

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Коротка Тетяна Іванівна

На правах рукопису

УДК:

Кваліфікаційна робота

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК
ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
В ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК**

Спеціальність 223 Медсестринство

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, доцент
кафедри внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
Боб А.О.

Тернопіль – 2023

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального завдання медсестринства, що полягає в удосконаленні ранньої діагностики та профілактики менопаузальних та психоемоційних порушень у жінок перименопаузального віку, встановленню взаємозв'язки із менопаузальним синдромом та ступенем вираженості симптомів тривоги та депресії, розроблено нову концепцію копінг стратегії комплексної лікувально-профілактичної терапії психоемоційних порушень у жінок перименопаузального віку.

Зміна гендерної демографічної структури суспільства призвела до збільшення популяції частки жінок старшої вікової групи. Вікова група жінок України в періоді постменопаузи віком 40–69 років становить на 23% більше, ніж чоловіча [4].

Менопаузальний перехід є періодом, в якому відмічається найвищий ризик виникнення асоційованих з менопаузою психічних, когнітивних та соматичних розладів [5-7]. Частота клімактеричних симптомів сягає 80% у жіночій популяції [8]. Психічні та когнітивні порушення з різним ступенем вираженості присутні у структурі клімактеричного синдрому в більшості жінок, а іноді є домінантними [9-11].

Психічні розлади є важливою медичною проблемою, що впливає на якість життя та соціальне функціонування жінок менопаузального віку [11]. З початку війни, майже кожен українець зазнав неминучого негативного впливу на психологічне здоров'я [12]. Депресивні розлади є найпоширенішими розладами психіки. Вони поширені практично так само, як і тяжкі соматичні хвороби.

Особливості психоемоційного стану у жінок перименопаузального віку є актуальною тематикою, оскільки перименопаузальний період може бути складним для жінок з психологічної та емоційної точки зору. Під час перименопаузи жіночий організм зазнає серйозних фізіологічних змін, які можуть асоціюватися з різними симптомами, такими як поганий настрій, дратівливість, тривожність, порушення сну, головні болі, запаморочення та інші.

Менопаузальний перехід є періодом, що характеризується найвищим ризиком виникнення асоційованих з менопаузою психічних, когнітивних та соматичних розладів [5-7]. Частота клімактеричних симптомів сягає 80% у жіночій популяції [8]. Психічні та когнітивні порушення з різним ступенем вираженості присутні у структурі клімактеричного синдрому в більшості жінок, а іноді є домінуючими [9-11]. Війна є великою травматичною подією, що розгортається на території України. Сучасні події призводять до змін психоемоційного стану, розвитку тривоги та депресії.

У роботі розкривається питання копінг-поведінки жінок, як форми поведінки, що відображає готовність особи вирішувати складні життєві проблеми. Особливо актуальним є вивчення поведінкової реакції в часи військової загрози в країні. Це поведінка, спрямована на пристосування до складних соціально-економічних та сімейних обставин і передбачає уміння використовувати певні заходи для подолання емоційного стресу та тривоги. Обґрунтовано вибір психологічного арсеналу дослідження. Для дослідження особливостей копінг-стратегій у жінок перименопаузального віку ми використовували комплексну методичку, яка включала наступні опитувальники, а саме: оцінка симптомів менопаузи у жінок перименопаузального віку за допомогою міжнародної шкали MRS (Menopause Rating Scale), оцінка та ступінь вираженості тривоги та депресії за госпітальною шкалою (HADS), вираженість депресії за шкалою MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).

Нами обстежено 56 жінок в перименопаузальному періоді. Середній вік жінок становив $47,88 \pm 1,48$ роки. Першу клінічну групу склали 20% (n=12) жінок віком від 41 до 45 років, II групу 26% (n=14) жінки від 46 до 50 років, III групу жінок 54% (n=30). За даними анкетування за шкалою MRS у 71,4% обстежених пацієнток було виявлено менопаузальні симптоми різного ступеня тяжкості, у 28,6% жінок прояви менопаузального синдрому не спостерігалися, хоча періодично відмічалися скарги соматовегетативного характеру. Оцінюючи стан здоров'я жінок за MRS у I групі середнє значення сумарного менопаузального синдрому склало 7,32 бали, що вказувало на слабо виражені менопаузальні порушення, де на перший план

виходили скарги соматовегетативного характеру. Психоемоційні порушення були слабо виражені лише у 2 пацієнтів. У II групі жінок середнє сумарне значення менопаузального синдрому було вище і становило 12,13 балів, що вказувало на помірно виражені менопаузальні порушення, на перший план виходили теж скарги нейровегетативного та психоемоційного характеру. У III групі прояви менопаузального синдрому були середнього ступеня важкості, середнє значення сумарного менопаузального синдрому становило 17 балів. Менопаузальний синдром проявлявся кількома підшкалами: соматовегетативного характеру важкого ступеня; психоемоційного характеру помірного ступеня; легкого ступеня - сечостатеві порушення. У структурі скарг в усіх групах жінок переважали соматовегетативні вазомоторні симптоми: приливи, пітливість, відчуття жару, вегетативні кризи з неприємними відчуттями в ділянці серця, серцебиттям, проблеми зі сном. Психоемоційні порушення проявлялися зміною настрою, підвищеною дратівливістю, відчуттям стурбованості та фізичного виснаження. У жінок II та III групи, крім вище перерахованих скарг спостерігалася підвищена тривожність, відчуття психічного виснаження, депресивний настрій спостерігався у 7 пацієнток.

Рання діагностика психологічних розладів перехідного періоду є важливим етапом в лікуванні жінок з менопаузальним синдромом. Для діагностики психоемоційних розладів застосовуються різноманітні тести та опитувальники. Ми використовували - Госпітальну шкалу тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), за результатами наших обстежень за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії було виявлено у 16,07% пацієнток - наявність розладу. Субклінічна тривога спостерігалася у 14,28% випадків, субклінічна депресія у 12,5% , поєднання тривоги та депресії встановлено у 8,9% пацієнток, клінічно виражена тривога була у 3 пацієнток і у 1 жінки клінічно виражена депресія, таким чином демонструючи чітку перевагу тривожного компонента. Клінічна психологічна симптоматика у обстежених жінок характеризувалась різноманітністю виявлених скарг. Найчастіше найпоширенішими симптоми були: пригніченість настрою 72%, втрата енергії і зниження активності 86%, внутрішня напруга із неможливістю розслабитися 64%, неспокійні думки

(71%), розлади сну 56%, роздратованість 43%, безпорадність щодо нових змін 23%, психомоторна загальмованість та іпохондричні прояви у 19% випадків.

В структурі психопатологічної симптоматики у обстежених хворих I групи переважав переважно астеничний синдромокомплекс, який характеризувався домінуючим почуттям загальної слабкості та млявості, пасивністю, зниженим настроєм з переживанням байдужості до подій, що раніше викликали інтерес до життя, порушення циклу сон-неспанья. У жінок II та III групи окрім астеничного синдрому були прояви тривожного синдрому, що характеризувався: зниженим настроєм з нав'язливими переживаннями, немотивованою тривогою, відчуттям внутрішнього дискомфорту. Для депресивного синдрому у 7 пацієнтів відмічалися: зниження настрою, почуття тривоги та негативне емоційне забарвлення переживань, нав'язливе побоювання, сумнів у правильності прийняття рішень і власних дій, підвищення вразливості.

У жінок в яких виявлено депресивні розлади для вимірювання важкості симптомів депресії, використовували шкалу Монгомері-Асберг (MADRS), за результатами наших обстежень депресивний синдром було виявлено у 21,4% випадків, у 78,6% – депресивні розлади були відсутні. Серед обстежених пацієток у 16,1% виявили депресивний епізод легкого ступеня, у 5,3% – депресивний епізод помірного ступеня. Найпоширенішими депресивними симптомами були: зниження настрою (74.3%), зниження працездатності та активності (65.7%), пригніченість (18,3%), іпохондричні прояви (11,4%).

У обстежених пацієток за допомогою кореляційного аналізу методом Пірсона були виявлені статистично значущі кореляції між менопаузальними порушеннями за міжнародною шкалою MRS та вираженістю психоемоційних симптомів. При вивченні взаємозв'язку між менопаузальними порушеннями за міжнародною шкалою MRS і рівнем тривоги, оцінених за допомогою шкали HADS виявлено: прямий достовірно сильний кореляційний зв'язок вираженості тривоги з нейровегетативними ($r=0,72$) і психоемоційними ($r=0,48$) субшкалами менопаузального синдрому та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,41$, $p=0,03$). Рівень депресії за госпітальною шкалою тривоги та депресії

(HADS) корелює з нейровегетативними ($r=0,66$, $p=0,01$), психоемоційними симптомами ($r=0,53$, $p=0,02$) та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,62$, $p=0,03$). Виявлено, чим більше виражені прояви менопаузального синдрому тим більша вираженість тривожного та депресивного синдромів у жінок перименопаузального віку. Виявлено прямий кореляційний взаємозв'язок між віком ($r=0,33$, $p=0,05$) та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,64$, $p=0,01$) у жінок.

Враховуючи взаємозв'язок між менопаузальним синдромом та рівнем тривоги та депресії важливим елементом у лікуванні та підтримці пацієнток перименопаузального віку є забезпечення ефективної комплексної медичної допомоги яка включає в себе різноманітні методи лікування, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної пацієнтки. Оскільки менопаузальні порушення можуть призводити до зниження якості життя жінок, розуміння взаємозв'язку між менопаузальним синдромом та рівнем тривоги та депресії може допомогти медичним працівникам визначати найбільш ефективні методи лікування та психологічної підтримки для пацієнток перименопаузального віку.

Медичні сестри відіграють важливу роль у підтримці жіночого здоров'я, які переживають перименопаузальний період. Однією з найважливіших ролей медичної сестри є забезпечення психоемоційної підтримки жінок у перименопаузальний період. Молодший медперсонал повинен демонструвати емпатію та співчуття, допомагати підтримувати позитивні емоції та підтримувати розмову з пацієнтками про їхні почуття. Важливо знати, що психічний стан жінки може сильно впливати на її фізичне здоров'я, тому медична сестра повинна виявляти розуміння та сприяти професійному діалогу з жінками.

Нами розроблено рекомендації для медичних сестер з питань копінг-стратегії покращення психоемоційного стану жінок перименопаузального віку, що включають: професійну психологічну підтримку та консультивання щодо фізіологічних змін які відбуваються в організмі жінки, допомагають знижувати рівень стресу та підтримувати задовільний психоемоційний стан за допомогою рекомендацій про правильне раціональне харчування, регулярні фізичні вправи, достатній відпочинок,

сон; проводиться соціальна підтримка, рекомендується: спілкування за допомогою соціальних мереж з друзями, родичами, колегами, (що допомагає знайти психологічну підтримку та взаємодію з людьми). Волонтерство або участь в соціальних проєктах, (щоб відчувати свій внесок у сьогодення). Готовність до позитивного переосмислення складної життєвої ситуації (використовувати позитивні думки, медитацію, йога, релаксаційні вправи, дихальні практики та інші техніки, що допоможуть зосередитися на своїх думках та почуватися спокійніше). Використання інноваційних технологій за допомогою яких медична сестра може допомогти жінкам знайти та використовувати різноманітні техніки, такі як мобільні або онлайн додатки, які ефективні у підтримці психічного та фізичного здоров'я. Взаємодія з родичами та близькими пацієнтки, оскільки підтримка від родини має найбільший позитивний вплив на психічний стан жінки.

Отже, методи підтримки психічного здоров'я жінок в періоді перименопаузи повинні бути комплексними та індивідуалізованими. Вивчення взаємозв'язку між психоемоційним станом та ступенем важкості менопаузального синдрому у жінок перименопаузального віку є актуальним оскільки цей період у жінок пов'язаний з багатьма фізіологічними та психологічними змінами.

Ключові слова: жінки, перименопауза, медична сестра, менопаузальні порушення, психоемоційні порушення, тривога, депресія.

ANNOTATION

The qualification work provides a theoretical generalization and a new solution to the urgent task of nursing, which arises in the improvement of early diagnosis and prevention of menopausal and psychoemotional disorders in women of perimenopausal age, correlations with the menopausal syndrome and the severity of symptoms of anxiety and depression have been established, correlations with the menopausal syndrome and the severity of symptoms of anxiety and depression have been established, developed a new concept of coping strategies for complex treatment and preventive therapy of psychoemotional disorders in women of perimenopausal age.

The change in the gender demographic structure of society has led to an increase the older age group of women in the population. The age group of Ukrainian women in peri- and postmenopause aged 40–69 years is 23% more than men[4].

The menopausal transition is a period characterized by the highest risk of menopause-associated mental, cognitive, and somatic disorders [5-7]. The frequency of climacteric symptoms reaches 80% in the female population [8]. Mental and cognitive disorders with varying degrees of severity are present in the structure of the climacteric syndrome in most women, and sometimes they are dominant [9-11].

Mental disorders are an important medical problem affecting the quality of life and social functioning of menopausal women [11]. Since the beginning of the war, almost every Ukrainian has experienced an inevitable impact on psychological health [12]. Depressive disorders are the most common mental disorders. They are almost as common as serious somatic diseases.

Peculiarities of the psycho-emotional state of perimenopausal women are a topical issue, as the perimenopausal period can be difficult for women from a psychological and emotional point of view. During perimenopause, the female body undergoes serious physiological changes, which can be accompanied by various symptoms, such as bad mood, irritability, anxiety, sleep disturbances, headaches, and others.

The menopausal transition is a period characterized by the highest risk of menopause-associated mental, cognitive, and somatic disorders [5-7]. The frequency of climacteric symptoms reaches 80% in the female population [8]. Mental and cognitive disorders with

varying degrees of severity are present in the structure of the climacteric syndrome in most women, and sometimes they are dominant [9-11]. The war is a major traumatic event unfolding on the territory of Ukraine. Modern events lead to changes in the psycho-emotional state, the development of anxiety and depression.

The work reveals the issue of women's coping behavior as a form of behavior that reflects a person's readiness to solve life's problems. The study of behavioral reactions in times of military threat in the country is especially relevant. It is a behavior aimed at adapting to difficult socio-economic and family circumstances and involves the ability to use certain measures to overcome emotional stress and anxiety.

The choice of the psychological arsenal of the research is substantiated. To study the features of coping strategies in perimenopausal women, we used a complex methodology that included the following questionnaires: assessment of menopause symptoms in perimenopausal women using the international Menopause Rating Scale (MRS), assessment and severity of anxiety and depression according to the hospital scale (HADS), severity of depression according to the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

We examined 56 women in the perimenopausal period. The average age of women was 47.88 ± 1.48 years. The first clinical group consisted of 20% (n=12) women aged 41 to 45 years, the II group 26% (n=14) women from 46 to 50 years, the III group 54% (n=30) women. According to the questionnaire data on the MRS scale, 71.4% of the examined patients had menopausal symptoms of varying degrees of severity, 28.6% of women had no symptoms of the menopausal syndrome, although complaints of a somatovegetative nature were periodically noted. Evaluating the state of health of women according to the MRS in the I group, the average value of the total menopausal syndrome was 7.32 points, which indicated weakly expressed menopausal disorders, somatovegetative complaints came to the fore. Psychoemotional disturbances were weakly expressed only in 2 patients. In the II group of women, the average total value of the menopausal syndrome was higher and amounted to 12.13 points, which indicated moderately pronounced menopausal disorders, neurovegetative and psychoemotional complaints also came to the fore. In the III group, the manifestations of the menopausal syndrome were of medium severity, the average value of

the total menopausal syndrome was 17 points. Menopausal syndrome was manifested by subscales of severe somatovegetative nature, moderate psychoemotional nature and mild urogenital disorders. In the structure of complaints in all groups of women, somatovegetative vasomotor symptoms prevailed: hot flashes, sweating, feeling hot, vegetative crises with unpleasant sensations in the heart area, palpitations, sleep problems. Psychoemotional disorders were manifested by mood changes, increased irritability, feelings of anxiety and physical exhaustion. In women of the II and III groups, in addition to the complaints listed above, increased anxiety, a feeling of mental exhaustion, and a depressed mood were observed in 7 patients.

Early diagnosis of psychological disorders of the transition period is an important stage in the treatment of women with menopausal syndrome. Various tests and questionnaires are used to diagnose psychoemotional disorders. We used - The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), according to the results of our examinations using the Hospital Anxiety and Depression Scale, 16.07% of patients were found to have a disorder. Subclinical anxiety was observed in 14.28% of cases, subclinical depression in 12.5%, a combination of anxiety and depression was found in 8.9% of patients, clinically expressed anxiety in 3 patients and clinically expressed depression in 1 woman, thus demonstrating a clear advantage an alarming component. Clinical psychological symptomatology in the examined women was characterized by a variety of detected complaints. The most common symptoms were: depressed mood 72%, loss of energy and reduced activity 86%, internal tension with inability to relax 64%, restless thoughts (71%), sleep disorders 56%, irritability 43%, helplessness to change anything 23%, psychomotor inhibition and hypochondriac manifestations in 19% of cases.

