

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“
Катедра „Здравни грижи“

АНТОАНЕТА ЙОРДАНОВА ДИМИТРОВА

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИ
ПРОБЛЕМИ ПРИ ЖЕНИТЕ В КЛИМАКТЕРИУМ
И ОТРАЖЕНИЕТО ИМ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА
ЖИВОТ

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“

Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“
Научна специалност „Социална медицина и организация
на здравеопазването и фармацията“

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

ДОЦ. ДЕЛЯНА ПЕТРОВА ХАДЖИДЕЛЕВА, ДМ
ДОЦ. Д-Р ДАНИЕЛА МИХАЙЛОВА ГАВРАИЛОВА, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. ИВАНКА КОСТОВА СТАМБОЛОВА, ДМ
ПРОФ. Д-Р САШКА РУМЕНОВА ПОПОВА, ДМ

София 2022 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи” при Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София.

Дисертационният труд съдържа 161 страници и е онагледен с 19 таблици, 56 фигури и 1 схема. Към него са представени 5 приложения.

Библиографската справка съдържа 189 източника, от които 47 на кирилица, 108 на латиница и 34 интернет източника.

Научно жури:

Проф. Иванка Костова Стамболова, дм

Доц. Анушка Нишан Димитрова, дм

Доц. Гергана Георгиева Петрова, дм

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм

Резервни членове:

Доц. Надка Николова Василева, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Публичната защита ще се състои на 19 май 2022 г. от 12 часа в заседателна зала на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло Море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло Море” №8, гр. София, МУ-София. Номерацията на таблиците, фигурите и схемите не отговарят на тази в дисертационния труд.

Съдържание

I. ВЪВЕДЕНИЕ	5
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	6
2.1. Цел.....	6
2.2. Задачи	6
2.3. Работни хипотези.....	7
2.4. Материал и методика	7
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	13
3.1. Анализ на резултатите относно социално-демографските характеристики, начина и стила на живот и нивото на информираност на анкетираните жени	13
3.2. Анализ на резултатите според самооценката на респондентите относно броя на проявите и тежест на симптомите	24
3.2.1. Изследвани връзки в проучването при обобщените групи (перименопауза и постменопауза) респонденти и отделните подскали	32
3.3. Мнение на респондентите относно възприемането на климактериума	35
3.4. Анализ на резултатите относно нагласите на акушерките за продължавашо обучение и възможностите по предоставяне на здравно-промотивни и превантивни дейности за жени в климактериум в първичната медицинска помощ	37
3.5. Модел за интегрирани грижи при жени в климактериум.....	42
3.6. Учебна програма за следдипломно обучение	44
IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ	45
V. ПРИНОСИ	48
Публикации във връзка с темата на дисертационния труд	49

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ДКЦ - Диагностично-консултативен център

ЛХ - Лутеинизиращ хормон

МИ – Менопаузален индекс

МУ – Медицински университет

ОУ – Образователно училище

САГБАЛ – Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение

СБАЛАГ – Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания

СУ - Средно училище

ФСХ – Фоликулостимулиращ хормон

ХЗТ – Хормоно-заместителна терапия

ВМІ - Body mass index

ВMS - British Menopause Society

EMAS - European Menopause and Andropause Society

HDL – High Density Lipoprotein

IMS - International menopause society

LDL – Low Density Lipoprotein

MENQOL - Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

MQOL - Menopausal quality of life scale

MRS - Menopause rating scale

MSL - Menopause Symptoms List

QoL - Quality of Life

STRAW- Stages of Reproductive Aging Workshop

UQOL - Utian Quality of Life Scale

WHQ - Women's Health Questionnaire

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Климактериумът е биологичен „преходен” период, свързан с краткосрочни, средносрочни и дългосрочни оплаквания и симптоматични прояви, които се отразяват неблагоприятно на качеството на живот на жените. За нарушаването на физическото, психическото и социалното благополучие в този период допринасят и редица фактори: културни и личностни нагласи, икономически, образователни, поведенчески, стресови, генетични, репродуктивни, работна, семейна и обществена среда.

Измерването на качеството на живот при жени в климактериум се извършва със специфични менопаузални рейтингови скали, благодарение на които всяка жена има възможност да оцени субективното си здраве. За съжаление, те все още не са широко приложими в научната и практическа дейност, но са изключително важни в съвременната социално-медицинска наука. Въпросите, които определят качеството на живот на жените в тази възраст, са свързани с превенцията, диагностиката и лечението на патологични състояния. Често обаче е налице негативно отношение към ХЗТ, особено назначена като профилактична мярка.

Важно е да се оцени нивото на познаване на климактериума у жените и тази оценка да стане основание за търсене на пътища за постигане на по-добро здраве. Изследването и анализирането на възникналите проблеми в климактериума дава възможност да се разработят модели и методи за оптимизиране на качеството на живот при жените в този период от живота им.

Подобряването на здравето на жените в етапите на репродуктивното стареене изисква специфични мерки и усилия за обединяването в една комплексна съвкупност на редица медицински и немедицински специалисти от различни области и компетентност. Потребността от превантивни дейности за опазване на цялостното здраве и благосъстояние на жените в тази възраст, показва необходимост от създаване на здравно-образователни програми и интегрирани подходи, които да повишат познанията, възприятията и мотивацията за справяне с неблагоприятните ефекти в процеса на биологичната естествена промяна в климактериума.

Изучаването на тези проблеми и търсенето на решения, стоят в основата на избор на настоящата тема.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Цел

Цел на настоящото проучване е да се анализират биомедицинските, социалните, психологическите и културните проблеми, свързани с климактериума при жени на средна възраст, да се оцени тяхното отражение върху качеството им на живот и да се предложи модел за здравно-промотивно въздействие в рамките на акушерските компетенции, с оглед предотвратяване на нежеланите ефекти.

