώνεται συσχέτιση ψυχιατρικής νοσηρότητας και εμμηνόπαυσης, παρόλο που σχεδόν σε όλες αναφέρεται η εμφάνιση ηπίων καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Σε έρευνες όμως των Mc Kinlay και συν.,²² και Hay και συν.,³⁶ διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους στην περιεμμηνόπαυση και εμμηνόπαυση, με αναφερόμενη «κορύφωση» τη χρονική περίοδο αμέσως προ της εμμηνόπαυσης. Ενδεχομένως όμως η σοβαρότητα διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων της ζωής των γυναικών να συσχετίζεται με την εκδήλωση

ψυχολογικών συμπτωμάτων που εκδηλώνουν κατά την εμμηνόπαυση.³⁷

Οι Freeman και συν.,³⁸ διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες αυξάνεται κατά τη μέση ηλικία, περί την κλιμακτηριακή χρονική περίοδο, γεγονός που πιθανά σχετίζεται με τα προοδευτικώς μειούμενα επίπεδα οιστρογόνων αίματος, τα αγγειοκινητικά συμπτώματα που εμφανίζονται ως συνέπεια αυτής της ορμονικής μεταβολής, αλλά και το ψυχοσωματικό stress που προκύπτει. Ο κίνδυνος όμως μείζονος κατάθλιψης αυξάνεται, τόσο όταν οι γυναίκες πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση, όσο και μετά από αυτήν, σύμφωνα με τη μεγάλη προοπτική μελέτη (Study of Women's Health Across the Nation), όπου οι γυναίκες είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και περίπου τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες κατά την περίοδο μετά την εμμηνόπαυση, σε σύγκριση με την περίοδο πριν την εμμηνόπαυση, επισημαίνοντας την ανάγκη εκτίμησης της ψυχικής κατάστασης των γυναικών στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους από τους επαγγελματίες υγείας.³⁹

Το εύρημα ότι οι περισσότερες γυναίκες που λάμβαναν ΟΘΥ σε σχέση με αυτές που δε λάμβαναν είχαν μεγαλύτερη σε αστική περιοχή, είχαν υψηλότερο επίπεδο

εκπαίδευσης και επάγγελμα αυξημένης ευθύνης επιβεβαιώνεται από αντίστοιχες μελέτες.⁴⁰

Στη μελέτη μας, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, καθώς και με λιγότερα κλινικά συμπτώματα εμμηνόπαυσης (κλίμακα Greene). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα ερευνητικής εργασίας της Abraham στις ΗΠΑ, όπου διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν γενικότερη αίσθηση ελέγχου της καταστάσεως και παρουσίασαν ευκολότερη προσαρμογή στην εμμηνόπαυση. Αυτή η έννοια της αίσθησης ελέγχου υποδήλωνε την αίσθηση της δικής τους συμμετοχής στην πληροφόρηση, στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την ΟΘΥ, στη θεραπεία αυτή καθ' αυτή και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.⁴¹ Σε κάποιες μελέτες όμως τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα, όπως για παράδειγμα στην ερευνητική μελέτη των Greene και Cooke,⁴² όπου η υψηλή κοινωνική τάξη των εμμηνοπαυσιακών γυναικών σχετιζόταν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με μειωμένα ψυχολογικά συμπτώματα, αλλά όχι και αγγειοκινητικά. Ομοίως, και οι Polit και La Rocco⁴³ διαπίστωσαν την αντίστροφη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των εμμηνοπαυσιακών γυναικών με την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, αλλά