In the structure of psychopathological symptoms in the examined patients of the I group, the asthenic syndrome complex was predominant, which was characterized by a dominant feeling of general weakness and lethargy, passivity, low mood with a feeling of indifference to events that previously aroused interest in life, and disruption of the sleep-wake cycle. Women of the II and III groups, in addition to the asthenic syndrome, had manifestations of an anxiety syndrome, which was characterized by: low mood with

obsessive feelings, unmotivated anxiety, a feeling of internal discomfort. For the depressive syndrome, 7 patients had the following symptoms: low mood, feelings of anxiety and negative emotional coloring of experiences, obsessive fear, doubts about the correctness of decisions and actions, increased vulnerability.

The Montgomery-Asberg Scale (MADRS) was used to measure the severity of depressive symptoms in women diagnosed with depressive disorders; according to the results of our examinations, depressive syndrome was detected in 21.4% of cases, and depressive disorders were absent in 78.6%. Among the examined patients, 16.1% had a mild depressive episode, 5.3% had a moderate depressive episode. The most common depressive symptoms were low mood (74.3%), decreased work capacity and activity (65.7%), depression (18.3%), and hypochondriacal manifestations (11.4%).

Statistically significant correlations between menopausal disorders according to the international MRS scale and the severity of psychoemotional symptoms were found in the examined patients using the Pearson correlation analysis. When studying the relationship between menopausal disorders according to the international MRS scale and the level of anxiety, assessed using the HADS scale, it was found: a direct, reliably strong correlation between the severity of anxiety and neurovegetative ($r=0.72$) and psychoemotional ($r=0.48$) subscales of menopausal syndrome and overall severity of menopausal syndrome according to MRS ($r=0.41$, $p=0.03$). The level of depression according to the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is correlated with neurovegetative ($r=0.66$, $p=0.01$), psychoemotional symptoms ($r=0.53$, $p=0.02$) and the overall severity of the menopausal syndrome according to the MRS ($r=0.62$, $p=0.03$). It was found that the more pronounced the manifestations of the menopausal syndrome, the greater the severity of anxiety and depressive syndromes in perimenopausal women. A direct correlation between age ($r=0.33$, $p=0.05$) and the overall severity of the menopausal syndrome according to MRS ($r=0.64$, $p=0.01$) in women was revealed.

Considering the relationship between the menopausal syndrome and the level of anxiety and depression, an important element in the treatment and support of

perimenopausal patients is the provision of effective comprehensive medical care that includes various treatment methods, taking into account the individual characteristics of each patient. Because menopausal disorders can lead to a decrease in the quality of life of women, understanding the relationship between the menopausal syndrome and levels of anxiety and depression can help health professionals determine the most effective methods of treatment and psychological support for patients of perimenopausal age.

Nurses play an important role in supporting the health of perimenopausal women. One of the most important roles of a nurse is to provide psycho-emotional support to women in the perimenopausal period. Nurses should demonstrate empathy and compassion, help maintain a positive attitude, and encourage conversations with patients about their feelings and emotions. It is important to know that a woman's mental state can greatly affect her physical health, so the nurse must show understanding and promote a professional dialogue with women.

We have developed recommendations for nurses on coping strategies to improve the psycho-emotional state of perimenopausal women, which include: professional psychological support and counseling regarding the physiological changes that occur in a woman's body, help to reduce stress and maintain psycho-emotional state with the help of recommendations on proper rational nutrition; regular physical exercises, sufficient rest, sleep; social support; communication using social networks with friends, relatives, colleagues (which helps to find psychological support and interaction with people). Volunteering or participation in social projects (to feel one's contribution to the present). Willingness to positively rethink a difficult life situation (use positive thoughts, meditation, yoga, relaxation exercises, breathing practices and other techniques which help to focus on thoughts and feel calmer).

The use of innovative technologies through which the nurse can help women find and use a variety of technologies, such as mobile or online applications, that are effective in supporting mental and physical health. Interaction with relatives and loved ones of the patient, as support from the family has a positive effect on the mental state of the woman.

Therefore, the methods of supporting the mental health of women during perimenopause should be complex and individually selected. The study of the relationship between the psycho-emotional state and the degree of severity of the menopausal syndrome in perimenopausal women is relevant because this period in women is associated with many physiological and psychological changes.

Key words: women, perimenopause, nurse, menopausal disorders, psychoemotional disorders, anxiety, depression.

	14
АНОТАЦІЯ.....	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	16
ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури.....	22
1.1. Клімактеричний період та менопаузальні порушення у жінок.....	22
1.2. Психоемоційні розлади у перименопаузі.....	24
1.3. Депресивні розлади у перименопаузі.....	28
РОЗДІЛ 2 Методи і об'єкт досліджень.....	34
2.1 Об'єкт дослідження.....	34
2.2. Методи досліджень.....	35
РОЗДІЛ 3 Загальна характеристика обстежених жінок	36
3.1. Клініко-анамнестичні та антропометричні дані обстежених жінок перименопаузального віку	36
3.2. Оцінка менопаузальних порушень у жінок перименопаузального віку.....	42
3.3. Нейровегетативні прояви менопаузального синдрому в жінок перименопаузального віку.....	46
3.4. Психоемоційні розлади перименопаузального періоду та методи їх виявлення.....	49
3.4.1. Психоемоційні розлади у жінок виявлені за опитувальником «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS).....	55
3.4.2. Оцінка депресії за шкалою Монгомері-Асберг (MADRS).....	59
РОЗДІЛ 4 Взаємозв'язок менопаузального синдрому з ступенем вираженості психоемоційних симптомів у жінок перименопаузального віку.....	63

РОЗДІЛ 5 Роль медичної сестри в розробці копінг-стратегії підтримки психоемоційного стану жінок перименопаузального віку.....	65
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ.....	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

HADS – Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale)

ЗГТ – замісна гормональна терапія

MADRS – шкала Монгомері-Асберг

MRS – міжнародна шкала з оцінки симптомів менопаузи (Menopause Rating Scale)

МП – менопаузальний перехід

МС – менопаузальний синдром

ВСТУП

За прогнозами Ради Європейського Союзу, унаслідок військової російської агресії та залежно від її тривалості, населення України може ймовірно скоротитися на 24–33 % [1]. Змінюється гендерно-вікова структура українського суспільства, стрімко скорочується частка молодого населення до 20 років та частка осіб репродуктивного віку [2-3]. Зміна демографічної структури українського суспільства призводить до збільшення в популяції частки жінок старшої вікової групи. Вікова група жінок України в пери-і постменопаузі віком 40–69 років становить на 23 % більше, ніж група чоловіків [4].

Менопаузальний перехід є періодом, що характеризується надзвичайно високим ризиком виникнення ускладнень асоційованих з менопаузою а саме: психічних, когнітивних та соматичних розладів [5-7]. Частота клімактеричних симптомів сягає 80% серед жінок перименопаузального віку [8]. Психічні та когнітивні порушення є переважаючим симптомокомплексом з різним ступенем вираженості та присутні у структурі клімактеричного синдрому у більшості жінок [9-11].

Психічні розлади є важливою медичною та соціальною проблемою, що впливають на якість життя та соціальне функціонування осіб менопаузального віку [11]. З початку війни, майже кожен українець зазнав неминучого впливу на психологічне здоров'я [12]. Депресивні розлади є найпоширенішими розладами психіки. Їхня поширеність є майже такою самою, як і тяжких соматичних хвороб. Наслідки до яких може призвести депресія, якщо відсутня належне лікування, бувають дуже важкими [13]. Депресія призводить до ранньої смертності від різних соматичних хвороб, людина може втратити працездатність. Також у зв'язку з депресією зростає кількість суїцидів. На сьогоднішній день можна говорити про те, що незабаром поширеність таких розладів зростатиме [14].

Це зумовлено певними причинами, такими як зростання тривалості життя, внаслідок чого збільшується щільність населення, неухильне зростання стресів,

недостатність соціальної підтримки, ментальні розлади, внаслідок яких людина тимчасово втрачає працездатність [15].

Відсутність єдиного розуміння механізму розвитку психічних та когнітивних розладів у перименопаузальному періоді та підходів до їх лікування, зумовлює актуальність вивчення взаємозв'язку даних порушень у жінок перименопаузального віку.

Актуальність теми. Особливості психоемоційного стану у жінок перименопаузального віку є актуальною темою, оскільки перименопаузальний період може бути складним для жінок з психологічної та емоційної точки зору. Під час перименопаузи жіночий організм зазнає серйозних фізіологічних змін, які можуть супроводжуватися різними симптомами, такими як поганий настрій, дратівливість, тривожність, порушення сну, головні болі та інші.

Тема взаємозв'язку між психоемоційним станом та ступенем важкості менопаузального синдрому у жінок перименопаузального віку є актуальною, оскільки цей період у жінок пов'язаний з багатьма фізіологічними та психологічними змінами.

Психоемоційний стан також може бути зіпсований в період менопаузи, що може викликати симптоми депресії, тривоги, роздратування та інших психічних проблем. Оскільки психоемоційний стан та менопаузальний синдром (МС) можуть взаємодіяти, та посилювати прояви один одного, їх взаємозв'язок варто досліджувати. Розуміння взаємозв'язку між психоемоційним станом та ступенем важкості МС може допомогти медичним працівникам зрозуміти, які методи діагностики та лікування найкраще підходять для різних категорій жінок з МС. Крім того, ці знання можуть бути корисні для розробки нових методів лікування, які зосереджуються на зменшенні психоемоційних симптомів МС та покращенні якості життя жінок в цьому перехідному періоді.

Медичні сестри відіграють важливу роль у підтримці жіночого здоров'я, які переживають перименопаузальний період. Вони можуть надавати професійну

підтримку та консультування щодо фізіологічних змін, рекомендувати здоровий спосіб життя та допомагати в розвитку стратегій копіngu зі стресом та емоційними проблемами. Додатково, медичні сестри можуть проводити різні профілактичні заходи, такі як регулярні медичні огляди, моніторинг психоемоційного стану та надання підтримки у випадку погіршення стану.

Отже, тема має велике значення, оскільки психоемоційний стан жінок під час перименопаузального періоду може впливати на їх якість життя, та медичні сестри можуть допомогти підтримати жінок під час цього важкого періоду, забезпечуючи їм професійну підтримку та допомогу у збереженні якості життя. Проведений нами огляд літератури за останні роки показав, що пріоритетним напрямком медицини є превентивні заходи для покращення якості життя пацієнтів.

Під час сьогодення психоемоційний стан пацієнтів значно погіршується через стресові ситуації, травми та інші негативні впливи. Основними превентивними заходами покращення психоемоційного стану пацієнтів під час війни є: забезпечення безпеки та стабільності в обстановці; розвиток мережі психологічної підтримки, яка може бути надана як індивідуально, так і в груповій формі (через телефонну лінію підтримки, психологічні тренінги та семінари); розвиток культури здорового способу життя (забезпечення правильного харчування, належної гігієни, занять фізичною культурою, що можуть допомогти зменшити рівень стресу та підвищити загальний тонус організму); створення умов для комунікації та взаємодії між пацієнтами (розвиток колективного духу та підтримки спільної діяльності, що може допомогти зменшити почуття самотності та страху).

Мета дослідження: аналіз психоемоційного стану жінок перименопаузального віку з урахуванням соціальних, біологічних та медичних факторів, що впливають на фізичне та психічне здоров'я жінки. Вивчити взаємозв'язок між психоемоційним станом та ступенем важкості менопаузального синдрому у жінок перименопаузального віку.

Завдання дослідження:

- виявити менопаузальні порушення у жінок перименопаузального віку за допомогою міжнародної шкали MRS (Menopause Rating Scale) з оцінки симптомів менопаузи;
- оцінити наявність та ступінь вираженості тривоги та депресії за госпітальною шкалою (HADS) та вираженість депресії за шкалою MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) у жінок перименопаузального віку;
- вивчити у пацієнок перименопаузального віку взаємозв'язок між ступенем вираженості психоемоційних розладів та менопаузальними порушеннями;
- розробка рекомендацій для медичних сестер з питань копінг-стратегії покращення психоемоційного стану жінок перименопаузального віку.

Об'єкт дослідження: оцінка симптомів менопаузи та психоемоційного стану жінок перименопаузального віку.

Предмет дослідження: медична та сестринська діяльність з вивчення психологічних та емоційних аспектів перименопаузального періоду у жінок, включаючи депресію, тривожність, що впливають на якість життя жінок.

Методи дослідження: анкетування на основі стандартизованих шкал MRS, HADS, MADRS.

Наукова новизна. Автор вивчила психоемоційний стан жінок перименопаузального віку з урахуванням індивідуальних особливостей менопаузальних порушень. Поглибила розуміння взаємозв'язку між психоемоційним станом та фізіологічними процесами, що відбуваються під час перименопаузи. Визначила роль медичної сестри в процесі розробки інноваційних програм психотерапії та підтримки жінок для збереження та покращення якості життя цієї категорії пацієнок.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допомогли проаналізувати особливості перехідного періоду в житті жінок, а також можливі наслідки зниження якості життя пацієнок. Результати досліджень можуть

бути використані для вдосконалення програм психотерапії та підтримки, спрямованих на поліпшення психічного стану та покращення якості життя жінок перименопаузального віку.

Апробація результатів роботи.

Публікації. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи опубліковані в науковій праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 82 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 11 таблиць, 4 рисунки. Бібліографія включає 62 праці: 16 українських та 46 зарубіжних авторів.

1.1. Клімактеричний період та менопаузальні порушення у жінок

Клімактеричний період - це фізіологічний період у житті жінки, протягом якого домінує інволюційний процес в репродуктивній системі, що характеризуються припиненням спочатку генеративної, а потім і менструальної функції [8, 16].

Перименопауза - це період в житті жінки, що передує постменопаузі, коли менструації стають неправильними та зменшуються кількість та якість яйцеклітин, що відповідає за вироблення жіночих гормонів [17].

Найчастіші менопаузальні порушення у жінок в перименопаузі можуть проявлятися приливами, нічною пітливістю. Жінки відчують раптові почуття жару, що включають швидке серцебиття. Спостерігаються розлад сну, неврози, депресія, роздратування та нервозність. Зміни гормонального фону можуть сприяти розвитку метаболічного синдрому та призвести до збільшення ваги [18]. Менопауза викликає зменшення рівня естрогенів, що може призводити до сухості вагіни та дискомфорту під час статевого акту. Порушення місячного циклу: менструації стають нерегулярними в період перименопаузи [19].

Важливо пам'ятати, що симптоми менопаузи можуть варіюватися в кожній жінки та необов'язково проявлятися у всіх.

Клініко-гормональна характеристика етапів старіння репродуктивної системи представлена результатами 10-річних великих клінічно-когортних досліджень (STRAW+10 – Stages of Reproductive Aging Workshop). Система STRAW+10 застосовується до жінок незалежно від віку, індексу маси тіла, демографічних показників чи способу життя [20] (*Додаток 1*).

Клімактеричні порушення - це своєрідний симптомокомплекс, що ускладнює фізіологічний перебіг клімактеричного періоду. Він характеризується нейропсихічними, вазомоторними та обмінно-ендокринними порушеннями, що виникають в організмі на тлі вікових змін [21].

Менопаузальний синдром різного ступеня вираженості спостерігають у 80% жінок [22]. Ранні симптоми можуть маніфестувати ще на фоні збереженого менструального циклу в період менопаузального переходу або ранньої постменопаузи. До них відносять вазомоторні (припливи жару, озноби, гіпергідроз, головний біль, артеріальну гіпо-або гіпертензію, різні види порушень серцевої діяльності) та психоемоційні порушення (дратівливість, сонливість, слабкість, неспокій, депресія, забудькуватість, неухважність, зниження лібідо) [23-25].

Через 2-5 років з'являються середньочасні урогенітальні розлади, що іноді завдають значних страждань (сухість, свербіж і печіння у піхві, поллакіурія, цисталгія, нетримання сечі, рецидивуючі бактеріальні захворювання сечостатевої системи), сексуальна дисфункція, диспарс та атрофія шкіри, гіпертрихоз, сухість та ламкість нігтів та/або волосся, зниження еластичності шкіри) [26].

Група пізніх порушень, що виникають через 5 років і більше після настання менопаузи: підвищений ризик кардіоваскулярних захворювань, постменопаузального остеопорозу з патологічними переломами і хвороба Альцгеймера [27-29].