2.2. Задачи

За реализиране на целта на проучването са поставени следните научно-изследователски задачи:

1. Обзор, анализ и синтез на представените в международната научна литература изследвания, свързани с изучаването на избраната тема;
2. Идентифициране на социално-демографските и поведенчески характеристики при жени на възраст 40-60 години;
3. Изследване знанията на жените, начините и мотивацията им за получаване на допълнителни възможности за информиране, относно промените и проблемите в климактериума;
4. Проучване, анализиране и обобщаване на самооценката за измерване на физическото, психическото и социалното здраве на респондентите с менструални нарушения или липса на менструален цикъл;
5. Изследване връзките между стресовите, социално-демографските детерминанти на здравето и специфичното качество на живот при жените с менструални нарушения или липса на менструален цикъл;
6. Установяване мнението, нагласите и възможностите на акушерките, относно ефективното осъществяване на здравно-промотивни и превантивни грижи за жени в климактериум;
7. Разработване и предлагане на здравно-промотивен модел за комплексен подход, съобразен с акушерските компетенции с цел подобряване на качеството на живот на жените в периода на климактериума;

8. Изработване на учебна програма за следдипломно обучение на акушерки с цел получаване на допълнителни познания за оптимизиране качеството на живот при жени в периода на климактериума.

2.3. Работни хипотези

- Качеството на живот на жени в климактериума е нарушено поради грешки в начина и стила на живот и недостатъчна информираност за този период.
- Специфичните симптоми протичат с различна степен на проява и тежест при жените в различните етапи на климактеричния период и оказват влияние на физическото, психическото и социалното им здраве.
- Съществуват връзки между стресовите, социално-демографските детерминанти на здравето и протичането на сомато-вегетативните, психологическите и урогениталните симптоми, специфични за климактериума.
- Допускаме, че акушерките имат нагласа за оказване на консултативна, профилактична и промотивна дейност, но е осъзната необходимостта от допълнително обучение, отнасящо се до периода на климактериума при жените.

2.4. Материал и методика

Обект на наблюдението са: жени от 40-60 години и акушерки

Предмет на наблюдението са:

- биомедицинските, психологическите, социалните и културните проблеми на жените, свързани с периода на климактериума
- соматовегетативните, психологическите и урогениталните симптоми, характерни за етапите на климактериума
- факторите, които оказват влияние на специфичното качество на живот в климактериума
- знанията, нагласите и възможностите на акушерките, относно ефективното осъществяване на здравно-промотивни и превантивни грижи за жени в климактериум

Техническите единици на наблюдение включват:

- Лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ
- Общообразователни училища

- Висше учебно заведение
- ЧЕЗ Разпределение България АД
- Банка УниКредит Булбанк АД
- Столична община район „Красна поляна“

Логически единици на наблюдението са:

- Всяка жена на възраст от 40-60 години от представителната извадка, с присъщите ѝ характеристики
- Всяка акушерка от представителната извадка, упражняваща професията си в болничната и извънболничната помощ

ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

- Социално-демографска, биомедицинска, психосоциална и професионална характеристика на респондентите;
- Специфична симптоматична характеристика за периода на климактериума и детерминанти, оказващи влияние на здравето на жените в този период;
- Информираност, мотивация и нагласи за получаване на допълнителни възможности за знания на жените, относно промените и проблемите в климактериума;
- Мнение на акушерките, относно потребност и възможности за допълнително обучение, и нагласите им за ефективно осъществяване на здравно-промотивни и превантивни грижи за жени в климактериум.

ОБЕМ, МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Обхванати са общо **1020** лица разпределени в следните групи:

- 212 акушерки, упражняващи професията си в болничната и извънболничната помощ на територията на гр. София, гр. Самоков и гр. Благоевград
- 17 служителки от Община район „Красна поляна“ - гр. София
- 72 преподавателки от Общобразователни училища: 56 СУ „Проф. Константин Иречек“, 79 СУ „Индира Ганди“ - гр. София; ОУ „Неофит Рилски“, НУ „Станислав Доспевски“, Профилирана гимназия „Константин Фотинов“ - гр. Самоков;
- 22 преподавателки и служителки от ФОЗ – МУ София
- 116 служителки в Банка УниКредит Булбанк АД - гр. София, гр. Самоков

- 59 служителки в ЧЕЗ Разпределение България АД - гр. София
- 522 ползвателки на медицински и здравни услуги, преминали в кабинетите на 8 ДКЦ, 12 ДКЦ, и акушеро-гинекологичните болници: ПСАГБАЛ „Света София“, СБАЛАГ „Майчин дом“, II САГБАЛ „Шейново“ - гр. София

Проучването е проведено с доброволното участие на всички анкетирани лица, изразили желание, след получено информирано съгласие и при спазване на етичните правила за гарантиране на тяхната анонимност.

В проучването е изключено участието на бременни жени и родилки.

Време и място:

- Проучването е ретроспективно за периода октомври 2018 – ноември 2020 г. и е осъществено на територията на гореспоменатите здравни, образователни и социални заведения.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Документален метод - за събиране на информация от международна специализирана научна литература, материали и публикации в списания с висок импакт фактор по проблемите, отнасящи се към темата.

Исторически метод - за събиране на информация, свързана със сведения за промените, засягащи жените в климактериум в различните епохи.

Социологически методи:

- **Анкетен метод** - анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информацията относно мнения и оценки чрез пряка анонимна, индивидуална анкета.

Приложен е структуриран собствен въпросник, включващ:

❖ Анкетни карти за жени на възраст 40-60 години

➤ Анкетна карта, включваща 30 въпроса относно демографските характеристики, биологичните характеристики, начин на живот, стресови събития и преживявания, познания за периода на климактериума, начина на информиране и необходимост от получаване на допълнителни сведения за този етап от живота на жените.