όχι και με την εκδήλωση αγγειοκινητικών. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Olofsson και Collins⁴⁴ τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι λιγότερα σε γυναίκες που έχουν καλύτερη μόρφωση, δεν παίρνουν με ευκολία φαρμακευτική αγωγή, δεν υποφέρουν από χρόνιες ψυχολογικές καταστάσεις, έχουν χαμηλότερο επίπεδο stress, δεν καπνίζουν ή δεν καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ, γυμνάζονται τακτικά και έχουν μια θετική στάση απέναντι στη γήρανση και την εμμηνόπαυση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η λήψη Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης συσχετίζεται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η Ορμονική Θεραπεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ανακούφιση από τα αγγειοκινητικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και τα ήπια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Τονίζεται ωστόσο ότι θα πρέπει να συνδυάζεται με γενικότερη βοήθεια και κατανόηση από το περιβάλλον αλλά και ψυχολογική υποστήριξη, όπου αυτή χρειάζεται.⁴⁵ Στη μετα-ανάλυση των Zwifel και O'Brien⁴⁶ σχετικά με την επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας στα καταθλιπτικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, διαπιστώθηκε ομοίως η ευεργετική επίδραση των οιστρογόνων στη μείωση της

καταθλιπτικής διάθεσης σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, σε σύγκριση με τη μη λήψη οιστρογόνων.

Συμπεράσματα

Η εμμηνόπαυση των γυναικών χαρακτηρίζεται από τη συχνή εμφάνιση ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχική τους κατάσταση. Παρά τη σημαντική συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων, με βάση τις αξιόπιστες και επιστημονικά αποδεκτές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, δε στοιχειοθετείται κλινικά σημαντική ψυχική νόσος, με εξαίρεση την ομάδα γυναικών που δεν λάμβανε Ορμονική Θεραπεία, όπου διαπιστώθηκε κλινικά σημαντική αγχώδης συνδρομή.

Ορμονική Θεραπεία λάμβαναν κυρίως γυναίκες που είχαν μεγαλώσει σε αστικές περιοχές και είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και επάγγελμα αυξημένης ευθύνης. Στην ομάδα γυναικών που λάμβανε θεραπεία, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε ότι σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η λήψη ΟΘΥ είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση τόσο των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, όσο και των διαταραχών της διάθεσης. Αποτελεί θεραπεία πρώτης εκλογής για γυναίκες με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, εμφανή

εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και σχεδόν ελεύθερο ατομικό ιστορικό.

Παρόλα αυτά, η λήψη ΟΘΥ αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό και ιδιαίτερη προσοχή, τόσο από τις γυναίκες, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει. Φαίνεται όμως ότι υπεισέρχονται και κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες που τροποποιούν την κατάσταση και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Η λήψη ΟΘΥ ωστόσο πρέπει να συνδυάζεται με γενικότερη βοήθεια από το περιβάλλον αλλά και επαγγελματική ψυχολογική υποστήριξη όπου κρίνεται απαραίτητο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stewart DE. Menopause in highland Guatemalan women. *Maturitas* 2003; 44(4):293-297.
2. Webster RW. Aboriginal women and menopause. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24(12):938-940.
3. Obermeyer CM. Menopause across cultures: a review of the evidence. *Menopause* 2000; 7(3):184-192.
4. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007; 10(3):197-214.
5. Lock M. Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosom Med* 1998; 60(4):410-419.
6. Derry PS, Gallant SJ, Woods NF. Premenstrual syndrome and menopause in SJ Gallant, GP Keita and Royak-Scholer (Eds) *Health Care for Women: Psychological, social and Behavioral influences*, 1997, 203-222.
7. Stewart DE, Boydell KM, Derzko C, Marshall V. Psychological distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *Int Psychiatry Med* 1992; 22:213-220.
8. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005; 11(5):495-512.
9. Soares CN, Cohen LS, Otto MW, Harlow BL. Characteristics of women with premenstrual dysphoric disorder who did or did not report history of depression: a preliminary report from the Harvard Study of Moods and Cycles. *J Womens Health Gend Based Med* 2001; 10(9):873-878.
10. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E, Guthrie J. Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(2):84-89.
11. Lu SY, Tseng HF, Lin LL, Luh WM, Shu BC. Factors related to depression during menopause: a study in Southern Taiwan. *J Nurs Res* 2009; 17(2):128-35.
12. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual



- cycle markets associated with perimenopause: The Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(1):29-36.
13. Hunter M., Mann E. A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J Psychosom Res* 2010; 69(5):491-501.
14. Bauld R., Brown R.. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas* 2009; 62(2):160-165.
15. Seritan A., Iosif A.-M, Park J, Deatherage Hand D, Sweet R., Gold E. Self-reported anxiety, depressive symptoms, and vasomotor symptoms: a study of perimenopausal women presenting to a specialized midlife assessment centre. *Menopause* 2010; 17(2): 410-415.
16. Mc Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric* 2004; 7(4):375-89.
17. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Women Ment Health* 2002; 5(1):15-22
18. Anderson E, Hamburgers, Liu JH, Rebar RW. Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156(2):428-433.
19. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000; 343(1):682-688.
20. Soares CN, Poitras JR, Prouty J, Alexander BA, Shifren JL, Cohen LS . Efficacy of citalopram as a monotherapy or as an adjunctive treatment to estrogen therapy for perimenopausal and postmenopausal women with depression and vasomotor symptoms. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(4):473-479.
21. US Food and Drug Administration (FDA). FDA Talk Paper: FDA plans to evaluate results of Women's Health Initiative study for estrogen alone therapy. March 2, 2004.
22. McKinlay SM. The normal menopause transition: an overview. *Maturitas* 1996; 23(3):137-145.
23. Holte A. Menopause, mood and hormone replacement therapy: methodological issues. *Maturitas* 1998; 29(1):5-18.
24. Wenger NK, Paoletti R, Lenfant CJM, Cochair V, Pin V, Lenfant C, et al. International position paper on women's health and menopause: a comprehensive approach (NIH Publ No 02-3284). Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2002.
25. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: 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(2):321-333.
26. Barentsen R, van de Weijer P, Gend S, Foekema H. Climacteric symptoms in a representative Dutch population sample as measured with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2001; 38(3):123-128.
27. Clark DB, Donovan JE: Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(3):354-360.
28. Karanikola M, Stathopoulou H, Kalafati M, Terzi A, Bouzika M, Papathanassoglou D. Assessment of Anxiety Symptoms among Intensive Care Nursing Personnel in Greece. *Nursing* 2009; 48(4):447-457 (Article in Greek).
29. Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32(1):50-55.
30. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied: Psychological Measurement* 1977; 1(3): 385-407.
31. Madianos M, Vaidakis N, Tomaras A, Hortarea A. Exploring the domination of depression in the general population according to C.E.S.- D scale: validity and reliability. *Encephalos* 1983; 20:29-32 (Article in Greek).
32. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Kerstin V. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4(1):214-220.
33. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce C, Dillon S, Wischwa K, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. *Menopause* 2008; 15(3):435-41.
34. Van Hall EV, Verdel M, Van Ded, Velden J. "Perimenopausal" complaints in women and men. A comparative study. *J Women Health* 1994; 3(2):45-49.
35. DiGirolamo CM, Feldman ER, Toth TL. The menopause experience confounding factors. *Menopause* 2008; 15(3):410-1.
36. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164(4):513-516.
37. Greene JG. Psychological influences and life events at the time of the menopause. In R. Formaneu(Ed). *The meanings of menopause*. Hillsdale, NJ, Analytical Press, 1990, 79-115.
38. Freeman EW, Sammel MD, Hui Lin, Nelson DB. Associations of Hormones and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression.