Якщо у жінок виникають перераховані симптоми, необхідна кваліфікована медична консультація щодо можливих методик лікування та способів полегшення симптомів. Лікар може порадити приймати препарати замісну гормональну терапію, яка допомагає зберегти рівень естрогену та інших гормонів, або інші ліки, які можуть значно полегшити симптоми і покращити якість життя жінок. Деякі жінки знаходять полегшення в природних методах, таких як зміни дієти, заняття йогою або медитацією, а також у використанні різних гормональних кремів, спреїв та пластирів. В будь-якому випадку, важливо вчасно виявити первинні симптоми, звернутися за медичною допомогою і обрати метод лікування який буде найбільш ефективним та безпечним та комфортним для жінки.

1.2. Психоемоційні розлади у перименопаузі

Епідеміологічні дослідження вказують на те, що приблизно одна з п'яти жінок зазнає епізод великого депресивного розладу (ВДР) у певний момент свого життя. Важливо, що найчастіше депресія у жінок може виникати або погіршуватися під час періодів динамічного розвитку гормональних змін, таких як передменструальний, перименопаузальний період і менопауза [30].

Протягом багатьох десятиліть ведуться суперечки про те, чи розглядати менопаузальний перехідний період та/або постменопауза як підвищений ризик розвитку депресії у жінок [31]. В деяких дослідженнях не вдалося знайти достовірного взаємозв'язку між депресією або ризиком депресивних симптомів з МС, проте довготривалі дослідження клінічної депресії виявили підвищений ризик розвитку депресії у 2-3 рази у жінок менопаузального віку [32]. Розвиток великого депресивного розладу (ВДР) проти малого депресивного розладу (МДР) з симптомами: пригнічений настрій (відчуття безнадійності), зниження інтересу або задоволення, зміна ваги (>5% маси тіла на місяць) або зміна апетиту, порушення сну (безсоння/гіперсомнія), втома, почуття нікчемності або надмірної провини, труднощі з концентрацією уваги та інші розлади характерні для обох діагнозів. Симптоми повинні бути присутніми більшу частину днів протягом 2-тижневого періоду; викликають клінічно значущий дистрес або порушення в багатьох сферах діяльності: соціальній, професійній та ін.; не можуть бути атрибутом іншого розладу, захворювання [33-35].

Жінки часто спілкуються зі своїми медичними працівниками на первинній ланці, адже в цей період загострюються хронічні захворювання або дебютують хвороби під час перименопаузи. Вважають за краще лікуватися від депресії в закладах первинної медичної допомоги, тому слід пройти скринінгові обстеження на наявність депресивного синдрому та тривоги. Робоча група з профілактичних послуг США рекомендує перевіряти всіх осіб на депресію при кожному контакті зі своїм медичним працівником [36]. Перше визначення епізоду депресії є критичним, оскільки ризик повторних епізодів і хронізації депресії спостерігається дуже часто у

78% випадків. Симптоми посилюються при відсутності адекватного лікування пацієнтів із ВДР. Від 50% до 75% осіб мають повторювані епізоди БДР за даними досліджень у Британії [37]. Симптоми приблизно вдвічі частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, підкреслюючи це як важливу проблематику громадського здоров'я, яка суттєво сприяє зниженню якості життя та упередженню захворювань у жінок.

У більшості досліджень де вивчалися рівні тяжкості депресивного синдрому, використовувалися менструальні щоденники та/або рівні гормонів для підтвердження стадії менопаузи, під час якої спостерігалися депресивні симптоми. На основі цих даних літератури автори дійшли висновку, що існують підгрупи жінок, які є вразливі до депресивного розладу або симптомів під час менопаузального переходу (МП) та раннього постменопаузального періоду. Важливо, що ризик депресії, знижується через 2-4 роки після фіналу менструального періоду, оскільки організм поступово адаптується до зниженого рівня естрогенів, особливо для тих жінок у яких був єдиний епізод депресії, що виник під час пері менопаузи [38].

Психічні порушення з різного ступеня тяжкості присутні у структурі клімактеричного синдрому у більшості жінок, а інколи вони є домінуючими [39]. Існують дві основні концепції у розвитку перименопаузальної депресії: 1) естрогенодефіцит (біологічна модель); 2) «доміно-ефект» (вторинний розвиток афективних розладів на тлі нейровегетативних порушень) [40].

В даний час біологічна модель, що передбачає розгляд зміни рівня естрогену як центральної біологічної ланки, що призводить до дисрегуляції нейротрансмітерних систем головного мозку, є найбільш науково обґрунтованою [41-43]. Однак, чіткого взаємозв'язку між рівнем статевих гормонів у крові та наявністю психоемоційних симптомів не встановлено, вважається, що має місце чутливість до відносних коливань рівня гормонів у деяких жінок [44].

Такі події у житті жінки як: менархе, овуляція, пологи, менопауза, пов'язані з суттєвими коливаннями рівнів статевих гормонів. Ці періоди асоційовані з

підвищеним ризиком виникнення депресії, у зв'язку з чим виділені характерні лише для жінок психічні стани: передменструальний синдром (ПМС), передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР), післяпологова депресія, клімактерична депресія, що підтверджує біологічну концепцію розвитку афективних розладів. 1.1) [45-46]. Клінічна практика у застосуванні комбінованих оральних контрацептивів та агоністів гонадотропного рилізину гормону, що блокують овуляцію, демонструє свою ефективність в усуненні передменструальних симптомів.

Складність проблеми полягає в тому, що в особливостях патогенезу психічних порушень, в яких беруть участь багато факторів: біологічні (нейроендокринні), які пов'язані з віковою перебудовою організму; психологічні; особистісні та соціально-культурні [46]. Зміни факторів внутрішнього і зовнішнього середовища, що відбуваються, вимагають активації адаптаційних механізмів, від адекватності яких багато в чому залежить подальша якість життя жінки [48].

Природні процеси ендокринних змін призводять до серйозної напруги вегетативної нервової системи, яка відповідальна за адаптацію організму, що за присутності додаткових факторів призводить до зривів адаптації та розвитку соматовегетативної та психічної дисфункцій [49].

З іншого боку, клімактеричний синдром – це психосоціальна хвороба у зв'язку з тим, що в цьому періоді життя жінок відбуваються осмислення та переоцінка життя в цілому, коригування системи цінностей, які складаються в змісті трьох, пов'язаних між собою сфер – особистісної, сімейної та професійної.

Нерідко у жінок цієї вікової групи спостерігається явище «потрійної кризи» – криза особистості, явища професійного вигорання та кризи фізіологічних змін. У зв'язку з цим з'являються додаткові психогенні фактори, які раніше не завдавали жінці занепокоєння. Це так звані умовно-патогенні психічні травми, які характеризуються саме із змінами системи відносин особистості.

Умовно-патогенними психотравмами стають переживання про неминучість старості, а саме такі ознаки клімактерію, як зміна зовнішнього вигляду (сиве волосся,

зниження еластичності шкіри, поява зморшок, зміна фігури тіла), зміна лібідо. Всі ці зміни характеризують сам по собі факт клімактеричного періоду на психотравмуючу ситуацію [39, 50].

Множинний соматичний симптомокомплекс, що зустрічається в даній популяції пацієнок, може бути проявом депресії або вазомоторних порушень менопаузального переходу, а також наслідком їхнього складного взаємопоєднання, що відбувається не тільки на феноменологічних, але і патофізіологічних рівнях [48]. Психологічні реакції жінок на настання клімактерію неоднозначні і мають вплив на адаптацію жінки в подальшому житті. У 20% відмічається пасивність реакції з ухваленням його як неминучості; у 15% – реакція має невротичний характер і проходить під виглядом своєрідного «опору» з неохотою прийняття змін, що відбуваються, при цьому домінує, як правило, нейропсихічна симптоматика; у 10% жінок формується зростання соціальної активності, виникає критичність ставлення до скарг однолітків і лише у 55% спостерігається адекватність реакції з поступовою адаптацією до вікової нейрогормональної реакції організму [49].

Крім різного виду екзогенних, ендогенних і психогенних факторів в етіології та патогенезі психічних порушень у період клімактерію важливим є «підґрунтя», на якому виділяються провокуючі фактори [51]. Багато авторів вважають, що клімактеричні форми неврозів схожі з преморбідними особливостями особистості. Такі риси характеру, як невпевненість у власних діях, схильність до тривожних розладів, емоційна прив'язаність, егоцентризм, погана адаптація у суспільстві, відсутність міжперсональної взаємодії, сприяють розвитку клімактеричного симптомокомплексу [46]. Виявлено, що при змішаному тривожнодепресивному розладі у жінок домінує сенситивна акцентуація характеру, при соматоформному розладі – епілептоїдна, при конверсійних розладах – істероїдна та істероепілептоїдна [45, 47, 49, 50].

За своїми проявами порушення психовегетативної сфери дуже різноманітні і неспецифічні, у зв'язку з чим існують труднощі виділення особливого типу психічних порушень менопаузального переходу. Тим не менш, поєднання психічної

симптоматики із соматичним клімактеричним симптомокомплексом створює характерну психопатологічну клінічну картину, яка зустрічається у жінок саме у цей період. Психоемоційні прояви відображаються у термінології: «клімактеричний невроз», «невроз тривоги», «психосоматичний клімактеричний синдром», «психоендокринний клімактеричний синдром», «клімактеричний діенцефальний синдром», «інволюційний невроз». У структурі цих порушень переважно зустрічаються прикордонні психічні та психосоматичні розлади [39].

Психопатологічні ознаки клімактеричного періоду представлені комбінацією розладів: депресивних (пригніченість настрою; приливи або озноб, підвищена пітливість, непереносимість задухи, відчуття нестачі повітря, відчуття «паління» в тілі, «перебоїв» в роботі серця, алгії, диспепсія, біль у грудях, що давить, тремтіння в тілі, псевдонепритомні стани, запаморочення, «спазми» в горлі), іпохондричних (істерофобії, нав'язливі побоювання хвороби) та патохарактерологічних (демонстративність, суїцидальні думки, дисфоричні спалахи, «вимагання турботи» тощо) [39-41].

Характерним для жінок клімактеричного віку є астеноневротичний синдром, який проявляється епізодами плаксивості, дратівливості, відчуття страху, тривоги, непереносимості звукових та нюхових подразників [48].

1.3 Депресивні розлади у перименопаузі

З психічних порушень депресія розглядається як одна з важливих проблем, яка формує якість життя і соціальне функціонування жінок середньої вікової групи [52].

Дослідження жінок середнього віку [50] припустили, що тривожність, невротизм (схильність до хронічних негативних емоцій) і песимізм значною мірою пов'язані з ризиком розвитку депресій. Також буває, що негативне ставлення до менопаузи та/або старіння концептуально пов'язані з невротизмом і песимізмом та прогнозують депресивні, тривожні і негативні настрої у перехідному (перименопаузальному) віці жінки [49].

Наявність в анамнезі дитячих негараздів включають: сімейні проблеми та низький соціально-економічний статус дитинства, бідність і небезпечне середовище, що є стресорними факторами які можуть мати тривалі наслідки. Негаразди дитинства пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ВДР протягом життя, а також нових симптомів ВДР і депресії під час перименопаузи [31].

П'ять факторів характерних для дорослого віку (фінансова скрута, низька освіта, низька соціальна підтримка, низька соціальна функція та сильний тілесний біль) разом можуть послаблювати спілкування, що свідчить про потенційний шлях між ранніми труднощами та депресією середнього віку [32].

Депресія та симптоми депресії пов'язані з захворюваннями, курінням, гіподинамією та проблемами зі сном у середньому віці [53]. Дослідження жінок середнього віку показують, що фізична активність і депресія депресивні симптоми обернено пропорційні. Автори стверджують, що дозована фізична активність помірної інтенсивності є захистом від депресивних порушень [54]. Труднощі зі сном частіше з'являються під час перименопаузи (50%), ніж у пременопаузі (30%). Хоча порушення сну є одним із основних симптомів депресії, зв'язок між ними двосторонній [55]. Є деякі докази того, що порушення сну передбачає подальшу депресію та більш важкий перебіг депресії. Серед жінок перименопаузального віку кількість тих, хто повідомляв про проблеми зі сном на початку дослідження, була у 8 разів більшою ймовірність відчуття рецидиву епізоду великої депресії. Крім того, у клінічному дослідженні, покращення якості сну було пов'язане з покращенням симптомів депресії [56].

Депресія часто пов'язана із захворюваннями, фактори ризику яких включають субклінічні серцево-судинні захворювання, такі як коронарна та аортальна кальцифікація та каротидний атеросклероз. Симптоми депресії також корелюють із соматичними симптомами у жінок у перименопаузі та пост менопаузі, включаючи запаморочення, головні болі, болі та скутість суглобів і нетримання сечі.

Депресія (від латів. depression – придушення, пригнічення) – психічний розлад, який характеризується патологічною зміною настрою – його зниженням (гіпотимією) з негативною, песимістичною оцінкою себе, своєї діяльності у навколишньому середовищі та свого майбутнього. Депресивна зміна настрою поряд із спотворенням когнітивного процесу та супроводжується загальмовуванням, зниженим стимулом до діяльності, соматовегетативними дисфункціями.

Основні симптоми: зниження настрою, очевидне порівняно з властивою пацієнтові нормою, що переважає майже щодня та більшу частину дня і триває протягом 2 тижнів незалежно від життєвої ситуації; різке зниження зацікавлення чи задоволення від виконаної роботи, в основному пов'язаної з позитивними емоціями; недостатня працездатність та підвищення втомлюваності.

Додатковий симптомокомплекс: знижена працездатність та самоконцентрація на роботі; зниження самооцінки та почуття невпевненості в собі; ідеї провини та приниження; похмуре та песимістичне бачення майбутнього; ідеї чи дії, що стосуються самоушкодження чи самогубства; порушений сон; порушений апетит [57].

Ризик розвитку депресивних розладів та появи депресивних симптомів у жінок у 2-3 рази вищий, ніж у чоловіків, починаючи з менархе до настання пізньої постменопаузи, але особливо високий ризик їх виникнення під час менопаузального переходу [45, 47, 57]. При цьому в період менопаузального переходу збільшується ризик як маніфестації афективних розладів у психічних порушень жінок, що раніше не мають, так і рецидиву наявного психічного захворювання [54].

Менопаузальна депресія має стерті ознаки, в клінічній картині якої відмічається домінування невротичних, соматизованих, вегетативних розладів. Багато таких депресивних розладів не розпізнаються лікарями, обумовлені тим, що пацієнти часто пред'являють скарги, щодо соматичного стану. Наявність коморбідної патології, що має ряд загальних симптомів з депресією (стомлюваність, порушення сну, апетиту), також ускладнює діагностичний етап депресивних порушень. Хронічна затяжна депресія істотно знижує соціальну адаптацію пацієнтів [49].

У цей час можуть виникати різні депресивні розлади залежно від переважання у тому генезі ролі того чи іншої чинника (генетичного, ендокринного, психогенного) [31]. Клімактерична депресія розвивається в пременопаузі у структурі клімактеричного синдрому, супроводжуючи вегетативно-судинні та обмінно-ендокринні розлади. Депресія клімактеричного періоду розвивається на кшталт «доміно-ефекту» – гормональні зміни викликають соматичні прояви (припливи, відчуття жару, порушення сну, нічна пітливість, підвищення апетиту), які негативно впливають на психічний стан жінки. Виразність депресії корелює з тяжкістю клімактеричного синдрому, причому найчастіше вираженість її обмежується рівнем дистимії. Психічна травма при клімактеричній депресії є додатковим фактором, що обтяжує перебіг патологічного процесу [50].

При психогенній депресії психічна травма є основним етіологічним моментом, немає вираженого зв'язку з тяжкістю клімактеричних соматовегетативних проявів, клімактерій лише підвищує чутливість до дії психогенного фактора. Вегетативно-судинні порушення відходять на другий план і знову стають актуальними після вирішення психотравмуючої ситуації [58].

При ендогенній депресії психогенії відводиться роль лише провокуючого або вирішального фактора [53]. Вважається, що значення ендогенних механізмів формування депресивного розладу з віком знижується, але на першому плані виходить несприятлива роль екзогенних чинників [58].

Психосоціальні чинники. У цей час особливо важливими для жінки стають такі чинники як: сімейний стан, стосунки з чоловіком і дітьми, матеріальна забезпеченість, самоповага [9]. У перименопаузі жінка стає особливо чутливою до стресових подій у житті, зв'язок депресії з якими добре вивчена [16].