➤ Специфичен въпросник за самооценка на проявите на климактеричните симптоми и степента им на тежест. Използвана е българска версия на MRS/

menopause rating scale/ за качеството на живот в климактериума. Въпросникът съдържа общо 11 позиции (симптоми), като за оценка на всеки симптом се използва петстепенна ликертова скала (0-4 точки), като 0 – липсва проява на симптома; 1- слаба проява; 2- умерена проява; 3- силна проява; 4 – много силна проява. Симптомите са групирани в три подскали:

✓ **Сомато-вегетативна подскала**, която включва 4 симптоми (1, 2, 3, 11) - Горещи вълни, изпотяване (пристъпи на изпотяване); Сърдечни проблеми (необичайно сърцебиене, прескачане на сърцето, ускорен пулс, стягане в сърдечната област); Проблеми със съня (трудно заспиване, нощно събуждане, проблем със събуждането, по-ранно будене); Проблеми със ставите и мускулите (болка в ставите и мускулни спазми). Оценките от резултатите на сомато-вегетативната подскала варират в диапазон от 0 до 16 точки, като при средна оценка 0-2 има безсимптомно протичане на проявите в подскалата; 3-4 – леко протичане; 5-8 – умерено протичане и > 9 – тежко протичане.

✓ **Психологическа подскала**, включваща 4 симптоми (4, 5, 6, 7) - Потиснато настроение (душена отпадналост, чувство на тъга, плачливост, липса на енергия, промяна в настроението); Раздразнителност (чувство за притеснение, вътрешно напрежение, агресивност); Тревожност (вътрешно вълнение, чувство на паника); Физическо и психическо изтощение (намалена способност за извършване на дейности, намалени памет и концентрация, забравяне, умора). Оценките от резултатите на психологическата подскала варират в диапазон от 0 до 16 точки, като при средна оценка 0-1 има безсимптомно протичане на проявите в подскалата; 2-3 – леко протичане; 4-6 – умерено протичане и >7 – тежко протичане.

✓ **Урогенитална подскала**, включваща 3 симптоми (8, 9, 10) - Сексуални проблеми (промяна в сексуалното желание); Проблеми с пикочния мехур (трудности при уриниране, чести позиви за уриниране, изпускане на урина); Влагалищни проблеми (усещане за сухота и парене във влагалището, трудности при полово сношение) Оценките от резултатите на урогениталната подскала варират в диапазон от 0 до 12 точки, като при средна оценка 0 има безсимптомно протичане на проявите в подскалата; 1 - леко протичане; 2-3 умерено протичане и >4 – тежко протичане.

Общият резултат на оценката (0-44) зависи от броя на точките в трите подскали и определя степента на протичане на климактериума:

0-15 т. - леко протичащ климактериум

16-30 т. - умерено протичащ климактериум

31-44 т. - тежко протичащ климактериум

Не са установени данни за проучвания в България по тази скала.

➤ **Анкетна карта съдържаща 6 въпроса**, касаещи възприемането на промените и тяхното влияние на семейните отношения, професионалната среда и социалното общуване.

❖ **Анкетна карта за акушерки**, състояща се от 18 въпроса, свързани с професионалните характеристики на акушерките, мнението им за потребност от повишаване на тяхната квалификация, нагласи и начини за предоставяне на здравно-промотивни и превантивни грижи за жени в климактериума.

• **Полуструктурирано интервю.** В хода на изследването е проведено интервю с анкетиранияте жени и акушерки, съчетано с метода на анкетирането, за да се даде възможност за целенасочено разясняване на информацията по изследваната тема.

Статистически методи:

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Office Excel и Windows 10. Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS версия 13.0.

• **Методи за обработване на получената информация**

- Вариационен анализ (количествени променливи) – средна стойност, стандартно отклонение, медиана, минимална и максимална стойност.
- Честотен анализ (номинални и рангови променливи) - *абсолютни честоти* – броят на единиците в отделно взета група; *относителни честоти* – броят на единиците в отделно взета група отнесен към общия брой единици в съвкупността.

• **Методи за проверка на хипотези**

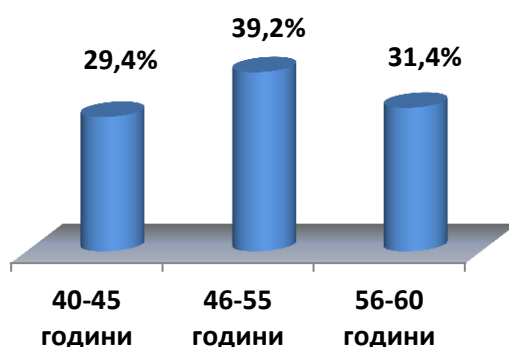
- Тест на Колмогоров-Смирнов (Kolmogorov-Smirnov) и тест на Шапиро-Уйлк (Shapiro-Wilk) – проверка за нормалност на разпределението на количествена променлива;

- Тест на Фишер (Fisher's exact test) или Хи-квадрат тест (Chi-square test) за установяване на статистическа зависимост между две качествени променливи. Приложеното критично ниво на значимост е $\alpha=0,05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от α ;
- Тест на Ман-Уйтни (Mann-Witney) – сравняване на две независими групи, когато разпределението не е нормално;
- Корелационен коефициент на Пирсън (Pearson correlation) – при изследване на връзката между две количествени променливи.
- **Методи за оценка на надеждност на скали**
 - Коефициент алфа на Кронбах (Cronbach's Alpha) – метод за оценка на вътрешната съгласуваност на скалата;
 - Коефициент за оценка на междуайтъмната корелация (Inter-Item Correlations);

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Анализ на резултатите относно социално-демографските характеристики, начина и стила на живот и нивото на информираност на анкетирани жени

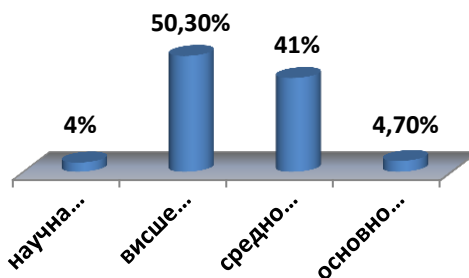
По първоначални данни по признак „възраст“ при 808 анкетирани жени се установи, че респондентите от 46-50 години са 19,8%, а тези от 51-55 години са 19,4%. Това наложи обединяването им, с цел по-точна статистическа обработка и представяне на резултатите в изследването. Участниците в проучването са разпределени в три възрастови групи. (фиг.1).