- Arch Gen Psychiatry 2006; 63(4):375-382.
39. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3):609-25.
40. Barnett RC, Marchall WL. Positive spillover effects from job to home: a closer look. Working paper 222, Wellesley College Center for Research on Women, Wellesley 1991.
41. Abraham B. Coping with menopause. 1996. A dissertation presented to the faculty of the Institute of Advanced Psychological studies. Adelphi University
42. Greene JG, Cooke DJ. Life stress and symptoms at the climacterium. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136(3):486-491.
43. Polit DF, LaRocco SA. Social and psychological correlates of menopausal symptoms. *Psychosomatic Medicine* 1980; 42(3):335-345.
44. Olofsson ASB, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric* 2000; 3(1):33-42.
45. Schmidt PJ. Depression, the perimenopause and estrogen therapy. *Ann N Y Acad Sci* 2005; 1052: 27-40.
46. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of HRT upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997; 22(3):189-212.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Σύγκριση των ποιοτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών στις 2 ομάδες γυναικών

Μεταβλητή	Κατηγορία	Ομάδα 1		Ομάδα 2		p
		n/N	%	n/N	%	
Περιοχή γέννησης	Αστική	33/100	33	31/116	26,7	0,165
	Ημιαστική	34	34	32	27,6	
	Αγροτική	33	33	53	45,7	
Περιοχή που μεγάλωσαν	Αστική	46/100	46	43/116	37,1	0,045
	Ημιαστική	31	31	28	24,1	
	Αγροτική	23	23	45	38,8	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	12/100	12	41/116	35,3	<0,001
	Γυμνάσιο/Λύκειο	39	39	48	41,4	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	49	49	27	23,3	
Επάγγελμα	Χαμηλής ευθύνης	44/100	44	73/116	62,9	0,008
	Περιορισμένης ευθύνης	37	37	34	29,3	
	Αυξημένης ευθύνης	19	19	9	7,8	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	67/100	67	88/116	75,9	0,318
	Άγαμος	10	10	7	6,0	
	Διαζευγμένη / Χήρα	23	23	21	18,1	
Κάπνισμα	Καπνίστριες	39/97	40,2	42/115	36,5	0,671
	Μη καπνίστριες	58	59,8	73	63,5	
Με σοβαρό οικονομικό ή άλλο πρόβλημα	Ναι	7/100	7,2	7/113	6,2	0,788
	Όχι	90	92,8	106	93,8	
Με σοβαρό πρόβλημα σχέσης με παιδιά	Ναι	4/97	4,1	2/113	1,8	0,418
	Όχι	93	95,9	111	98,2	
Με σοβαρό πρόβλημα σχέσης με σύζυγο	Ναι	8/97	8,2	8/114	7	0,798
	Όχι	89	91,8	106	93	
Θάνατος προσφιλούς προσώπου	Ναι	15/97	15,5	11/114	9,6	0,214
	Όχι	82	84,5	103	90,4	

Πίνακας 2. Σύγκριση των μέσων τιμών των ποσοτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών στις 2 ομάδες γυναικών

Μεταβλητή	ΟΜΑΔΑ 1		ΟΜΑΔΑ 2		p
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
Ηλικία εμμηνόπαυσης	50,83	±4,41	50,25	±5,01	0,435
Αριθμός παιδιών	1,67	±0,94	1,81	±1,69	0,287
Ηλικία	51,53	±4,83	51,42	±4,23	0,947
Βάρος	63,88	±8,50	67,73	±10,05	0,002
Ύψος	62,51	±5,41	62,15	±5,23	0,561



Πίνακας 3. Σύγκριση της 1ης Συνέντευξης με την 2η Συνέντευξη στην Ομάδα 1 (κλίμακα Greene)