Генетичний фактор. Спадковий чинник складає від 35% до 40% великого депресивного розладу. Як і у випадку з ВДР, що відмічається у загальній популяції є дослідження, що генетичний ризик і фактори навколишнього середовища, такі як надмірні стресові ситуації необхідні для визначення ризику розвитку ВДР під час

перименопаузи. Не дивно, що генетичні мішені для дослідження, пов'язані з перименопаузою і початком депресії в середині роки життя пов'язані з рецепторами естрогену та ферментами, що метаболізують стероїди [43].

Депресія в анамнезі.

Великий депресивний розлад в анамнезі є суворим предиктором розвитку депресії у клімактеричному періоді, підвищуючи ризик виникнення депресії у 3 та більше разів [58]. Крім того, наявність ПМДР та післяпологової депресії у житті жінки, свідчать про схильність до підвищеної чутливості до гормональних коливань, також асоційовані з появою депресії у клімактеричному періоді [59].

Вазомоторні симптоми.

Наявність вазомоторних симптомів пов'язана зі збільшенням ризику виникнення депресивних симптомів у перименопаузі. Одна з ймовірних причин цього взаємозв'язку – коливання гормонального рівню одночасно підвищує ризик вазомоторного та депресивного синдромів. Є дані, що більша тривалість менопаузального переходу і, як наслідок, триваліший період гормональних коливань збільшують ризик виникнення депресії, і навпаки, швидкий підйом ФСГ, короткий період менопаузального переходу знижують цей ризик [24].

Розлади сну.

Депресія в клімактерії може бути пов'язана з порушеннями сну, які відчуває більшість жінок у цей період. Важко встановити, що є першопричиною в даній ситуації, оскільки порушення сну є одним із симптомів депресії. Однак, цей взаємозв'язок підтверджується в багатьох дослідженнях [53-55]. Метаболічні порушення часто супроводжують клімактеричний період та асоціюються з підвищеним ризиком появи психічних розладів [51]. Підвищений ІМТ у жінок у менопаузі асоційований із депресією, що дає підстави припускати, що поєднання гормональних та метаболічних факторів може впливати на розвиток депресивних симптомів та погіршувати якість сну жінок [55].

Симптоми та діагностика депресії є поширеними під час МП та на ранніх стадіях менопаузи. Задіяні численні психосоціальні та біологічні фактори. Оцінка депресії та лікування може проводитися в практиці первинної медичної допомоги та включає призначення гормональної терапії і антидепресантів, окремо або в комбінації та і когнітивно-поведінкова терапія.

РОЗДІЛ 2. Методи і об'єкт дослідження

2.1. Об'єкт дослідження

Дослідження проводилось у період з 2021 по 2022 рік на клінічній базі Центру матері та дитини «Жіноча консультація №1» міста Вінниці. Критерії включення в дослідження:

1) Жінки у періоді менопаузального переходу, вік пацієнок від 40 до 55 років.

2) Відсутність прийому замісної терапії, фітоестроген-вмісних препаратів та антидепресантів до включення до дослідження.

3) Підписання письмової інформованої згоди учасника дослідження.

Критерії виключення:

1) Вік менше 18 років та старше 56 років.

2) Наявність соматичних захворювань на стадії загострення.

При виконанні роботи були дотримані основні положення міжнародних стандартів етичних норм, якості наукових досліджень та належної клінічної практики GCP (1996 р.), засад Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2000 р.). У всіх випадках при залученні пацієнтів у групи досліджень було отримано інформовану згоду на включення в дослідження та проведення обстеження. При першому візиті всім пацієнткам проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження. Оцінка психоемоційних та вегетативних порушень проводилася з використанням психологічних методик. Для скринінгового виявлення тривоги та депресії використовували госпітальну шкалу (HADS) [60, 61]. Для оцінки вираженості депресії використовувалася шкала Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), яка призначена для швидкої та точної оцінки тяжкості депресії та зміни динаміки важкості стану в результаті лікування [62]. Дані адаптованих шкал заповнювалися пацієнтом самостійно, у випадку виникнення запитань чи незрозумілого формулювання проводилось пояснення.

2.2. Методи дослідження

1. Клініко-анамнестичний метод (виявлення менопаузальних та психо-емоційних порушень).
2. Клініко-шкальна оцінка менопаузальних порушень з використанням міжнародної шкали MRS з оцінки симптомів менопаузи (Menopause Rating Scale).
3. Клініко-шкальна оцінка депресії та тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) та за шкалою Монгомері-Асберг (MADRS).
4. Об'єктивне обстеження (антропометричні дані, ІМТ)
5. Статистичні методи:
 - a. тест на нормальність розподілу Шапіро-Вилка
 - b. t-тест у модифікації Уелча, критерій Манна-Уїтні
 - c. кореляційний аналіз методом Пірсона по попарно заповненим значенням, p-рівень значимості з поправкою на численні порівняння Holm.

РОЗДІЛ 3. Загальна характеристика обстежених жінок

3.1. Клініко-анамнестичні та антропометричні дані обстежених жінок перименопаузального віку

Кваліфікаційна робота виконана на кафедрі внутрішньої медицини №1 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України. Дослідження виконувалися впродовж 2021–2022 рр. і є фрагментом планової комплексної науково-дослідної роботи Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України «Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря: предиктори розвитку, рання діагностика, профілактика і лікування» (номер держреєстрації 0113U001244). Відповідно до поставленої мети і завдань розроблений план виконання всіх етапів кваліфікаційної роботи, вибрані об'єкти дослідження і підібраний комплекс методів дослідження.

На початковому етапі спостереження перебували 56 жінок в перименопаузальному періоді. Вік жінок становив від 41 до 54 років, середній вік ($47,88 \pm 1,48$) роки. Першу групу 20% ($n=12$) склали жінки віком від 41 до 45 років, II групу 26% ($n=14$) жінок від 46 до 50 років, III група жінок 54% ($n=30$) були від 51 до 56 років (рис. 3.1).

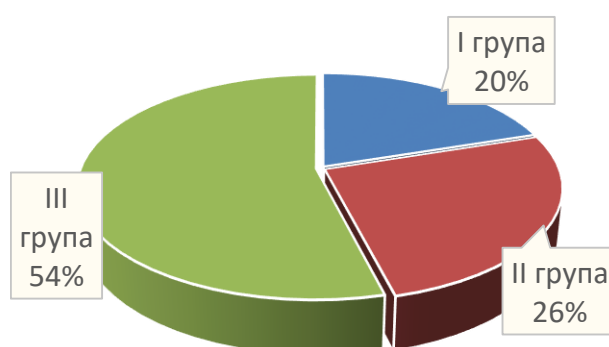


Рисунок 3.1 Розподіл обстежених жінок за віком на групи

В процесі збору анамнезу звертали увагу на соціальну приналежність жінок. Серед обстежуваних пацієнок більшість мали вищу освіту (91,4%), були

працюючими (80%) та заміжними (88,6%). Пацієнтки з вищою освітою переважали в I та II групах спостереження і склали 44,3% ($p < 0,05$). На середню спеціальну освіту вказали 23,5% респондентів, що говорить про більш відповідальне ставлення до свого здоров'я освічених пацієнток. Жінки з середньою освітою 17,9% та домогосподарки 9,2% переважали в III групі. При цьому економічна освіта була у 41,2% пацієнток, медична у 28,7%, педагогічна у 25,4%, інше у 7,6%.

Аналізуючи рівень освіченості та умови праці жінок (табл. 3.1), звернули увагу, що жінки з інтелектуальним розподілом праці переважали в I та II групах і вони мали більш вираженіші клінічні ознаки клімактеричного синдрому на відміну від пацієнток з фізичними умовами праці, які переважали в III групі.

Таблиця 3.1

Умови праці обстежених жінок, абс.,%

Групи жінок	Умови праці		
	Розумовий	Фізичний	Змішаний
I група, n=12	46,5%	39,4%	14,1%
II група, n=14	37,3%	45,1%*	17,6%
III група, n=30	23,1%	57,6%*	19,3%*

Примітка: *—різниця вірогідна відносно пацієнток в межах груп ($p < 0,05$)

Значна частка пацієнток (41,6%) з напруженим розумовим типом праці та наявністю стресових ситуацій на роботі, в сім'ї, в побуту мали вираженіші клінічні ознаки клімактеричного синдрому, що вказують на важливу роль психоемоційного та інтелектуального навантаження у розвитку клімактеричних порушень.

При суб'єктивному обстеженні умов проживання, несприятливі екологічні умови проживання виявлено у 68,2% жінок, переважна більшість з них була міським населенням і лише у 21,3% жінок вказували на проживання в екологічно чистих районах.

У ході розпитування щодо шкідливих звичок, зокрема паління, серед обстежених жінок 23,6% були курцями. Тривалість паління більше 10 років, яка відмічалася у 9,2% жінок є вагомим предиктором передчасної та ранньої менопаузи. Відомо, що у жінок які палять менструальний цикл коротший за рахунок зменшення його фолікулярної фази і менопауза настає швидше на декілька років [5, 9].

Вагомим фактором та предиктором раннього розвитку клімактеричних порушень, окрім паління є зловживання алкоголю. Надмірне вживання алкоголю більше трьох разів на тиждень спостерігалось у 11,6% жінок.

Сімейний стан – заміжня охарактеризували 90,7 % жінок. Слід відмітити, що 28,6% пацієток з ознаками клімактеричних порушень, відмічали дисгармонійні стосунки у шлюбі та нерегулярність статевого життя в порівнянні з жінками без проявів клімактеричних порушень.

Вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу показало, що 1-2 пологів мали 67,6% пацієток, 3 і більш пологів – 9,4% , викидні – 7,9% пацієток, жінки, що не народжували – 11,3%. Усі жінки в анамнезі яких відмічалась відсутність пологів, мали виражені ознаки клімактеричних порушень.

На підставі власних досліджень можна зробити висновок, що пацієнти III групи і II групи мали більше скарг, ніж пацієнтки I групи. Було виявлено, що у всіх групах найбільш частіше при поступленні жінки скаржилися на загальну слабкість та зниження працездатності (61,6%), серцебиття (41,8%), погіршення пам'яті (46,4%), мерзлякуватість, затерпання в кінцівках (37,9%), головокружіння та запаморочливі стани (27,6%).

У 22 (39%) обстежених жінок було виявлено супутню екстрагенітальну патологію. Як показано у таблиці 3.2, в обстежених жінок серед перенесеної соматичної захворюваності мали місце захворювання шлунково-кишкового тракту (59,8 %), сечовидільної системи (28,1%), серцево-судинної системи (11,9%), варикозна хвороба нижніх кінцівок (6,4%), залізодефіцитна анемія різного ступеня тяжкості (8,9%) та бронхіальна астма (4,1%).

У 34% жінок в анамнезі були захворювання щитовидної залози, з яких у 7% хворих спостерігався субклінічний гіпотиреоз неуточненої етіології, аутоімунний тиреоїдит у 11% та багатовузловий нетоксичний зоб зустрічалися у 16% пацієнток у яких було виявлено наявність фолікулів щитовидної залози. Гіперплазія молочних залоз (вузлова, дифузна) спостерігалась у 8% пацієнток. Достовірної різниці у частоті перенесених і наявних у жінок соматичних захворювань між групами не виявлено ($p>0,05$).

Таблиця 3.2

Соматична захворюваність жінок перименопаузального віку (абс.,%)

Перенесені захворювання	I група %	II група %	III група %
ГЕРХ	27,9	17,6	34,6
Хронічний холецистопанкреатит	6,9	9,8	13,4
Синдром подразненого кишечника	20,9	25,5	21,2
Жовчно-кам'яна хвороба	9,3	3,9	17,3
Гіпертонічна хвороба I-II ст.	4,6	13,7	23,1
Гіпотиреоз	4,8	5,6	5,3
Аутоімунний тиреоїдит	13,9	15,6	19,2
Вузловий зоб	7,8	6,3	6,8
Залізодефіцитна анемія	6,9	7,8	11,5

Сечо-кам'яна хвороба	9,3	11,7	15,4
Хронічний пієлонефрит	11,6	21,5	11,5
Бронхіальна астма	2,3	5,9	3,8
Гіперплазія молочних залоз	4,2	3,3	1,9

Клінічний огляд пацієнок розпочинали з вимірювання росту (м), маси тіла (кг), окружності талії (ОТ) (см) та окружності стегон (ОС) (см). Індекс маси тіла (ІМТ) вираховували за формулою: відношення маси тіла (у кг) до росту в квадраті (у м²). Застосовували на практиці рекомендації експертів ВООЗ (1999), що вказують на надмірну масу тіла при ІМТ відповідно 25,0-29,9 кг/м², тоді як ожирінню I ступеня відповідає індекс маси тіла —30,0-34,9 кг/м², а ожирінню II-III ступеня — ІМТ \geq 35,0 кг/м².

При проведенні статистичного аналізу антропометричних даних, які наведені у таблиці 3.3, ми звернули увагу на те, що у 9 (16,1%) з усіх пацієнок мали ІМТ від 18,5 до 24,99 кг/м², що відповідало нормі.

Таблиця 3.3

Антропометричні показники пацієнок клінічних груп (абс., %)

ІМТ (кг/м ²)						
	I група n=12		II група n=14		III група n=30	
	абс.	(%)	абс.	(%)	абс.	(%)
Нормальна МТ: 18-24,9	4	11,6	3	5,9	2	1,9
Надмірна МТ: 25-29,9	2	62,8	1	33,3	-	
ОЖ I ступеня: 30-34,9	1	20,9	5	49,0	12	34,6

ОЖ II ступеня: 30-34,9	2	4,6	2	11,6	5	9,6
Обвід талії до 80 см	1	16,3	-		3	5,7
Обвід талії 80 – 87 см	-		1	43,1	2	30,7
Обвід талії 88 см і >	1	39,5	-		1	63,4
Співвідношення ОТ/ОС $\leq 0,85$	-		1	17,6	1	13,5
Співвідношення ОТ/ОС $>0,86$	2	74,4	-	82,3	3	86,5

Розподіл обстежених жінок перименопаузального віку за масою тіла (%) представлено на рис.3.2. Надмірна маса тіла спостерігалася у 49,3 % жінок та у 44,5 % ожиріння: ОЖ I ступеня – 35,6%, ОЖ II ступеня – 8,9% випадків.

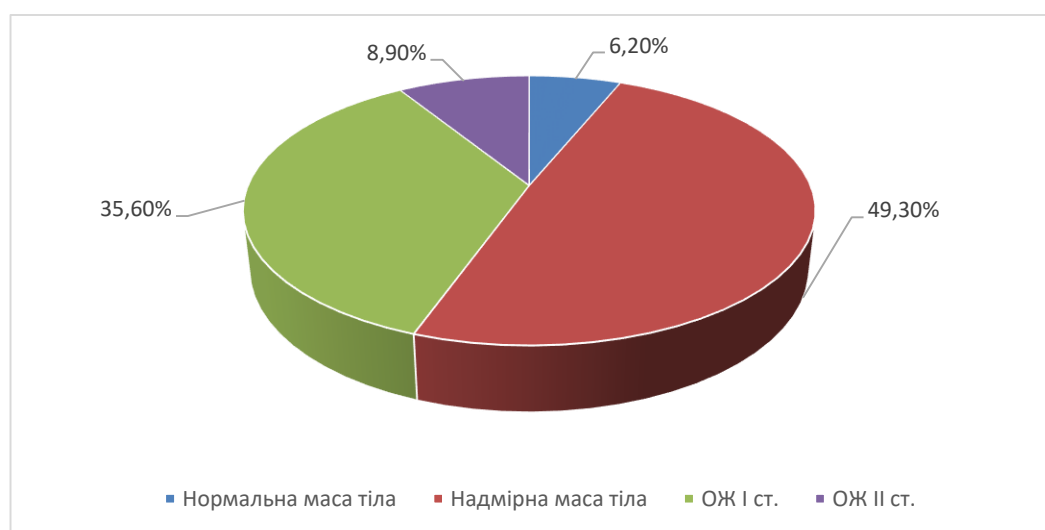


Рис.3.2 Розподіл жінок перименопаузального віку за масою тіла (%)

Найбільш типовими змінами перименопаузального періоду у нашому дослідженні було збільшення маси тіла у всіх обстежених жінок, ми спостерігали не лише збільшення маси тіла, а й перерозподіл жирової тканини. У пацієток з надмірною масою тіла відмічався рівномірний розподіл підшкірно-жирової клітковини по всьому тілу, а у жінок з ожирінням спостерігався абдомінальний тип з переважанням підшкірно-жирової клітковини у ділянці живота і стегон.

Підтвердження наявності абдомінального ожиріння, як одного з основних компонентів метаболічного синдрому (МС) у жінок в перименопаузальному віці за рекомендаціями ВООЗ, окрім $IMT > 30$, проводили за показниками: ОТ, коефіцієнтами відношення ОТ/ОС, який у жінок за наявності абдомінального типу ожиріння перевищує 0,85 та коефіцієнта співвідношення ОТ/зріст, що перевищує 0,54 і теж засвідчує наявність ожиріння.