Фиг. 1. Възрастова характеристика

Преобладава възрастовата група 46-55 г., с относителен дял 39,2%, следвани от лицата на възраст 56-60 г. (31,4%) и възрастова група 40-45 г. (29,4%). Възрастта е важен показател при отчитането на етапите, фазите и промените в климактериума.

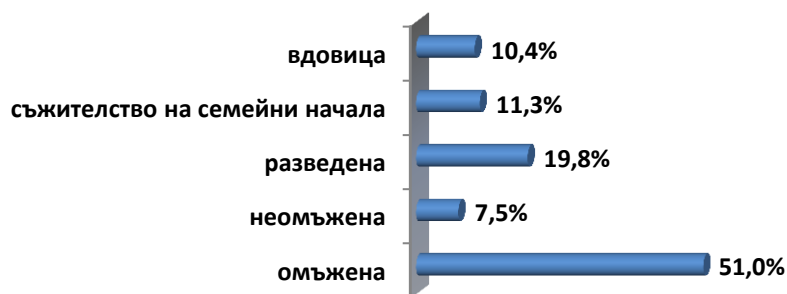
Процентното разпределение по признак образование показва преобладаващо участие на респондентите с висше образование, с относителен дял 50,6%, следвани от тези със средно образование (40,7%). Жените с основно образование формират 4,7% от извадката, а 4% са с научна степен. (фиг.2).



Фиг. 2. Образователен ценз

По-ниско образованите жени изпитват по-тежки симптоми, а тези с висше образование са по-наясно с климактеричните промени и стратегиите за справяне с негативните ефекти. Жените с по-висок образователен ценз имат по-добро здравословно състояние и по-ниска заболеваемост, и вероятната причина за това е здравословния начин на живот и вземането на информирани решения за тяхното репродуктивно и пострепродуктивно здраве. [167]

По признак семейно положение респондентите се разделят на омъжени, неомъжени, разведени, съжителство на семейни начала и вдовици. (фиг.3)

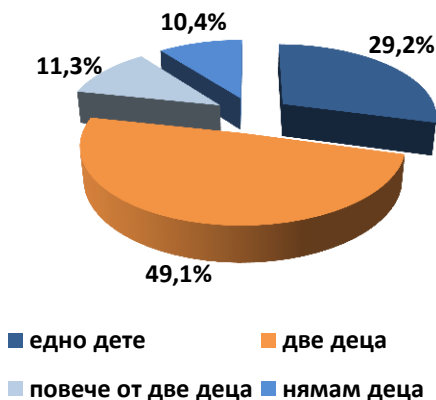


Фиг. 3. Семейно положение

Процентното разпределение показва преобладаващо участие на омъжените жени с относителен дял 51%; разведени с 19,8%. По-малко са живеещи на семейни начала 11,3%, вдовици 10,4% и неомъжени 7,5%.

Омъжените жени имат по-добро общо здравословно състояние от необвързаните, неомъжените изпитват по-тежки симптоми в климактериума, в сравнение с омъжените. Вероятната причина за това е, че омъжените жени имат по-добри социални отношения и подкрепа от семейството. При самотните жени климактериумът настъпва в по-ранна възраст и при тях рискът от остеопороза и сърдечно-съдови заболявания е повишен. [61, 124, 133, 168]

Репродуктивните събития в живота на жените са от изключително значение за цялостното им здраве в климактеричния период. На фиг. 4 е представено разпределението на респондентите, свързано с техния паритет.



Фиг. 4. Паритет на анкетираните

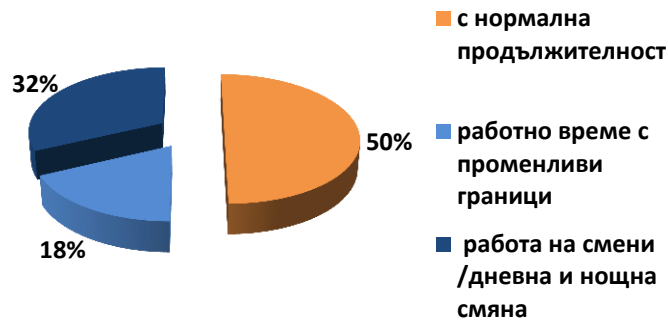
Преобладаващата част от анкетираните жени (49,1%) имат две деца, следвани от тези с едно дете - 29,2%. Сравнително по-малък е относителния дял на респондентите с повече от две деца (11,3%), а само 10,4% са без деца.

Броят на бременностите и ражданията влияят върху настъпването на възрастта на климактериума и протичането на климактеричните симптоми. Приема се, че високият паритет се свързва с по-късната последна менструация, а нераждалите жени и тези с повече бременности са изложени на по-висок риск от проява на умерена и тежка симптоматика.

Начинът на живот и факторите на околната среда също имат отношение за цялостното здраве на жените в климактеричния период, свързани с репродуктивната им история. [54, 64, 76, 120, 175]

Жените в климактериум са най-бързо растящата демографска група в работната сила. Увеличаването на възрастта на работещото население в повечето европейски страни означава, че повече жени ще работят по време на климактеричния си преход. [168]

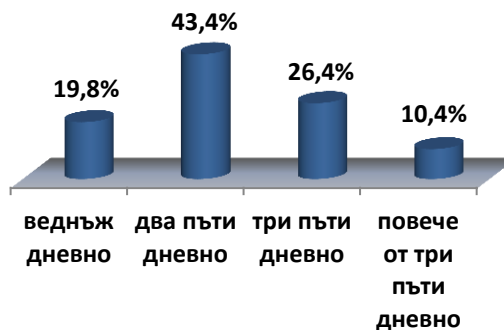
На въпроса „С какво работно време е свързана Вашата професионална заетост“ половината (50%) от анкетираните са отговорили, че работят с нормална продължителност на работно време, 32% с работа на смени (дневна и нощна смяна), а 18% са с работна заетост с променливи граници (фиг.5)