Συμπτώματα	1η συνέντευξη		2η συνέντευξη		p
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
1. αίσθημα ταχυκαρδίας ή εντόνων παλμών	0,59	±0,80	0,44	±0,59	0,001
2. αίσθημα έντασης ή νευρικότητας	0,98	±0,98	0,60	±0,65	<0,001
3. δυσχέρεια στον ύπνο	0,91	±1,02	0,56	±0,64	<0,001
4. διέγερση	0,97	±1,01	0,54	±0,67	<0,001
5. κρίσεις πανικού	0,60	±0,93	0,37	±0,66	<0,001
6. δυσκολία στη συγκέντρωση	0,58	±0,88	0,43	±0,64	0,005
7. αίσθημα αδυναμίας ή κούρασης	0,45	±0,74	0,32	±0,60	0,022
8. απώλεια ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα	0,21	±0,54	0,14	±0,38	0,07
9. αίσθημα δυστυχίας ή κατάθλιψης	0,61	±0,84	0,29	±0,55	<0,001
10. επεισόδια ξεσπάσματος με κλάματα	0,60	±0,82	0,43	±0,75	0,012
11. ευερεθιστότητα	1,38	±0,94	1,06	±0,87	<0,001
12. αίσθημα ζάλης ή λιποθυμικής τάσης	0,35	±0,58	0,30	±0,57	0,225
13. αίσθημα πίεσης στο κεφάλι ή στο σώμα	0,32	±0,62	0,22	±0,46	0,048
14. μούδιασμα σε σημεία του σώματος	0,62	±0,78	0,41	±0,64	<0,001
15. πονοκέφαλοι	0,63	±0,73	0,51	±0,66	0,026
16. πόνοι στους μύες και αρθρώσεις	0,69	±0,86	0,60	±0,82	0,079
17. απώλεια αισθητικότητας στα χέρια ή τα πόδια	0,25	±0,64	0,21	±0,46	0,392
18. δύσπνοια	0,32	±0,68	0,19	±0,46	0,01
19. εξάψεις	0,48	±0,88	0,07	±0,33	<0,001
20. νυχτερινές εφιδρώσεις	0,52	±0,89	0,09	±0,35	<0,001
21. απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος	1,15	±1,18	0,76	±1,06	<0,001

Πίνακας 4. Σύγκριση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων της ομάδας 1 κατά την 1η και την 2η βαθμολόγηση των κλιμάκων

Κλίμακα	1η Συνέντευξη		2η Συνέντευξη		p
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
Greene (εμμηνόπαυσης)	13,21	±9,61	9,17	±6,93	<0,001
Hamilton (άγχους)	5,74	±8,29	4,43	±7,75	<0,001
CES-D (κατάθλιψης)	10,33	±7,58	8,61	±6,25	<0,001

Πίνακας 5. Σύγκριση της 1ης Συνέντευξης με την 2η Συνέντευξη στην Ομάδα 2 (κλίμακα Greene)

Συμπτώματα	1η συνέντευξη		2η συνέντευξη		p
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
1. αίσθημα ταχυκαρδίας ή εντόνων παλμών	1,02	±0,99	1,19	±1,09	0,001
2. αίσθημα έντασης ή νευρικότητας	1,69	±1,09	1,69	±1,16	0,959
3. δυσχέρεια στον ύπνο	1,42	±1,17	1,58	±1,19	0,005
4. διέγερση	1,34	±1,04	1,46	±1,08	0,042
5. κρίσεις πανικού	0,97	±1,07	1,02	±1,09	0,26
6. δυσκολία στη συγκέντρωση	1,05	±1,03	1,24	±1,11	0,001
7. αίσθημα αδυναμίας ή κούρασης	1,00	±0,96	1,16	±0,98	0,002
8. απώλεια ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα	0,64	±0,91	0,75	±0,98	0,064
9. αίσθημα δυστυχίας ή κατάθλιψης	1,12	±1,02	1,27	±1,10	0,001
10. επεισόδια ξεσπάσματος με κλάματα	1,22	±1,06	1,33	±1,09	0,002
11. ευερεθιστότητα	1,94	±1,02	1,94	±1,03	0,936
12. αίσθημα ζάλης ή λιποθυμικής τάσης	0,78	±0,94	0,94	±0,93	0,003
13. αίσθημα πίεσης στο κεφάλι ή στο σώμα	0,88	±0,97	1,07	±1,00	0,003
14. μούδιασμα σε σημεία του σώματος	1,16	±1,03	1,29	±1,00	0,087
15. πονοκέφαλοι	0,99	±1,01	1,35	±1,04	<0,001
16. πόνοι στους μύες και αρθρώσεις	1,34	±1,03	1,57	±1,07	<0,001
17. απώλεια αισθητικότητας στα χέρια ή τα πόδια	0,48	0±,82	0,64	±0,98	0,048
18. δύσπνοια	0,60	±0,81	0,74	±0,93	0,029
19. εξάψεις	1,87	±1,24	1,80	±1,22	0,249
20. νυχτερινές εφιδρώσεις	1,66	±1,29	1,65	±1,24	0,989
21. απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος	2,11	±1,13	2,39	±1,01	0,301