Антропометричні дослідження (табл.3.3) показали, що в I групі (62,8%) і III групі (53,8%) переважала частка жінок з надмірною масою тіла, ожиріння I–II-го ступеня в II (49,1 %) групі та в III групі (34,6 %).

В середньому ОТ у жінок I групи склала $83,4 \pm 1,28$ см, у жінок II групи $91,3 \pm 1,68$ см, у жінок III групи — $94,8 \pm 2,07$ см ($p < 0,05$). При цьому співвідношення ОТ/ОС у жінок I групи склало $0,92 \pm 0,01$ см, що менше, ніж у жінок II групи $0,98 \pm 0,02$ см та у жінок III групи $0,99 \pm 0,03$ см ($p < 0,05$). Отримані дані підтверджують наявність абдомінального ожиріння у більшості жінок в перименопаузальному період.

3.2 Оцінка менопаузальних порушень у жінок перименопаузального віку

Менопаузальні порушення це симптомокомплекс, що характеризується наявністю вазомоторних, ендокринно-обмінних і нервово-психічних порушень, що виникають при дисфункції процесів адаптації до дисбалансу андрогенів і дефіциту естрогенів, що розвивається в частини жінок у період згасання функції яйників на фоні загальної вікової інволюції організму [10]. Його наявність ускладнює фізіологічний перебіг перехідного періоду. Діагностика та лікування клімактеричних порушень на етапі пременопаузи важлива медико-соціальна проблема сучасної медицини.

На сьогодні усім жінкам, старше 40 років, які звертаються за медичною допомогою на первинному рівні, згідно Уніфікованого клінічного протоколу щодо надання первинної, спеціалізованої - вторинної, високоспеціалізованої - третинної медичної допомоги під назвою: «Менопаузальні порушення та інші розлади

в перименопаузальному періоді» від 17 червня 2022 року № 1039, доцільно задати 6 запитань для виявлення менопаузального синдрому (табл.2.1).

Таблиця 3.4

Опитування щодо виявлення менопаузального синдрому

Запитання 1 - (щодо розуміння зміни характеру менструацій з віком, наявність менструацій / їх відсутність): Коли у вас останній раз була менструація (регулярність, періодичність, зміна тривалості і обсягу)?
Запитання 2 - (щодо оцінки змін емоційного та фізичного стану пацієнтки): Чи бувають у вас припливи жару або нічна пітливість (кількість, тривалість)?
Запитання 3 - Чи страждаєте Ви від депресії, перепадів настрою або безсоння?
Запитання 4 - Чи є у вас неприємні відчуття в ділянці серця або за грудиною, чи пов'язані ці відчуття з фізичним навантаженням; чи є епізоди підвищеного АТ (посилене серцебиття, порушення серцевого ритму)?
Запитання 5 - Чи є у вас відчуття сухості та печіння слизової оболонки піхви, проблеми із сечовиділенням (збільшення частоти сечовиділення, нетримання сечі), проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності)?
Запитання 6 - Чи бувають у вас неприємні відчуття в суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)?

Симптоми менопаузальних порушень: вегето-судинні (припливи та підвищена пітливість); психоемоційні розлади (перепади настрою, безсоння); уrogenітальний симптомокомплекс (дискомфорт та вагінальна сухість); сексуальні розлади (порушення лібідо); дисфункція опорно-рухової системи (м'язові та суглобові болі) допомагають за допомогою опитувальника визначити провідні симптоми менопаузи та скерувати жінку на додаткові обстеження, визначити/уточнити тактику подальшого ведення пацієнтки.

Для визначення оцінки тяжкості менопаузальних симптомів (МС) використовують міжнародну шкалу - Menopause Rating Scale (MRS) з оцінки симптомів менопаузи. MRS шкала є офіційно стандартизованою згідно з психометричними правилами. Протягом розробки стандартизування цього інструменту було виділено три незалежних компоненти: психологічний, соматовегетативний і сечостатевий та розділено на субшкали. Шкала MRS включає 11 пунктів (об'єднання симптомів або скарг), кожен з них може мати від 0 (відсутність скарги) до 4 балів (тяжкі симптоми). Оцінка симптомів проводилася згідно балів: 0-4 балів - немає симптомів або слабо виражені; 5-8 балів - слабкі симптоми; 9-15 балів - помірні симптоми; більше 16 балів - тяжкі симптоми.

Таблиця 3.5

Оцінка симптомів менопаузи за шкалою MRS у обстежених жінок

Симптоми	I група n=7	II група n=14	III група n=19
	%	%	%
Напади відчуття жару, пітливості	29,9	17,6	24,6
Неприємні відчуття у ділянці серця	6,9	9,8	13,4
Проблеми зі сном	20,9	25,5	21,2
Депресивний настрій	9,3	3,9	17,3
Дратівливість	4,6	13,7	23,1
Відчуття стурбованості	13,9	15,6	19,2
Відчуття фізичного та психічного виснаження	7,8	6,3	6,8
Проблеми зі статевим життям	6,9	7,8	11,5

Проблеми із сечовиділенням	9,3	11,7	15,4
Сухість слизової оболонки піхви	11,6	21,5	11,5
Неприємні відчуття у суглобах та м'язах	2,3	5,9	3,8

За даними анкетування у 71,2% обстежених пацієток було виявлено менопаузальні симптоми різного ступеня тяжкості, у 28,8% жінок скарги, що характеризують прояви МС не спостерігалися. У жінок при вступі в період пременопаузи (зі збереженим менструальним циклом) на перший план виходили скарги нейровегетативного характеру та психологічного характеру. Ступінь вираженості окремих симптомів патологічного клімактерію оцінювався в балах, якими проводився розрахунок важкості МС (табл.3.6).

Оцінюючи стан здоров'я жінок за MRS у I групі середнє значення сумарного менопаузального синдрому склало $7,32 \pm 3,41$ бали ($p < 0,05$), що вказувало на слабкість вираженості менопаузальних порушень, провідними були скарги соматовегетативного характеру ($2,04 \pm 0,24$). Психоемоційні порушення були незначно виражені лише у 2 пацієнтів ($3,24 \pm 1,73$).

Таблиця 3.6

Особливості симптомокомплексу менопаузального синдрому в обстежених жінок

Симптоми	I група n=7	II група n=14	III група n=19
Соматовегетативні, бали	$2,04 \pm 0,24$	$3,14 \pm 0,14$	$4,23 \pm 0,18$
Психоемоційні, бали	$3,24 \pm 1,73$	$3,72 \pm 1,84$	$4,03 \pm 1,45$

Сечостатеві, бали	1,84±0,22	1,33±1,08	2,68 ± 1,73
МС, бали	7,32±3,41	12,13±2,52	17,01±3,28

У II групі жінок середнє сумарне значення менопаузального синдрому становило 12,13±2,52 балів, що вказувало на помірно виражені менопаузальні порушення, на перший план виходили скарги нейровегетативного (3,14±0,14) та психоемоційного характеру (3,72±1,84).

У III групі прояви менопаузального синдрому були середнього ступеня важкості, середнє значення сумарного менопаузального синдрому становило 17,01±3,28 балів, ($p < 0,05$). Менопаузальний синдром проявлявся підпунктами соматовегетативного характеру важкого ступеня (4,23±0,18 балів, $p < 0,01$), психоемоційного характеру помірного ступеня (4,03±1,45 балів, $p < 0,05$) та легкого ступеня сечостатеві порушення (2,68 ± 1,73 бали).

Клінічна картина МС у жінок періоду менопаузального переходу характеризувалась широким різновидом виявлених симптомів. У структурі скарг домінували вазомоторні симптоми: приливи, відчуття жару, вегетативні кризи з нестабільністю артеріального тиску і серцебиттям, головні болі, зниження працездатності. Психоемоційні порушення проявлялися зміною настрою, підвищеною дратівливістю, відчуття браку повітря, спостерігалася підвищена тривожність.

3.3 Нейровегетативні прояви менопаузального синдрому в жінок перименопаузального віку

Менопауза є фізіологічним етапом життя жінки, який характеризується закінченням репродуктивної функції та зменшенням рівня статевих гормонів. Цей

етап може бути супроводженим різними психологічними проявами, які взаємозв'язані та можуть суттєво впливати на якість життя жінок. Однією з найбільш поширених проявів менопаузального синдрому є психоемоційні розлади, які можуть включати симптоми депресії, тривоги, роздратованості, нервової напруги та інших психічних порушень. Вони можуть виникати як результат гормональних змін, які відбуваються під час менопаузи, а також через фізичні симптоми, такі як пітливість, головні болі, головокружіння та інші порушення, які можуть суттєво погіршити настрій жінки.

Нейровегетативні прояви менопаузального синдрому, зокрема приливи та нічна пітливість, є також досить поширеними серед жінок в перименопаузальному віці. Приливи характеризуються раптовим відчуттям спеки та пітливістю, які можуть тривати від кількох секунд до кількох хвилин. Ці симптоми можуть супроводжуватися серцебиттям, головним болем, слабкістю та іншими неприємностями. Нічна пітливість може також супроводжуватися загальним нездужанням.

Найбільш частими нейровегетативними скаргами (рис.3.3) у пацієнток I групи були головний біль (28%), приливи (32%), пітливість (21%), підвищення артеріального тиску (19%), серцебиття (13%), порушення сну (12%), судоми в литкових м'язах (11%), збудливість та нервозність (9%). У жінок II вікової групи переважали скарги на приливи (59%), пітливість (5%), головний біль (34%), серцебиття (29%), порушення сну (16%), підвищення артеріального тиску (26%), сухість шкірних покривів і слизових оболонок (11%), збудливість (9%), періодичні болі в області серця (12%), судоми в литкових м'язах (18%), , непереносимість високих температур (5%).

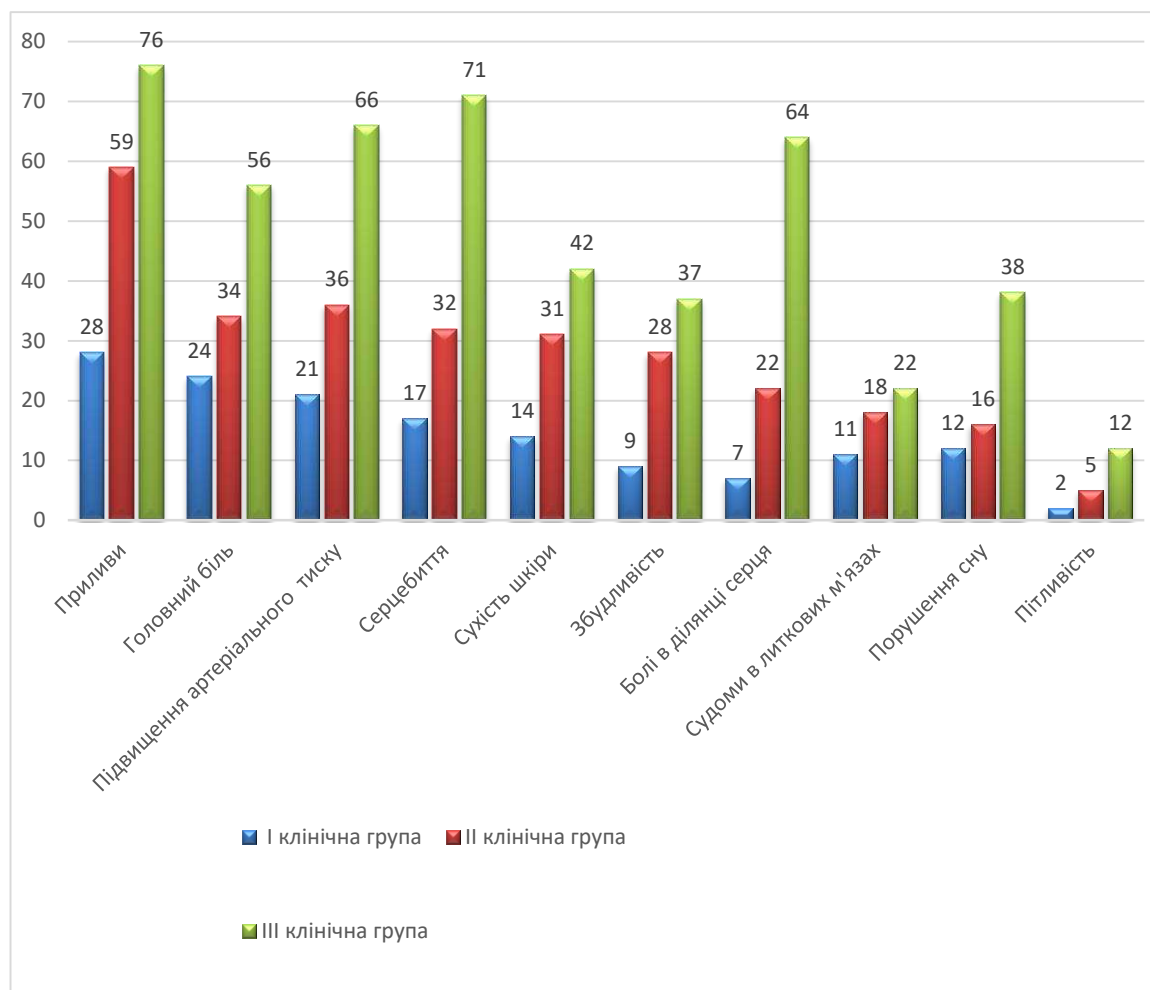


Рис. 3.3 Вираженість нейровегетативних симптомів у жінок пременопаузального віку

У пацієток III групи переважали скарги: серцебиття (37%), підвищення артеріального тиску (42%), періодичні болі в ділянці серця (24%), приливи (16%), головний біль (28%), порушення сну (18%), збудливість (17%), пітливість (12%), сухість шкірних покривів і слизових оболонок (9%), непереносимість високих температур (5%).

У структурі скарг в усіх групах обстежених жінок переважали нейровегетативні вазомоторні симптоми: відчуття жару, приливи, пітливість, вегетативні розлади з дискомфортом в ділянці серця, серцебиттям, проблемами зі сном. Психоемоційні порушення у I та II групах проявлялися зміною настрою, підвищеною дратівливістю, відчуттям стурбованості та фізичного виснаження. У жінок III групи, крім вище

перерахованих скарг спостерігалася підвищена тривожність, відчуття психічного виснаження, депресивний настрій у 7 пацієнток.

У жінок I та II груп у періоді менопаузального переходу частіше спостерігалися легкі прояви нейровегетативних симптомів, тоді як у жінок III вікової групи вираженість нейровегетативних симптомів була середнього ступеня важкості.

3.4 Психоемоційні розлади перименопаузального періоду та методи їх виявлення

Перименопауза - це період, що передує менопаузальному періоду і характеризується змінами в репродуктивній системі жінок, зокрема динамічним зменшенням рівня естрогенів. Ці зміни можуть викликати психоемоційні розлади, які впливають на суттєве погіршення якості життя жінок під час цього періоду. Один з найбільш поширених психоемоційних розладів в перименопаузі - це депресія. Жінок в цьому проміжку часу можуть турбувати загальна втомлюваність, роздратованість, апатія, безсоння та втрата інтересу до раніше звичних рутинних справ. Дослідження показують, що цей стан може пов'язуватися з зниженням рівня естрогену, серотоніну та інших нейротрансмітерів головного мозку. Інший психоемоційний розлад, що може виникнути в перименопаузі, - це тривожність. Жінок може турбувати постійний страх, тривожність та нервозність. Цей стан пов'язується зі зниженням рівнів прогестерону, який сприяє заспокоєнню нервової системи. Також можуть виникати проблеми з пам'яттю та концентрацією. Це пов'язано зменшенням рівня естрогену, який впливає на мозкову функцію та розумову діяльність.

Діагностика психоемоційних розладів перименопаузального періоду є важливим етапом в лікуванні жінок зі схожими симптомами. При діагностуванні цих розладів необхідно відмічати множинні фактори, які можуть здійснювати вплив на психоемоційний стан жінок.

Перш за все, необхідно звернути увагу на симптоматику, що виявляються у жінок. До них можна віднести: нервовість, тривогу, депресію, різні фобії, роздратованість,

проблеми зі сном та інші. При цьому необхідно розрізняти симптоми, що є результатом фізіологічних перебудов, які характерні для перименопаузального періоду, та симптоми, що притаманні психічним розладам.

Крім того, необхідно враховувати вік та індивідуальні особливості жінки, її стан здоров'я, наявність супутніх захворювань та інші фактори, що можуть поєднуватися та впливати на психічний стан.