Фиг. 5. Работна натовареност

Hardy, Thome и съавт. представят систематичен преглед на редица проучвания, при които проблемните симптоми на жените оказват негативно влияние на работните им резултати и намалено удовлетворение от извършваната от тях трудова дейност. Тези, които са ангажирани в професии със сменен график (дневна и нощна смяна) съобщават, че умората и безсънието, свързани с протичането на климактериума, засягат нормалното им функциониране на работното място. Ефектите от професионалните ротационни сменни графици ускоряват репродуктивното стареене на жените и предразполагат към настъпване на ранна менопауза, което се дължи на циркадни смущения и стрес на организма. [176]

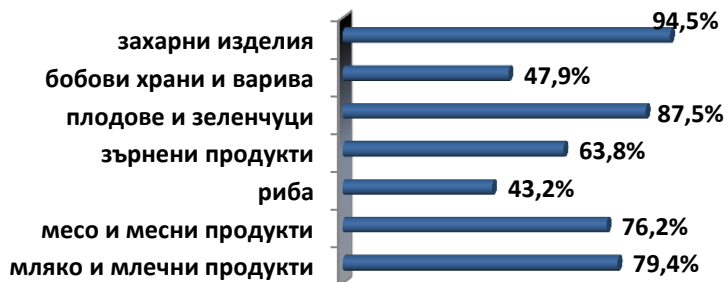
Интерес представляват отговорите на респондентите на въпроса „Колко пъти се храните дневно?“. Преобладаващ е отговорът на тези, които се хранят два пъти дневно (43,4%), следван от 3 пъти дневното хранене (26,4%). Само веднъж на ден се хранят 19,8% от анкетираните, а 10,4% - повече от три пъти дневно. (фиг.6)



Фиг. 6. Режим на хранене

Прави впечатление, че повече от половината от респондентите (63,2%) имат неправилен режим на хранене с произтичащи от това последствия.

Следващият въпрос е свързан с присъствието на храни и продукти в седмичното меню, подредени по предпочитания. Анкетираният имаха възможност да дадат повече от един отговор. (фиг.7)



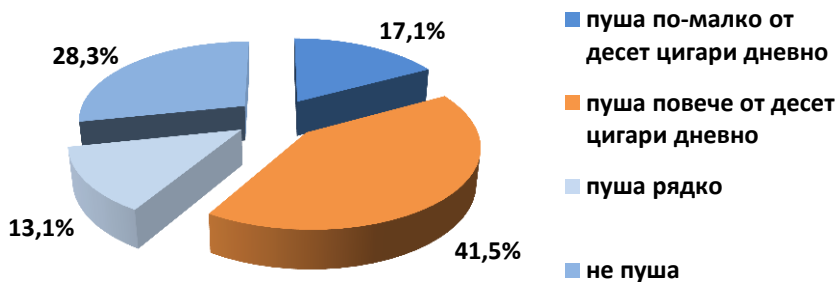
Фиг. 7. Предпочитание на храни и продукти в седмичното меню

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Тревожен е факта, че преобладаващият отговор при 94,5% от респондентите е консумацията на захарни изделия. Плодовете и зеленчуците са предпочитани при 87,5% от жените, следвани от млякото и млечните изделия (79,4%). В седмичното меню, месо и месни продукти присъстват при 76,2%, зърнени храни - 63,8%, бобови храни и варива - 47,9% и само 43,2% консумират в седмицата риба.

Установено е, че повишения прием на въглехидрати увеличава стойностите на холестерола, инсулиновата резистентност и риска от инсулт. Зърнените култури съдържат фитоестрогени, които намаляват вазомоторните симптоми и подобряват когнитивните процеси.

Относно тютюнопушенето и броя на изпушените цигари дневно се установи следното разпределение (фиг.8).

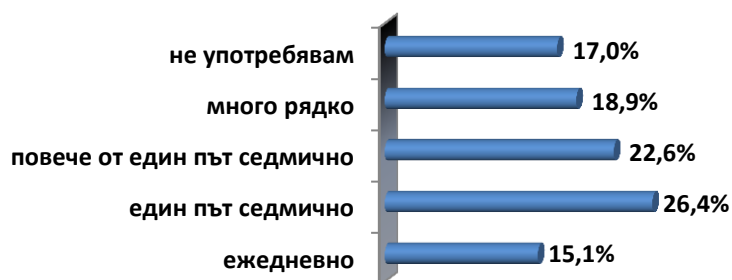


Фиг. 8. Употребата на цигари

Посочените резултатите показват, че с най-голям относителен дял от 41,5% са пушещите повече от 10 цигари дневно, а 17,1% пушат по-малко от 10 цигари на ден. С най-малък дял са рядко пушещите (13,1%), а тези които не употребяват цигари са 28,3%.

Обобщените резултати сочат тревожната тенденция, че почти 2/3 от респондентите пушат независимо от броя на цигарите.

В нашето проучване направихме оценка и на начина на употреба на алкохол. На въпроса „Употребявате ли редовно алкохол?“ около ¼ (26,4%) от респондентите отговарят, че употребяват един път седмично алкохол, повече от един път седмично - 22,6%, ежедневно - 15,1% и много рядко - 18,9%. (фиг.9)

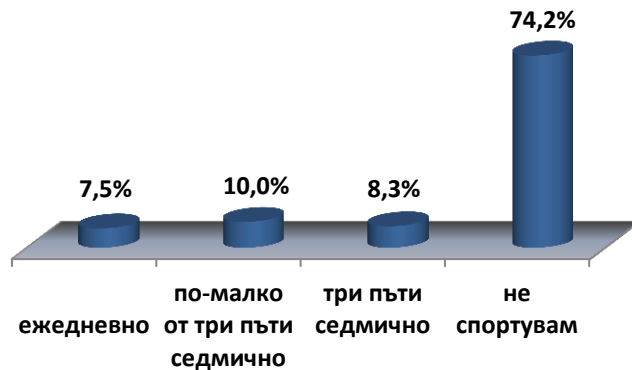


Фиг. 9. Употреба на алкохол

Умерената консумация на алкохол в перименопаузата и постменопаузата повишава концентрациите на естроген в кръвта и страничните продукти от метаболизма на естрогена, и може да окаже влияние върху риска от проява на невровегетативни симптоми, сърдечно-съдови заболявания, остеопороза, рак на гърдата, диабет. [145]

Физическата активност осигурява редица предимства, специфични за жените в климактериум. Тя допринася за ограничаване наддаването на тегло, намалява риска от сърдечно-съдови и метаболитни заболявания, повишава енергийните нива на организма, мускулната сила и костната плътност. Все още липсват достатъчни научни доказателства в подкрепа на физическите упражнения при управлението на вазомоторните симптоми. [56,72,134]

Ето защо включихме няколко въпроса относно спортните навици на респондентите (фиг.10).