Πίνακας 6. Σύγκριση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων της ομάδας 2 κατά την 1η και την 2η βαθμολόγηση των κλιμάκων

Κλίμακα	1η Συνέντευξη		2η Συνέντευξη		p
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
Greene (εμμηνόπαυσης)	25,33	±12,25	28,65	±13,25	≤0,001
Hamilton (άγχους)	19,28	±11,90	19,47	±11,75	0,718
CES-D (κατάθλιψη)	11,20	±11,22	11,82	±11,59	0,007

Πίνακας 7. Ανάλυση με τη μέθοδο της πολλαπλής παλινδρόμησης της συνολικής βαθμολογίας (total score) της κλίμακας Greene στο σύνολο του δείγματος (n=216).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	P	95% ΔΕ Β
Ηλικία	0,106	0,204	0,034	0,519	0,604	-0,296-0,506
Εκπαίδευση	-4,563	1,180	-0,243	-3,865	≤0,001	(-6,890)-(-2,235)
Επάγγελμα	2,953	1,252	0,144	2,359	0,019	0,485-5,421
Βάρος σώματος	3,155	0,078	0,021	0,404	0,687	-0,122-0,458
Ηλικία εμμηνόπαυσης	3,16	0,216	0,010	0,146	0,884	-0,395-0,458
Ομάδα 2	18,171	1,568	0,625	11,590	≤0,001	15,080-21,263

$$R^2 = 0,494$$

Πίνακας 8. Ανάλυση με τη μέθοδο της πολλαπλής παλινδρόμησης της συνολικής βαθμολογίας (total score) της κλίμακας Hamilton στο σύνολο του δείγματος (n=216).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	P	95% ΔΕ Β
Ηλικία	0,179	0,184	0,077	0,971	0,333	-0,184-0,542
Εκπαίδευση	-3,012	1,068	-0,211	-2,821	0,005	(-5,118)-(0,906)
Επάγγελμα	1,751	1,132	0,113	1,547	0,124	-0,481-3,984
Βάρος σώματος	1,145	0,071	0,010	0,162	0,871	-0,128-0,151
Ηλικία εμμηνόπαυσης	5,086	0,196	0,021	0,260	0,795	-0,335-0,437
Ομάδα 2	10,092	1,418	0,457	7,115	≤0,001	7,295-12,889

$$R^2 = 0,284$$

Πίνακας 9. Ανάλυση με τη μέθοδο της πολλαπλής παλινδρόμησης της συνολικής βαθμολογίας (total score) της κλίμακας CES-D στο σύνολο του δείγματος (n=216).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Τυπικό Σφάλμα	Beta	t	P	95% ΔΕ Β
Ηλικία	0,162	0,198	0,070	0,819	0,414	0,228-0,553
Εκπαίδευση	-4,175	1,148	-0,292	-3,636	≤0,001	(-6,439)-(-1,910)
Επάγγελμα	2,244	1,218	0,144	1,843	0,067	-0,157-4,644
Βάρος σώματος	-2,659	0,076	-0,023	-0,350	0,727	-0,176-0,123
Ηλικία εμμηνόπαυσης	2,40	0,210	0,010	0,114	0,909	-0,391-0,439
Ομάδα 2	6,189	1,525	0,280	4,058	≤0,001	3,182-9,197

$$R^2 = 0,171$$