Одним з методів діагностики психоемоційних розладів є застосування спеціальних тестів та опитувальників. Ці інструменти дозволяють оцінити ступінь вираженості різних симптомів та визначити наявність психічних розладів.

Для діагностики психоемоційних розладів перименопаузального періоду можуть застосовуватися різноманітні тест-системи та опитувальники. Нижче описані деякі з них:

Тест перименопаузальних симптомів (Perimenopausal Symptom Questionnaire) - цей тест дозволяє оцінити різноманітні фізичні та психологічні симптоми, що виникають у перименопаузальний період. Тест складається з 35 запитань, відповідаючи на які жінки оцінюють ступінь вираженості кожного симптому.

Тест оцінки депресії (Beck Depression Inventory) - цей тест дозволяє визначити наявність та ступінь вираженості депресії. Він складається з 21 запитання, на які жінка повинна відповісти, оцінивши ступінь відповіді за 4-бальною шкалою.

Опитувальник оцінки тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) – за допомогою цього опитувальника визначають наявність та ступінь вираженості тривожності та депресії. Він складається з 14 запитань, на які жінка повинна відповісти, оцінивши ступінь відповіді за 4-бальною шкалою.

Тест оцінки якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index) - цей тест дозволяє оцінити якість сну та визначити наявність порушень сну. Він складається з 19 запитань, які

допомогають оцінити ступінь вираженості кожного симптома згідно з 4-бальною шкалою.

Опитувальник оцінки рівня тривоги (State-Trait Anxiety Inventory) - цей опитувальник дозволяє оцінити рівень тривоги, яка є результатом переживання конкретної життєвої ситуації та присутності загального рівня тривожності організму в цілому. Він складається з 40 запитань, на особи відповідають, оцінюючи ступінь відповіді за 4-бальною шкалою.

Тест оцінки сексуального задоволення (Female Sexual Function Index) - цей тест дозволяє визначити наявність сексуальної дисфункції: зниження сексуального бажання, складнощі з досягненням оргазму, дискомфорт та біль від статевої активності. Він складається з 19 запитань, на які жінка повинна відповісти, оцінивши ступінь відповіді за 5-бальною шкалою.

Опитувальник оцінки якості життя (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire) - цей опитувальник дозволяє визначити наскільки задоволена жінка своїм життям у перименопаузальний період. Він складається з 29 запитань, на які жінка повинна відповісти, оцінюючи ступінь відповідей за 4-бальною шкалою.

Крім цих тестів та опитувальників, лікар може також використовувати інші способи діагностики такі як: лабораторні аналізи гормонального профілю, огляд гінеколога, біохімічні аналізи крові та інші. Важливо враховувати, що діагностика психоемоційних розладів перименопаузального періоду повинна проводитись комплексно з урахуванням всіх симптомів та наявних патологій, що можуть впливати на стан жінки.

Ми використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) яка є зручним інструментом для визначення рівня тривоги та депресії у пацієнтів. Комплексне обстеження включало клініко-психологічне дослідження жінок. Госпітальна шкала тривоги і депресії розроблена у вигляді тестів, які пацієнтки заповнювали самостійно. Дана шкала широко

застосовується в умовах загальномедичної практики для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги. Шкала HADS має суттєві переваги, які полягають у зручності застосування, обробки та інтерпритації отриманих даних, що дозволяє рекомендувати її для першого етапу скринінгу тривоги та депресії на амбулаторному рівні. Шкала складається з 14 тверджень, які формують дві підшкали:

- підшкала A (anxiety) – «тривога»: непарна нумерація 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D (depression) – «депресія»: парна нумерація 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Для кожного твердження є 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь збільшення симптоматики, та кодуються згідно з наростанням тяжкості симптому: 0 балів – відсутність вираженості, до 4 балів – найбільше виражені. Шкала HADS найчастіше використовується для діагностики тривоги і депресії у стаціонарних пацієнтів та відноситься до суб'єктивних методів обстеження. Окрім цього, виділяючи лаконічність і доступність HADS, її можна рекомендувати для використання у практиці лікарів сімейної медицини. Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку загального показника кожної шкали. Інтерпритують результати наступним чином: 0-7 балів – відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії (оцінюється як нормальний показник); 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів свідчать про клінічно виражену тривогу/депресію.

За результатами наших досліджень, у більшості жінок спостерігалися психоемоційні порушення, які були представлені вегето-судинними і мотиваційними скаргами. Ці психоемоційні розлади у більшості випадків виходили на перший план в клінічній картині менопаузальних порушень, тому їх вивчення є важливим міждисциплінарним завданням [7-10, 16].

Психоемоційні розлади, такі як депресія, тривога та роздратованість є проявами менопаузального синдрому. Зниження рівня статевих гормонів порушує роботу головного мозку та нервової системи, що може призвести до появи психічних розладів. Фізичні симптоми, такі як головні болі, біль у грудях та зміни ваги, також

можуть супроводжувати психоемоційні прояви менопаузи та погіршувати настрій жінки.

Розподіл хворих проводився залежно від діагнозу за МКХ – 10 після консультації психотерапевта або психіатра (Таблиця 2.2).

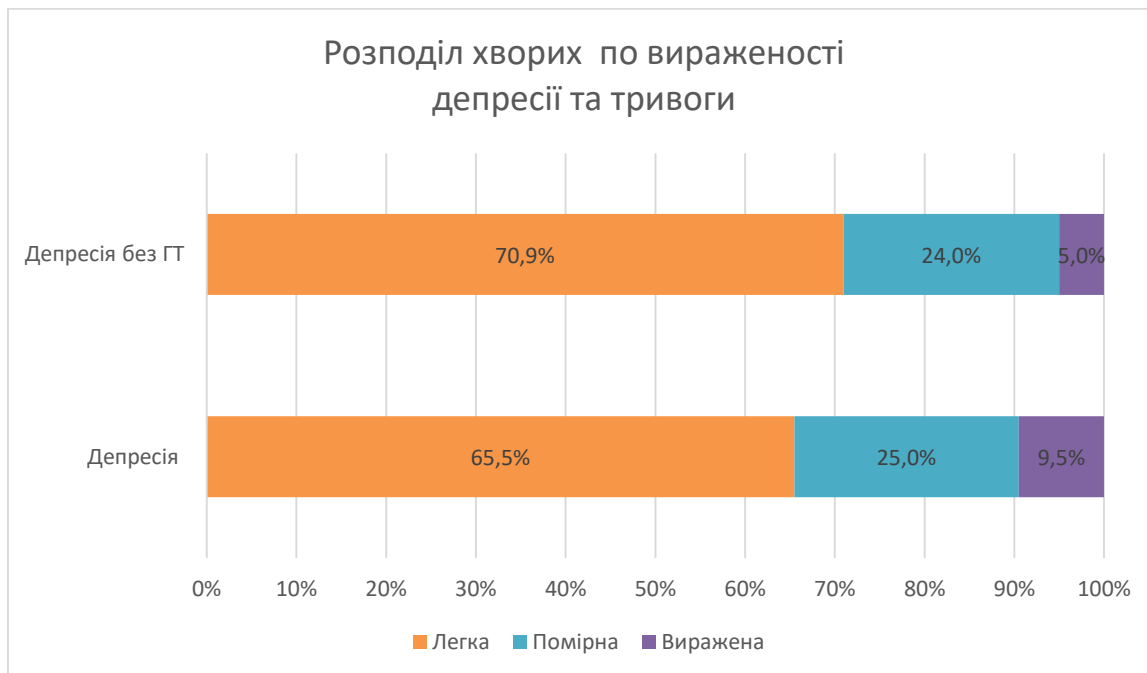
Таблиця 3.7

Розподіл хворих залежно від діагнозу за МКХ – 10

Діагноз за МКХ-10	Кількість людей, n	Кількість людей, %
F32.0 Депресивний епізод легкої тяжкості	2	16,6%
F32.1 Депресивний епізод середньої тяжкості	1	8,3%
F41.1 Генералізований тривожний розлад	3	25%
F41.2 Змішані тривожні та депресивні розлади	3	25%
F43.2 Розлад адаптації. (F43.20 Коротка депресивна реакція.)	2	16,6%
F43.2 Розлад адаптації. (F43.22 Змішана тривожна та депресивна реакція.)	1	8,3%
Всього	12	21,4%

У обстеженій вибірці пацієнток у 12 осіб (21,4%) діагностовано афективні розлади, зазначені в наступних рубриках МКБ-10: F32.0 Депресивний епізод легкої тяжкості; F32.1 Депресивний епізод середньої тяжкості; F41.1 Генералізований тривожний розлад; F41.2 Змішані тривожні і депресивні розлади; F43.2 Розлад адаптації; F43.20 Коротка депресивна реакція; F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція. Серед психічних розладів найбільш часто зустрічалися депресивний епізод

легкої і середньої тяжкості (26,7%) та змішані тривожні і депресивні розлади (17,9%) (рис. 3.4).



Р

и Депресивний епізод легкої тяжкості (F32.0) був діагностований у 12 (21,4%)
с пацієнок і проявлявся пригніченим настроєм, зниженим інтересом до оточуючих і
у тому, що раніше приносило задоволення, підвищеною стомлюваністю, порушенням
н концентрації уваги та сну.

о Депресивний епізод середньої тяжкості (F32.1) виявлено у 3(5,3%) пацієнок,
к проявлявся пригніченням настрою та вираженим астеничним синдромом, частіше
спостерігалось почуття провини, у 1 пацієнтки виникали швидкоплинні думки про
3 смерть. У більшій частині жінок з депресією зазначалося наявність хронічної
психотравмуючої ситуації вдома або на роботі.

4 Генералізований тривожний розлад (F41.1) діагностовано у 4 (7,2%) пацієнок,
які відчували протягом останнього року виражену напруженість, занепокоєння,
Розподіл вираженості депресії та тривоги у жінок перименопаузального віку
відчуття майбутніх неприємностей, постійну дратівливість, утруднення засипання
через занепокоєння, із соматичних проявів у них спостерігалися прискорене
серцебиття, пітливість, припливи, м'язові болі. Дані симптоми розвивалися на тлі
несприятливої атмосфери в сім'ї - розлучення з чоловіком, напружені відносини з

дітьми та клімактеричними симптомами у вигляді частих приливів і збільшення маси тіла.

Змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2) були виявлені у 6 (10,7%) пацієнок. У них важко було виділити переважаючий компонент розладів, у відносно рівній мірі виявлялися симптоми як тривоги, так і депресії. Пацієнтки пред'являли скарги на знижений настрій, зниження впевненості в собі, порушення сну і концентрації уваги, почуття постійної нервозності, м'язову напругу, пітливість, серцебиття, зазначалося песимістичне ставлення до майбутнього.

Розлади адаптації (F43.2) виявлені у 17 (30,4%) пацієнок, у 7 випадках проявлялися у вигляді короткої депресивної реакції (F43.20), а в 10 - змішаної тривожної і депресивної реакцією (F43.22). Симптоми даних розладів схожі з симптоматикою депресивного епізоду і змішаних тривожних і депресивних розладів, проте розвивалися протягом місяця після впливу психосоціального стресу (втрата роботи, хвороба близького родича). За типологією переважали: тривожно-депресивні, дисфоричні, адинамічні і туго-депресивні розлади. Не виявлено психоемоційних порушень у 25% пацієнок.

3.4.1 Психоемоційні розлади у жінок виявлені за опитувальником «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS)

Опитувальник «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є інструментом для визначення рівня тривоги та депресії у пацієнтів. Проведене комплексне обстеження жінок перименопаузального віку включало клініко-психологічне дослідження жінок. Госпітальна шкала тривоги і депресії розроблена у вигляді тестів, які пацієнтки заповнювали самостійно. Дана шкала застосовується в умовах загальнономедичної практики для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії. Шкала об'єднана в 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А (anxiety) – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D (depression): – «депресія» парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики – вираженість ознаки, яка кодується згідно наростання тяжкості симптомів від відсутності - 0 балів до максимальної вираженості - 4 бали. Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання сімейним лікарям та лікарям вузьких спеціальностей у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу). Опрацювання результатів здійснюється за підрахунком сумарного значення кожної шкали. Інтерпретація результатів 0-7 – відповідає нормі (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – свідчить про субклінічно виражену тривогу/депресію; 11 і вище – діагностується клінічно виражена тривога/депресія.

Таблиця 3.8

Характеристика хворих на наявність тривоги та депресії по HADS

№	Показник HADS	Кількість людей, n	Кількість людей, %
1	Тривога	12	21,4%
2	Депресія	7	12,5%
3	Поєднання тривоги та депресії	5	8,9%
4	Відсутність тривоги та депресії	37	66,1%
	Наявність розладу	19	33,9%

Як видно з Таблиці 3.8, за результатами наших обстежень за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії було виявлено у 33,9% пацієток - наявність

розладу. Субклінічна тривога спостерігалася у 21,4% випадків, субклінічна депресія у 12,5% , поєднання тривоги та депресії встановлено у 8,9% пацієток, клінічно виражена тривога була у 3 пацієток і у 1 жінки клінічно виражена депресія, таким чином демонструючи чітку перевагу тривожного компонента. Не виявлено психічних порушень у 66,1% пацієток.

Таблиця 3.9

Поширеність симптомів щодо HADSN

№	Твердження з HADS	Кількість людей, n	Кількість людей, %
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі	18	67,9
2	Те, що приносило мені велике задоволення і зараз викликає в мене таке ж почуття	11	56,9
3	Я відчуваю страх, здається ніби щось жахливе може ось-ось статися	12	57,9
4	Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне	8	45,7
5	Неспокійні думки крутяться у мене в голові	19	46,3
6	Я відчуваю бадьорість	14	34,7
7	Я легко можу сісти та розслабитися	17	45,6
8	Мені здається, що я почав робити все дуже повільно	21	23,9
9	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння	8	34,3
10	Я не стежу за своєю зовнішністю	3	23,7
11	Я відчуваю непосидючість, ніби мені постійно треба рухатись	9	15,9
12	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення	12	32,5
13	У мене буває раптове почуття паніки	5	28,3

14	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо-або телепрограми	16	22,4
----	--	----	------

Серед досліджуваної групи пацієток на підставі скарг, найчастіше найпоширенішими симптоми були такі: загальмованість (85.7%), напруженість (82.9%), неспокій (71.4%) (табл. 3.11).

Дослідження, проведені на жінках перименопаузального віку, підтвердили попередньо проведені дослідження [51-53], що цей період є ризиковим для розвитку психічних порушень. Результати досліджень з використанням HADS показали, що більшість жінок перименопаузального віку мають підвищений рівень тривоги та депресії. Інколи ці симптоми можуть бути настільки сильними, що значно погіршують якість життя жінок та їх здатність функціонувати у повсякденному житті. У пацієток у 7 разів частіше відзначають клінічно виражену тривогу (>11 балів за HADS) і депресію.

В період перименопаузи, що настає приблизно за 4-5 років до початку менопаузи і триває рік-два після неї, жінки часто стикаються з різними психічними розладами, такими як депресія, тривожність, інсомнія, роздратування та інші. Тому важливо знати про методи підтримки психічного здоров'я в цей період.

В структурі психопатологічної симптоматики у обстежених хворих I групи переважав переважно астеничний синдромокомплекс, який характеризувався домінуючим почуттям загальної слабкості та млявості, пасивністю, зниженим настроєм з переживанням байдужості до подій, що раніше викликали інтерес до життя, порушення циклу сон-неспанья.

У жінок II та III групи окрім астеничного синдрому були прояви тривожного синдрому, що характеризувався: зниженим настроєм з нав'язливими переживаннями, немотивованою тривогою, відчуттям внутрішнього дискомфорту.

Для депресивного синдрому у 7 пацієнтів відмічалися: зниження настрою, почуття тривоги та негативне емоційне забарвлення переживань, нав'язливе побоювання.

Однією з найважливіших ролей медичної сестри є забезпечення емоційної підтримки жінок у перименопаузальний період. Сестри повинні демонструвати емпатію та співчуття, допомагати підтримувати позитивний настрій та підтримувати розмову з пацієнтками про їхні почуття та емоції. Важливо враховувати, що психічний стан жінки може сильно порушувати її фізичне здоров'я, тому медична сестра повинна виявляти розуміння та сприяти професійному діалогу з жінками.

3.4.2 Оцінка депресії за шкалою Монгомері-Асберг (MADRS)

Шкала MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) - це інструмент, який використовується для виявлення та вимірювання важкості симптомів депресії у жінок. Ця шкала була розроблена в 1979 році шведськими науковцями Монгомері та Осбергом і зараз є однією з найбільш використовуваних інструментів для діагностики депресії представниць жіночої статі.