Фиг. 10. Физическа активност на респондентите

На въпроса „Спортувате ли?“ 74,2% отговарят, че не спортуват, 10,0% - по-малко от три пъти в седмицата, 8,3% - три пъти в седмицата, а едва 7,5% спортуват ежедневно. Това е изключително тревожна тенденция, допринасяща за тяхното обездвижване с всички произтичащи от това последствия, особено по време на климактериума.

Преживяванията и нивата на стрес по време на климактеричния период оказват влияние както на протичането на симптомите, така и върху физическото, психическото и социалното здраве. Отговорите на въпроса, свързан с преживени стресови събития в последната година, са посочени на фиг.11.



Фиг. 11. Преживени в последната година негативни събития

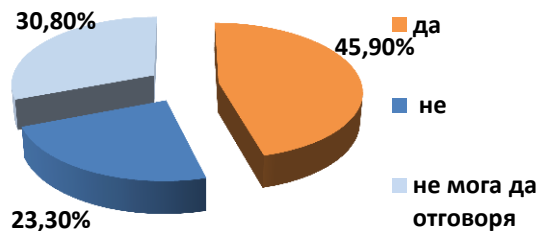
Разпределението показва, че в последната година 20,8% от респондентите са напуснати от децата си, 18,9% са претърпели конфликт в семейството, при 12,3% от тях е настъпила промяна на работното място, а 11,3% са загубили близък човек.

Значително по-малък е относителният дял на тези с промяна на местоживеенето (6,6%) и преживелите развод (1,9%). Не са преживели нищо от посочените събития малко повече от една четвърт (28,3%) от респондентите.

Отрицателните психоемоционални състояния, които жените изживяват при неблагоприятните житейски събития, особено по време на климактериума, водят до дискомфорт и допълнително допринасят за нарушаване отношенията в семейството, на работното място, в обществения живот и др.

Информираността на жените относно терминологията, промените и свързаните с климактериума прояви, има решаваща роля за поведението им при реалното навлизане в този период.

До каква степен респондентите отъждествяват климактериума с менопаузата, е видно от (фиг.12).

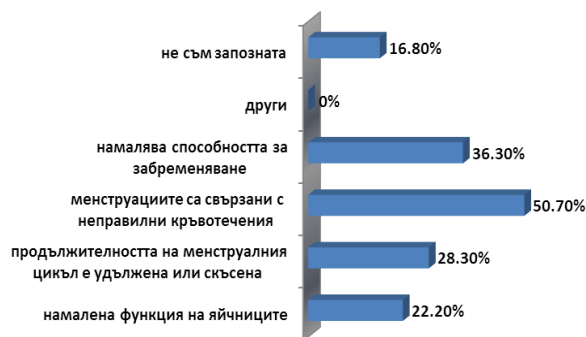


Фиг. 12. Значение на термините климактериум и менопауза

Сравнително висок е относителния дял (45,9%) на анкетираните жени, които не намират разлика в двата термина. Еднозначен отговор на въпроса не са могли да дадат 30,8%, а едва 23,3% са посочили, че двата термина не са еднозначни.

От получените резултати можем да предположим, че респондентите имат бегла представа за етапите на климактериума.

Началото на климактеричния период е свързан с редица хормонални дисфункции, които оказват влияние на физическото и психическото здраве, както и на емоционалното състояние на жените. Проучихме до колко жените свързват тези промени с настъпването на климактериума. (фиг.13).

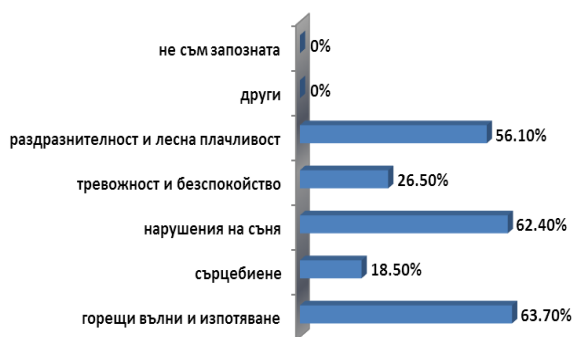


Фиг. 13. Познания за хормоналните промени в климактериума

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Най-висок е относителният дял (50,7%) на респондентите, които считат, че хормоналните промени са свързани с неправилни менструални кръвотечения, а 36,3% отбелязват, че е намалена способността за забременяване. По-малко от 1/3 (28,3%) са на мнение, че продължителността на менструалния цикъл е удължена или скъсена, а според 22,2% хормоналните нарушения са вследствие на намалена функция на яйчниците. Независимо, че най-малкият относителен дял се пада на отговорилите „не съм запозната“ - 16,8%, се отчита необходимост жените да бъдат осведомени за репродуктивните циклични аномалии, типични за началото на менопаузалния преход.

Редица симптоми и прояви в климактериума могат да нарушат качеството на живот (фиг.14).



Фиг. 14. Информираност относно проявите при настъпване на климактериума

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

На въпроса „Наясно ли сте кои от проявите могат да съпътстват настъпването на климактериума?“, почти 2/3 (63,7%) са посочили

горещите вълни и изпотяването, а 62,4% считат, че сънят е нарушен. Според 56,1% началото на климактеричните прояви са свързани с раздразнителност и лесна плачливост. Сравнително по-малък е относителният дял на респондентите (45%), които отделят внимание на тревожността, безпокойството и сърцебиенето. Тези резултати показват, че все пак жените имат познания и очаквания за началото на новия етап от техния живот.

В периода на климактериума е необходимо да бъдат извършвани редовно, и дори по-често от обикновено, профилактични прегледи. До каква степен жените са запознати с това, ни дава информация следващата диаграма. (фиг.15).



Фиг. 15. Необходимост от редовни профилактични прегледи

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

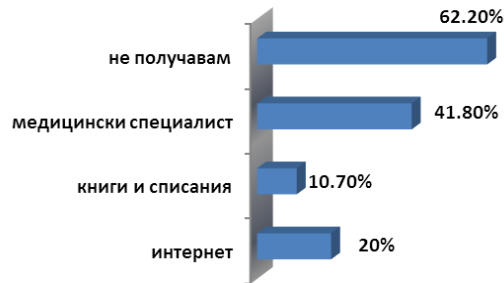
В голяма част (59,1%) респондентите смятат, че в този период е необходимо да се извършва цитонамазка, според 57,8% трябва да се измерва костната плътност, а 51% отдават значимост на мамографските прегледи. Самоизследването на млечните жлези е подходящ и лесен метод на профилактика за 22,4% от респондентите.

Настъпващите хормонални промени могат да предизвикат рязка промяна в кръвното налягане и в телесното тегло, макар и до този момент жените да не са имали изразен проблем в тази област.

Според анкетиранияте с голяма значимост се нареждат изследванията за контрол на теллото и артериалното налягане – 49,6%. За малко повече от 1/3 (35%) е важно редовното проследяване на метаболитните показатели и само 10,2% не могат да дадат отговор относно профилактиката в периода на климактериума. До голяма степен можем да приемем тези резултати за успокоителни и да се надяваме, че в тази възраст жените ще се отнесат

отговорно и загрижено към здравето си, и ще намерят достатъчно време, за да извършат необходимите задължителни профилактични прегледи.

По какъв начин респондентите се осведомяват по въпроси, свързани с трансформацията от репродуктивна към нерепродуктивна възраст, е видно от фиг.16.



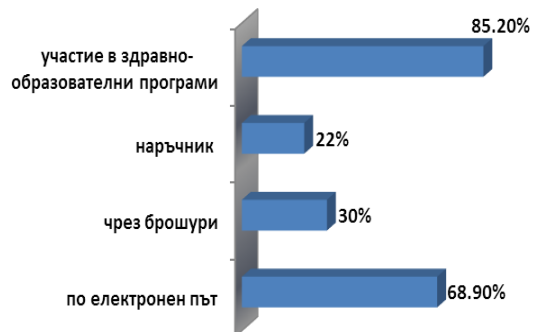
Фиг. 16. Начин за получаване на информация относно климактериума

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

На въпроса „От къде получавате информация, относно климактериума“?, е голям относителният дял (62,2%) на анкетираните жени, които не получават никаква информация. По-малко от половината (41,8%) се възползват от медицински специалист, 20% дават отговор, че се образуват от интернет, а 10,7% - от книги и списания.

В днешния свят новите виртуални технологии са възможен, лесен и удобен източник за осведомяване, но за получаване на достоверна информация, особено когато се отнася до здравословното състояние, са необходими съветите и консултациите на медицинските специалисти.

Какви са начините, чрез които жените предпочитат и биха желали да получат допълнителни данни за периода на климактериума, е видно от фиг.17



Фиг. 17. Предпочитания за начина на получаване на информация

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Резултатите показват, че 85,2% имат желание и предпочитат да участват в здравно-образователни програми, където биха имали възможност да задават както уточняващи и допълнителни въпроси, така и да получават адекватни отговори, за да добият ясна представа за цялостното си здраве в периода на климактериума. Това още веднъж доказва, че доверието е най-голямо в специалистите в областта на медицинските услуги. Предвид времето на електронната ера, две трети (68,9%) са желаещи да се информират чрез електронни канали. Едва 30% са посочили като предпочитание брошури, а с малък дял (22%) са желаещите да им бъде предоставено описанието в наръчник.

3.2. Анализ на резултатите според самооценката на респондентите относно броя на проявите и тежест на симптомите

За отчитане на броя на проявите и тежестта на симптомите, е използвана MRS. В проучването е изследвана надеждността на скалата и нейната психометричност чрез коефициентът на Кронбах и междуайтъмната корелация.

Табл. 1. Коефициент на Кронбах и междуайтъмна корелация

Cronbach's Alpha	0.899
Inter-Item Correlations	0.448

Високият коефициент алфа на Кронбах (0.899) и сравнително ниската междуайтъмна корелация (0.448) показват добра вътрешна съгласуваност и надеждност на изследваната скала.

От общата популация на респондентите, направихме извадка на жените, които при първоначалната анкета дадоха информация, че имат промяна в менструалния цикъл или липса на такъв. В проучването са отдеференцирани 459 респонденти, разделени в следните две групи:

Група 1 – перименопауза, жените, които имат нередовен менструален цикъл в последните 1-2 години с различна продължителност и интервал. В тази група попадат **198 жени**.

Група 2 – постменопауза, жени при които липсва менструален цикъл в последните 12 месеца или повече от една година. Тази група се формира от **261 жени**.

Табл. 2. Средна възраст и разпределение на изследваните жени по група менструален цикъл

Група	N	%	Възраст	
			Mean	SD
Перименопауза	198	24,5	44,94	6,9
Постменопауза	261	32,3	53,60	5,4

Средната възраст на анкетираните жени в перименопауза е 44,9 години, а на тези в постменопауза – 53,6 години. Периода на климактериума по литературни данни обхваща възрастта от 40-60 години.

В изследването е проучен броят на симптомите при всяка жена. Разпределението на жените по брой симптоми е представено на следващата таблица 3.