Оцінка за шкалою MADRS здійснюється за допомогою 10 питань, які визначають наявність та важкість симптомів депресії. Кожне питання оцінюється жінкою на шкалі від 0 до 6, де 0 - відсутність симптомів, а 6 – ознака максимально важких симптомів. Перелік запитань шкали MADRS включає: почуття суму; почуття провини; рівень енергії; сонливість; апетит; сексуальна функція; психомоторна активність; рівень тривоги; соматичні симптоми; суїцидальні думки.

Шкала MADRS має кілька переваг, які роблять її популярним інструментом для виявлення депресії у жінок. По-перше, ця шкала є стандартизованою та надійною, тому результати оцінки одного пацієнта можуть бути порівняні з результатами інших пацієнтів. По-друге, шкала MADRS є легкою у використанні та не вимагає особливого навчання або досвіду для її застосування. Крім того, шкала MADRS має добру чутливість та специфічність для діагностики депресії, що дозволяє отримувати точні результати.

Загальний бал за шкалою MADRS може бути від 0 до 60. Бали 0-6 підтверджують відсутність депресії, бали 7-19 - підтверджують легку стадію депресії,

бали 20-34 - середню депресію, бали 35 і вище вказують на важку депресію. Розподіл хворих за ступенем вираженості депресії за MADRS представлено в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Розподіл хворих за ступенем вираженості депресії за шкалою MADRS

№	Виразність депресії, бали	Кількість пацієнтів, n	Кількість пацієнтів, %
1	0-15 балів – відсутність депресивного епізоду	44	78,6%
2	16-25 балів – слабкий депресивний епізод	9	16,1%
3	26-30 балів – помірний депресивний епізод	3	5,3%
4	>30 балів – великий депресивний епізод	0	-
	Наявність депресії	12	21,4%

У Таблиці 3.8 представлено розподіл пацієток із менопаузальним синдромом за вираженістю депресивного епізоду, оціненою за MADRS. За результатами наших обстежень депресивний синдром було виявлено у 21,4% випадків, у 78,6% – депресивні розлади були відсутні. Серед обстежених пацієток у 16,1% виявили депресивний епізод легкого ступеня, у 5,3% – депресивний епізод помірного ступеня.

Найбільшою вираженістю характеризувалися такі симптоми MADRS: внутрішня напруга, погіршення сну, складнощі концентрації уваги, тривожні думки (Табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Поширеність симптомів MADRS серед досліджуваної групи

№	Показник MADRS	Кількість осіб, n	Разом, %
1	Смуток, що спостерігається	4	7,14
2	Печаль, що висловлюється	2	3,6
3	Внутрішня напруга	7	12,5
4	Погіршення сну	21	37,5
5	Порушення апетиту	5	8,9
6	Тривожні думки	8	14,3
7	Труднощі концентрації	14	25
8	Втома	19	33,9
9	Нездатність відчувати почуття	6	10,7
10	Песимістичні думки	3	5,3
11	Суїцидальні думки	-	-

Дана таблиця 3.11 ілюструє поширеність депресивних симптомів. Найпоширенішими депресивними симптомами були зниження настрою (74,3%), зниження працездатності і активності (65,7%), пригніченість (18,3%), та іпохондричні прояви (11,4%).

Однак, як і в будь-якого інструменту, шкала MADRS має свої обмеження. Вона не може замінити професійну консультацію лікаря психіатра чи психолога та не є єдиним опитувальником для діагностики депресії у жінок. Крім того, результати оцінки за шкалою MADRS можуть піддатися впливу різними факторами, такими як ступінь співпраці пацієнта, його станом здоров'я чи станом фізичної та психічної втоми.

Висновок: шкала MADRS є важливим інструментом для виявлення та оцінки важкості симптомів депресії у жінок і може бути корисною для використання в клінічній практиці та дослідженнях з депресією у жінок.

РОЗДІЛ 4. Взаємозв'язок менопаузального синдрому з ступенем вираженості психоемоційних симптомів у жінок перименопаузального віку

У досліджуваній групі пацієнток за допомогою кореляційного аналізу методом Пірсона були виявлені статистично значущі кореляції між менопаузальними порушеннями за міжнародною шкалою MRS та вираженістю психоемоційних симптомів.

Дослідження показали, що існує взаємозв'язок між МС та рівнем тривоги та депресії, які оцінювалися за допомогою шкали HADS. Жінки з МС мають вищі бали тривоги та депресії, ніж жінки без МС. При цьому рівень депресії у жінок з МС є більш вираженим, ніж рівень тривоги.

Вираженість тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) корелює з нейровегетативними ($r=0,48$, $p<0,001$), психоемоційними субшкалами

($r=0,56$, $p<0,001$) та загальною тяжкістю менопаузального симптому ($r=0,04$) та з тяжкістю депресії за шкалою Монтгомері-Асберг ($r=0,79$, $p<0,001$).

Рівень депресії за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) корелює з вираженістю психоемоційних симптомів ($r=0,33$, $p=0,02$) та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,40$, $p=0,03$), з вираженістю тривоги за госпітальною шкалою ($r=0,55$, $p<0,001$).

Виявлено прямий кореляційний взаємозв'язок між віком ($r=0,33$, $p=0,05$) та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,64$, $p=0,01$).

Отже, врахування взаємозв'язку між МС та рівнем тривоги та депресії є важливим елементом у лікуванні та підтримці пацієток з МС. Для забезпечення ефективної допомоги необхідно використовувати комплексний підхід, який включає в себе різноманітні методи лікування, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної пацієтки. Оскільки МС може призводити до зниження якості життя жінок, розуміння взаємозв'язку між МС та рівнем тривоги та депресії може допомогти медичним працівникам визначати найбільш ефективні способи лікування та підтримки для пацієток з МС.

РОЗДІЛ 5. Роль медичної сестри в розробці копінг-стратегії підтримки психоемоційного стану жінок перименопаузального віку

Копінг – психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресової ситуації. Жінки можуть знаходитися в різних стресових ситуаціях, таких як домашнє насильство, перевантаження на роботі, проблеми зі здоров'ям та інших, для подолання яких можуть використовувати дану стратегію.

Розроблені сучасні копінг-стратегії можуть суттєво допомогати жінкам зберігати психоемоційний стан, до яких відносяться:

- підтримка за допомогою соціальних мереж: спілкування з друзями, родичами, колегами. Така соціалізація може допомогти жінкам зняти стрес і почуватися менш самотньою. Також можна пропонувати пацієнткам приєднуватися до спільнот, клубів або груп спільних інтересів, де можна знайти психологічну підтримку та взаємодію з людьми, що мають подібні погляди та досвід.

Актуальний для сьогоднішнього дня вид діяльності - волонтерство або участь в соціальних проектах, щоб відчувати свій внесок у навколишній світ.

- ведення здорового способу життя: правильне харчування, регулярні фізичні вправи, достатній відпочинок і сон допомагають знижувати рівень стресу та підтримувати психоемоційний стан;
- зосередження на думках: жінки можуть використовувати позитивні думки, які допоможуть їм зосередитися на позитивних результатах та зменшити стрес. Медитація, йога, практики дихання та інші техніки можуть допомогти зосередитися на своїх думках та почуватися спокійніше;
- планування: ставлення до проблем з позиції планування (скласти план дій), що зможе допомогти жінкам контролювати ситуацію та знизити рівень стресу.

Медичні сестри грають важливу роль у підтримці психічного здоров'я жінок. Оскільки вони мають прямий контакт з пацієнтками та проводять багато часу з ними, вони можуть виявити ознаки погіршення психічного стану та вчасно надати допомогу.

Медичні сестри відіграють важливу роль у підтримці жіночого фізичного здоров'я у осіб які переживають перименопаузальний період. Нами розроблено рекомендації для медичних сестер з питань копінг-стратегії покращення психоемоційного стану жінок перименопаузального віку, що включає:

- професійна психологічна підтримка та консультування щодо фізіологічних змін які відбуваються в організмі жінки;
- ведення здорового способу життя: правильне харчування, регулярні фізичні вправи, достатній відпочинок, сон (допомагають знижувати рівень стресу та підтримувати психоемоційний стан);
- соціальна підтримка: спілкування за допомогою соціальних мереж з друзями, родичами, колегами, (де можна знайти психологічну підтримку та взаємодію з людьми). Волонтерити або брати участь в соціальних проектах, (щоб відчувати свій внесок у сьогоднішнього дня).

- готовність до позитивного переосмислення складної життєвої ситуації (використовувати позитивні думки, медитація, йога, релаксаційні вправи, практики дихання та інші техніки, що допоможуть зосередитися на своїх думках та почуватися спокійніше);
- використання інноваційних технологій: медична сестра може допомогти жінкам знайти та використовувати різноманітні технології, такі як мобільні або онлайн додатки, які можуть допомогти у підтримці психічного та фізичного здоров'я;
- сприяння взаємодії з родичами та близькими пацієнтки, оскільки підтримка від родини має позитивний вплив на психічний стан жінки.

В цілому, медична сестра грає важливу роль у підтримці психічного здоров'я жінок, допомагаючи їм вибрати та використовувати ефективні копінг-стратегії для зменшення стресу та тривоги, збереження позитивного настрою та покращення загального самопочуття, а при потребі рекомендувати та організувати професійну підтримку (консультація психолога або психотерапевта).

Одним з найбільш ефективних методів підтримки психічного здоров'я є здоровий спосіб життя. Зокрема, жінкам в перименопаузі рекомендується звернути увагу на планування раціонального харчування, регулярну фізичну активність та достатній відпочинок. Наприклад, належне харчування забезпечує необхідний баланс між вітамінами та мінералами, що може покращити настрій та загальний стан організму. Регулярна фізична активність, така як йога, плавання або прогулянки на свіжому повітрі, допомагає зменшити рівень стресу та знизити ризик виникнення депресії. Достатній відпочинок допоможе зменшити втому та покращити якість сну.

Окрім вищезазначених методів, соціальна підтримка може бути також дуже корисною для жінок у перименопаузі. Відносини з друзями, родиною та іншими близькими можуть допомогти зменшити відчуття самотності та стан тривоги. Жінки можуть звернутися до груп підтримки або знайти онлайн-спільноти, які пропонують підтримку у цьому періоді.

Якщо жінка має серйозні проблеми з психічним здоров'ям, то психотерапія може бути найбільш ефективним методом лікування. Індивідуальна терапія або групова терапія можуть допомогти жінкам зрозуміти та знайти рішення щодо їхніх проблем.

Медикаційне лікування також може бути корисним у випадку серйозних психічних розладів. Жінки можуть звернутися до лікаря-гінеколога або психіатра, які нададуть рекомендації щодо підходу до лікування. Ліки можуть допомогти зменшити симптоми депресії, тривоги та інших розладів, але їх слід приймати лише після консультації з лікарем та під його наглядом.

Ще одним методом підтримки психічного здоров'я є релаксаційні техніки. Це можуть бути медитація, дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація та інші. Ці техніки допомагають зняти стрес, знизити тривогу та покращити настрій. Жінкам можна рекомендувати деякі спеціальні курси з релаксаційних технік, які вони зможуть використовувати вдома.

Одним з найбільш важливих аспектів підтримки психічного здоров'я жінок в періоді перименопаузи є соціальна підтримка. Жінкам можна рекомендувати звернутися до різних джерел соціальної підтримки, таких як психологічна консультація, підтримка від родини та друзів, підтримка від груп підтримки тощо. Це може допомогти зменшити почуття самотності, які часто супроводжують психічні розлади.

Загалом, декілька досліджень показали, що вживання різних заходів, таких як зміни харчування, заняття спортом та психологічна підтримка, може допомогти знизити рівень тривоги та депресії у жінок перименопаузального віку. Крім того, деякі ліки, такі як антидепресанти та терапія замісної гормональної терапії (ЗГТ), можуть також бути корисні у лікуванні цих симптомів. Однак, вирішення питання про призначення лікування вирішує лікар і має бути індивідуальним та залежати від симптомів та медичної історії конкретної жінки.

Розроблені нами практичні рекомендації для медичних сестер з питань діагностики та лікування менопаузального синдрому з урахуванням психоемоційного стану жінок під час перименопаузального періоду включають:

1. Проведення детального анамнезу та фізичного обстеження. Медичні сестри повинні докладно опитати пацієток щодо їх симптомів, враховуючи особливості психоемоційного стану. Також важливо провести фізичне обстеження для виключення можливих причин симптомів.

2. Надання конкретної інформації та підтримки. Жінкам, які переживають перименопаузальний період, потрібна чітка та зрозуміла інформація про можливі симптоми та методи лікування. Медичні сестри можуть зіграти важливу роль у наданні цієї інформації та підтримці пацієток.

3. Розробити рекомендації щодо життєвого стилю. Жінки можуть зменшити вплив симптомів менопаузального синдрому за допомогою зміни свого життєвого стилю. Наприклад, важливо радити займатися регулярним фізичними вправами, зберігати здорову вагу та правильно харчуватися.

4. Рекомендувати фармакотерапія, яку призначив лікар. У разі важких симптомів може знадобитися фармакотерапія. Медичні сестри повинні бути знайомі з різними варіантами фармакотерапії, які можуть бути ефективними для лікування менопаузального синдрому. Наприклад, гормональна терапія може бути корисною для зменшення важких симптомів, таких як пітливість, гарячки та нічна потімність. Однак, перед призначенням гормональної терапії, необхідно обговорити можливі ризики та переваги цього виду лікування з пацієнткою та лікарем. Крім гормональної терапії, існують інші варіанти фармакотерапії, такі як антидепресанти, які можуть бути ефективними для лікування депресії та тривоги, що часто виникають у жінок під час менопаузального періоду. Інші ліки, такі як бісфосфонати, можуть бути призначені для лікування остеопорозу, що є частим ускладненням менопаузального синдрому.

5. Проводити психологічну підтримку. Вміти оцінити психоемоційний стан пацієнок та працювати з ними, щоб забезпечити оптимальне лікування. Медичні сестри можуть пропонувати пацієнткам психологічну підтримку та допомагати знаходити інші ресурси для підтримки їхнього психічного здоров'я.

Отже, методи підтримки психічного здоров'я жінок в періоді перименопаузи повинні бути комплексними та індивідуально підібраними. Важливо звернути увагу на здоровий спосіб життя, релаксаційні техніки, психотерапію та соціальну підтримку. Це допоможе жінкам зменшити вплив психічних розладів на їх повсякденне життя та зберегти психічне здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Психоемоційні розлади перехідного періоду було виявлено у 33,9%. Субклінічна тривога спостерігалася у 21,4% випадків, субклінічна депресія у 12,5% , поєднання тривоги та депресії встановлено у 8,9% пацієнок, клінічно виражена тривога у 3 пацієнок і у 1 жінки клінічно виражена депресія, що демонструє чітку перевагу тривожного компонента.
2. Рівень тривоги оцінений за допомогою шкали HADS чітко корелюють із менопаузальні порушеннями нейровегетативної ($r=0,72$, $p<0.01$) і психоемоційної ($r=0,48$, $p<0.01$) субшкали та загальною тяжкістю менопаузального синдрому за MRS ($r=0,41$, $p=0,03$).
3. Наявність і вираженість тривоги та депресії асоційовані з тяжкістю менопаузального синдрому, в тому числі його нейровегетативного та психологічного компонентів. Таким чином, розвиток психоемоційних розладів у перименопаузі має поліетиологічний характер, включаючи роль психогенних, інволюційних та інших факторів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Vus V, Esterlis I. Support of the Population Within the Russian-Ukrainian war: Insider's Perspective. *Chronic Stress* (Thousand Oaks). 2022 May 22;6:24705470221101884. doi: 10.1177/24705470221101884.
2. Kuzub N, Smialkovska V, Momot V, Moseiko V, Lushchak O, Koliada A. Evaluation of Epigenetic Age Based on DNA Methylation Analysis of Several CpG Sites in Ukrainian Population. *Front Genet.* 2022 Jan 6;12:772298. doi: 10.3389/fgene.2021.772298.
3. Matsuura H. Russia's invasion of Ukraine and the future demographic crisis. *Biodemography Soc Biol.* 2022 Jan-Mar;67(1):1-2. doi: 10.1080/19485565.2022.2061524.
4. Gruzieva TS, Diachuk MD, Inshakova HV, Zamkevych VB. Modern demographic trends in Ukraine as a ground for realization of prevention strategies. *Wiad Lek.* 2019 Oct 31;72(10):2033-2039.

5. Bacon JL. The Menopausal Transition. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Jun;44(2):285-296. doi: 10.1016/j.ogc.2017.02.008.
6. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Jan 1;106(1):1-15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764.
7. Gracia CR, Freeman EW. Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Dec;45(4):585-597. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.002. Epub 2018 Oct 25.
8. Sourouni M, Zangger M, Honermann L, Foth D, Stute P. Assessment of the climacteric syndrome: a narrative review. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Oct;304(4):855-862. doi: 10.1007/s00404-021-06139-y. Epub 2021 Jul 6.
9. Caruso D, Masci I, Cipollone G, Palagini L. Insomnia and depressive symptoms during the menopausal transition: theoretical and therapeutic implications of a self-reinforcing feedback loop. *Maturitas.* 2019 May;123:78-81. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.02.007.
10. Li RX, Ma M, Xiao XR, Xu Y, Chen XY, Li B. Perimenopausal syndrome and mood disorders in perimenopause: prevalence, severity, relationships, and risk factors. *Medicine (Baltimore).* 2016 Aug;95(32):e4466. doi: 10.1097/MD.0000000000004466.
11. Liu H, Cai K, Wang J, Zhang H. The effects of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, stress, and mindfulness in menopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2023 Jan 9;10:1045642. doi: 10.3389/fpubh.2022.1045642.
12. Anjum G, Aziz M, Hamid HK. Life and mental health in limbo of the Ukraine war: How can helpers assist civilians, asylum seekers and refugees affected by the war? *Front Psychol.* 2023 Feb 17;14:1129299. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1129299.
13. McCarron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. *Ann Intern Med.* 2021 May;174(5):ITC65-ITC80. doi: 10.7326/AITC202105180.
14. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Nov 23;21(12):129. doi: 10.1007/s11920-019-1117-x.

15. Luy M, Di Giulio P, Di Lego V, Lazarevič P, Sauerberg M. Life Expectancy: Frequently Used, but Hardly Understood. *Gerontology*. 2020;66(1):95-104. doi: 10.1159/000500955. Epub 2019 Aug 7.
16. Troia L, Martone S, Morgante G, Luisi S. Management of perimenopause disorders: hormonal treatment. *Gynecol Endocrinol*. 2021 Mar;37(3):195-200. doi: 10.1080/09513590.2020.1852544.
17. Delamater L, Santoro N. Management of the Perimenopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2018 Sep;61(3):419-432. doi: 10.1097/GRF.0000000000000389.
18. Santoro N. Perimenopause: From Research to Practice. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016 Apr;25(4):332-9. doi: 10.1089/jwh.2015.5556.
19. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Jan 1;106(1):1-15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764.
20. Hale GE, Zhao X, Hughes CL, Burger HG, Robertson DM, Fraser IS. Endocrine features of menstrual cycles in middle and late reproductive age and the menopausal transition classified according to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007 Aug;92(8):3060-7. doi: 10.1210/jc.2007-0066.
21. McNeil MA, Merriam SB. Menopause. *Ann Intern Med*. 2021 Jul;174(7):ITC97-ITC112. doi: 10.7326/AITC202107200.
22. Minkin MJ. Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Sep;46(3):501-514. doi: 10.1016/j.ogc.2019.04.008.
23. Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 26;17(19):7049. doi: 10.3390/ijerph17197049.
24. Shepherd-Banigan M, Goldstein KM, Coeytaux RR, McDuffie JR, Goode AP, Kosinski AS, Van Noord MG, Befus D, Adam S, Masilamani V, Nagi A, Williams JW Jr. Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri- or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review

- and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2017 Oct;34:156-164. doi: 10.1016/j.ctim.2017.08.011.
25. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 Apr;14(4):199-215. doi: 10.1038/nrendo.2017.180.
26. Marino JM. Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Nov;66(6):729-739. doi: 10.1111/jmwh.13277.
27. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Finneran P, Klarin D, Bhatt DL, Januzzi JL Jr, Scott NS, Natarajan P. Association of Premature Natural and Surgical Menopause With Incident Cardiovascular Disease. *JAMA*. 2019 Dec 24;322(24):2411-2421. doi: 10.1001/jama.2019.19191.
28. Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Brunner EJ, Kuh D, Greenwood DC, Hardy R, Cade JE, Giles GG, Bruinsma F, Demakakos P, Simonsen MK, Sandin S, Weiderpass E, Mishra GD. Type of menopause, age of menopause and variations in the risk of incident cardiovascular disease: pooled analysis of individual data from 10 international studies. *Hum Reprod*. 2020 Aug 1;35(8):1933-1943. doi: 10.1093/humrep/deaa124.
29. Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Giles GG, Bruinsma F, Brunner EJ, Kuh D, Hardy R, Avis NE, Gold EB, Derby CA, Matthews KA, Cade JE, Greenwood DC, Demakakos P, Brown DE, Sievert LL, Anderson D, Hayashi K, Lee JS, Mizunuma H, Tillin T, Simonsen MK, Adami HO, Weiderpass E, Mishra GD. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Public Health*. 2019 Nov;4(11):e553-e564. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30155-0.
30. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas*. 2016 Dec;94:149-154. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.004.
31. Bromberger JT, Epperson CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Dec;45(4):663-678. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.007.
32. Leonhardt M. Low mood and depressive symptoms during perimenopause - Should General Practitioners prescribe hormone replacement therapy or antidepressants as the

- first-line treatment? *Post Reprod Health*. 2019 Sep;25(3):124-130. doi: 10.1177/2053369119847867.
- 33.Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, Bobo WV, Rubin LH, Koleva HK, Cohen LS, Soares CN. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Perimenopausal Depression: Summary and Recommendations. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Feb;28(2):117-134. doi: 10.1089/jwh.2018.27099.mensocrec.
- 34.Soaes CN, Shea AK. The Midlife Transition, Depression, and Its Clinical Management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2021 Mar;48(1):215-229. doi: 10.1016/j.ogc.2020.11.009.
- 35.Vanden Noven ML, Larson M, Lee E, Reilly C, Tracy MF, Keller-Ross ML. Perceptions, Benefits, and Use of Complementary and Integrative Therapies to Treat Menopausal Symptoms: A Pilot Study. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2023 Mar 27;4(1):136-147. doi: 10.1089/whr.2022.0105.
- 36.Monroe SM, Harkness KL. Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022 May 9;18:329-357. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440.
- 37.Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, Kelly P, Khan S, Utukuri M, Laird Y, Mok A, Smith A, Tainio M, Brage S, Woodcock J. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022 Jun 1;79(6):550-559. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0609.
- 38.Shea AK, Soheli N, Gilsing A, Mayhew AJ, Griffith LE, Raina P. Depression, hormone therapy, and the menopausal transition among women aged 45 to 64 years using Canadian Longitudinal Study on aging baseline data. *Menopause*. 2020 Jul;27(7):763-770. doi: 10.1097/GME.0000000000001540.
- 39.Wium-Andersen MK, Jørgensen TSH, Halvorsen AH, Hartsteen BH, Jørgensen MB, Osler M. Association of Hormone Therapy With Depression During Menopause in a Cohort of Danish Women. *JAMA Netw Open*. 2022 Nov 1;5(11):e2239491. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.39491.
- 40.Hunter MS. Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric*. 2021 Feb;24(1):51-56. doi: 10.1080/13697137.2020.1777965.

41. Amir S, Shah STA, Mamoulakis C, Docea AO, Kalantzi OI, Zachariou A, Calina D, Carvalho F, Sofikitis N, Makrigiannakis A, Tsatsakis A. Endocrine Disruptors Acting on Estrogen and Androgen Pathways Cause Reproductive Disorders through Multiple Mechanisms: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 4;18(4):1464. doi: 10.3390/ijerph18041464.
42. Johnson CS, Micevych PE, Mermelstein PG. Membrane estrogen signaling in female reproduction and motivation. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Sep 29;13:1009379. doi: 10.3389/fendo.2022.1009379.
43. Boyle CP, Raji CA, Erickson KI, Lopez OL, Becker JT, Gach HM, Kuller LH, Longstreth W Jr, Carmichael OT, Riedel BC, Thompson PM. Estrogen, brain structure, and cognition in postmenopausal women. *Hum Brain Mapp*. 2021 Jan;42(1):24-35. doi: 10.1002/hbm.25200.
44. Naftolin F, Friedenthal J, Nachtigall R, Nachtigall L. Cardiovascular health and the menopausal woman: the role of estrogen and when to begin and end hormone treatment. *F1000Res*. 2019 Sep 3;8:F1000 Faculty Rev-1576. doi: 10.12688/f1000research.15548.1.
45. Пасечко НВ, Кульчінська ВМ. Тривога та депресія у жінок репродуктивного віку з ураженнями щитоподібної залози. *Міжнародний Ендокринологічний Журнал*. 2022;18(3):157-162. doi: 10.22141/2224-0721.18.3.2022.1163
46. Молотокас АА. Особливості прояву депресивного стану у жінок за шкалою Гамільтона. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017; Серія: Психологічні науки, 181-185.
47. Грабчак ОВ. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна* 2019;17:120-123.
48. Богдан ТВ, Горобець ТВ. Особливості депресивних проявів у жінок з різним соціальним статусом. *Дніпровський науковий часопис*. 2022;1:56-61.
49. Morgan KN, Derby CA, Gleason CE. Cognitive Changes with Reproductive Aging, Perimenopause, and Menopause. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Dec;45(4):751-763. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.011.

50. Клотуша ВГ. Психопатологічні прояви у жінок в перименопаузальний період та можливості їх корекції негормональними методами. Ліки України. 2014;3-4:179-180.
51. Mosconi L, Berti V, Dyke J, Schelbaum E, Jett S, Loughlin L, Jang G, Rahman A, Hristov H, Pahlajani S, Andrews R, Matthews D, Etingin O, Ganzer C, de Leon M, Isaacson R, Brinton RD. Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Sci Rep.* 2021 Jun 9;11(1):10867. doi: 10.1038/s41598-021-90084-y.
52. Morssinkhof MWL, van Wylick DW, Priester-Vink S, van der Werf YD, den Heijer M, van den Heuvel OA, Broekman BFP. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020 Nov;118:669-680. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.08.006.
53. Morssinkhof MWL, van Wylick DW, Priester-Vink S, van der Werf YD, den Heijer M, van den Heuvel OA, Broekman BFP. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020 Nov;118:669-680. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.08.006.
54. Liu XY, Peng SZ, Pei MY, Zhang P. The effects of physical activity on depression and quality of life in Chinese perimenopausal women. *J Affect Disord.* 2023 May 1;328:153-162. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.061.
55. Xiao C, Mou C, Zhou X. [Effect of mindfulness meditation training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women]. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao.* 2019 Aug 30;39(8):998-1002. Chinese. doi: 10.12122/j.issn.1673-4254.2019.08.19.
56. Zhao Y, Niu H, Liu S. Effects of aerobics training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women. *Front Psychiatry.* 2022 Nov 24;13:1025682. doi: 10.3389/fpsy.2022.1025682.
57. Балагурак О. Депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки: системний огляд літератури: магістерська робота: (053 «Психологія»). Український католицький університет. кафедра клінічної психології. Львів: УКУ, 2022. – 45 с.

- 58.Ісаков РІ, Исаков РИ. Якість життя жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу та рівню психосоціальної дезадаптації. Вісник проблем біології і медицини. 2020. 1(55):131-136.
- 59.Грабчак ОВ. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна. 2019. 17:120-123.
- 60.Чабан ОС, Хаустова ОО, Безшейко ВГ, Москаленко ОВ. Валідизація Шкали оцінки якості життя. Український вісник психоневрології. 2017. 25(1):159-160.
- 61.Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003 Aug 1;1:29. doi: 10.1186/1477-7525-1-29. PMID: 12914662; PMCID: PMC183845.
- 62.Paketcı S. Interpretation of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Br J Psychiatry. 2021 Nov;219(5):620-621. doi: 10.1192/bjp.2021.162. PMID: 35048825.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Застосування шкали MRS для оцінки симптомів менопаузи

Симптоми	Немає симптому	Виражений незначно	Виражений помірно	Значно виражений	Надзвичайно виражений
Бали	0	1	2	3	4
1. Напади відчуття жару, пітливості (епізоди пітливості)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Неприємні відчуття у ділянці серця (незвичне відчуття серцебиття, порушення серцевого ритму, прискорення серцебиття, відчуття стиснення у грудній клітці)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Проблеми зі сном (важкість засинання, прокидання вночі, завчасне прокидання)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Депресивний настрій (відчуття пригнічення, суму, плаксивість, відсутність мотивації, зміни настрою)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Дратівливість (знервованість, внутрішня напруга, агресивність)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Відчуття стурбованості (внутрішній неспокій, панічний настрій)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Відчуття фізичного та психічного виснаження (зниження загальної працездатності, погіршення пам'яті, послаблення концентрації уваги, забудькуватість)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності та задоволення від сексу)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Проблеми із сечовиділенням (тяжкість сечовиділення, збільшена необхідність сечовиділення, нетримання сечі)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Сухість слизової оболонки піхви (відчуття сухості та печіння у піхві, тяжкість проведення статевого акту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Неприємні відчуття у суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)

Додаток 2

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

“Ключ”

Субшкала Т –“тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – “депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Для кожного твердження розроблено чотири опції відповіді, які висвітлюють ступінь вираженості ознаки і кодуються згідно з наростання тяжкості симптомокомплексу від 0 - відсутність до 3 - найбільш виражена. Статистичне опрацювання результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток 3.

Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)

1. Печаль, що спостерігається: 0 печаль відсутня 1 2 виглядає пригніченим, але легко відволікається 3 4 печальний і нещасний більшу частину часу 5 6 виглядає печальним постійно, надзвичайно пригнічений і нещасний

2. Печаль, що висловлюється: 0 не часта печаль, що зумовлена обставинами 1 2 печальний, але легко відволікається 3 4 переважають печальні або похмурі почуття,

настрій визначається впливом зовнішніх (несприятливих) обставин 5 6 постійна печаль, страждання або відчай

3. Внутрішня напруга: 0 спокійний; лише швидкоплинне внутрішнє напруження 1 2 не часте почуття внутрішнього дискомфорту 3 4 постійне відчуття внутрішньої напруги або паніки, з яким обстежуваний важко справляється 5 6 жорстокий жах або мука, непереборна паніка

4. Погіршення сну: 0 спить як зазвичай 1 2 малопомітні труднощі із засинанням, злегка порушений або переривчастий сон 3 4 сон порушений принаймні протягом двох годин 5 6 менш ніж дво- або тригодинний сон

5. Порушення апетиту: 0 нормальний або підвищений апетит 1 2 трохи знижений апетит 3 4 відсутність апетиту, їжа позбавлена смаку 5 6 харчується примусово

6. Труднощі концентрації: 0 Відсутні 1 2 не часте утруднення уваги 3 4 труднощі концентрації, нав'язливі думки, які заважають читати або підтримувати розмову 5 6 нездатність читати, значні труднощі при бесіді

7. Втома: 0 труднощі на початку діяльності сумнівні, млявості немає 1 2 ускладнення розпочати активну діяльність 3 4 труднощі почати рутинні дії, пов'язані з витрачанням сил 5 6 сильна млявість, нездатність робити хоч що-небудь без допомоги

8. Нездатність переживати почуття: 0 нормальний інтерес до всього, що оточує та до людей 1 2 зниження здатності отримувати задоволення від звичайних інтересів 3 4 низький інтерес до всього, що оточує, зниження почуттів до друзів і близьких 5 6 явища емоційного паралічу, нездатність відчувати гнів, горе або задоволення, болісна відсутність почуттів до родичів і друзів

9. Песимістичні думки: 0 Відсутні 1 2 непостійні ідеї про невдачі, самодокори або самоосуд 3 4 повторюване самозвинувачення або ясні, але раціональні ідеї провини або гріховності, наростання песимізму щодо майбутнього 5 6 марення загибелі або неспокутого гріха, абсурдне і непохитне самозвинувачення

10. Суїцидальні думки: 0 отримує задоволення від життя або сприймає його таким, як воно є 1 2 втома від життя, швидкоплинні суїцидальні думки 3 4 можлива вигода від смерті, загальноприйняті суїцидальні думки, суїцид розглядається як можливе рішення, але без спеціальних планів і цілей 5 6 явні суїцидальні наміри (якщо випадє нагода), активна підготовка до самогубства

Обробка результатів Психолог повинен вирішити, чи відповідає тяжкість симптому основним балам - 0, 2, 4, 6 або проміжним - 1, 3, 5. Якщо не вдається отримати точні відповіді від самого пацієнта, рекомендується скористатися іншими джерелами інформації (медична документація, відомості зі слів родичів та ін.).

Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу. Інтерпретація результатів При інтерпретації даних бали розраховуються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно з наростанням тяжкості симптому. Максимальний сумарний бал становить 60 балів. Сума балів відповідає: • 0-15 балів – відсутності депресивного епізоду; • 16-25 балів – малому депресивного епізоду; • 26-30 балів – помірному депресивного епізоду; • понад 30 балів – великому депресивному епізоду.