Табл. 3. Разпределение на изследваните жени по брой на симптомите

Брой симптоми	Група		Общо n(%)
	Перименопауза n(%)	Постменопауза n(%)	
1	3 (1.5)	0 (0.0)	3 (0.7)
2	3 (1.5)	21 (8)	24 (5.2)
3	6 (3.0)	15 (5.7)	21 (4.6)
4	21 (10.6)	0 (0.0)	21 (4.6)
5	21 (10.6)	0 (0.0)	21 (4.6)
6	24 (12.1)	21 (8.0)	45 (9.8)
7	21 (10.6)	12 (4.6)	33 (7.2)
8	33 (16.7)	30 (11.5)	63 (13.7)
9	21 (10.6)	42 (16.1)	63 (13.7)
10	33 (16.7)	48 (18.4)	81 (17.6)
11	12 (6.1)	72 (27.6)	84 (18.3)
Общо	198 (100)	261 (100)	459 (100)

Анализът на резултатите показва, че няма жени без нито един симптом. Всичките, 11 изследвани симптома, се наблюдават при най-голям брой жени – 84 (18,3%). По брой на симптомите на второ място се подреждат жените с

10 симптома – 81 (17,6%), след тях са жените с 9 и 8 симптома (13,7%). Забелязва се тенденция на намаляване на жените с намаляване на броя на симптомите. Само при 3 от респондентите (0,7%) се наблюдава един симптом.

На табл.4 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до сомато-вегетативната подскала в двете контролни групи.

Табл. 4. Разпределение на степента на проявите при сомато-вегетативната подскала

Сомато-вегетативни оплаквания																
	Горещи вълни				Сърдечни проблеми				Проблеми със съня				Ставни проблеми			
	I група		II група		I група		II група		I група		II група		I група		II група	
	перимено пауза		постмено пауза		перимено пауза		постмено пауза		перимено пауза		постмено пауза		перимено пауза		постмено пауза	
проява	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%
липсва	75	37,9	60	23,0	111	56,1	99	37,9	33	16,7	36	13,8	57	28,8	27	10,3
слаба	69	34,8	78	29,9	75	37,9	90	34,6	81	40,8	39	15,0	69	34,8	57	22,0
умерена	30	15,2	60	23,0	12	6,0	45	17,2	36	18,2	75	28,7	51	25,8	72	27,5
силна	21	10,6	42	16,1	0	0,0	27	10,3	33	16,7	75	28,7	15	7,6	81	31,0
много силна	3	1,5	21	8,0	0	0,0	0	0,0	15	7,6	36	13,8	6	3,0	24	9,2
Общо	198	100%	261	100%	198	100%	261	100%	198	100%	261	100%	198	100%	261	100%
X² тест	X²=16,36, p=0,003				X²=26,84, p<0,001				X²=30,48, p<0,001				X²=42,78, p<0,001			

Данните на резултатите по протичане и интензитет на горещи вълни установяват, че в по-голямата част от респондентите (62,1%) в групата на перименопаузата и 77% в групата на постменопаузата усещат различна проява на симптома.

Извършеният анализ показва, че е налице статистически значима връзка между силата на проява на горещите вълни и в двете групи, където $p=0,003$.

Необичайното сърцебиене, прескачането на сърцето, ускореният пулс и стягането в сърдечната област са част от невро-вегетативните прояви по време на климактериума. Голям процент (56,1%) в първата група и 37,9% във втората от изследвания контингент съобщават, че нямат сърдечни проблеми, а при 37,9% от жените в перименопауза и в 34,6% в постменопауза се усеща лек дискомфорт. Идентифицирането на силна сърдечна проява е докладвана само при 10,3% респонденти в групата на постменопауза. Отчита се статистически значима връзка между силата на проява на сърдечните оплаквания и в двете групи - $p<0,001$, като проявата се засилва при жените в постменопауза.

Трудното заспиване, нощното събуждане, проблемите със събуждането и по-ранното будене в настоящото проучване са оценени с различна степен на тежест. Липсващата и слаба проява се съобщава в 57,5% от първата група и само в 28,8% от втората група анкетираните. Нарушенията на съня засягат силно 16,7% от респондентите в перименопауза и 28,7% от жените в постменопауза. Наблюдава се статистически значима връзка между проблемите със съня и в двете групи - $p<0,001$, като повечето от жените в постменопауза имат по-силни прояви.

Болките в ставите и мускулите протичат с различен интензитет при респондентите. При 34,8% от жените в перименопауза отчитат проблема като лека проява, а 40,2% в постменопауза анкетираните възприемат симптомът като силен или много силен. Разкрита е статистически значима зависимост - $p<0,001$, което показва, че във втората група респонденти се наблюдава по-голяма тежест на ставните и мускулни прояви.

На табл.5 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до психологическата подскала в двете контролни групи.

Табл. 5. Разпределение на степента на проявите при психологическата подскала

Психологически оплаквания																
	Потиснато настроение				Раздразнителност				Тревожност				Физическа и психическа умора			
	I група		II група		I група		II група		I група		II група		I група		II група	
	перимено пауза		постменопауза		перимено пауза		постменопауза		перимено пауза		постменопауза		перимено пауза		постменопауза	
проява	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%
липсва	45	22,7	66	25,3	3	1,5	33	12,7	18	9,1	51	19,5	9	4,4	39	15,0
слаба	75	37,9	51	19,5	69	34,8	57	21,8	81	40,9	81	31,0	78	39,4	48	18,4
умерена	15	7,6	72	27,6	54	27,3	72	27,6	24	12,1	57	22,0	30	15,2	72	27,6
силна	57	28,8	66	25,3	42	21,2	54	20,7	63	31,8	45	17,2	51	25,8	87	33,3
Мн.силна	6	3,0	6	2,3	30	15,2	45	17,2	12	6,1	27	10,3	30	15,2	15	5,7
Общо	198	100 %	261	100 %	198	100 %	261	100 %	198	100 %	261	100 %	198	100 %	261	100 %
X² тест	X²=23,73, p<0,001				X²=22,74, p<0,001				X²=13,32, p=0,01				X²=22,10, p<0,001			

Душевната отпаднаост, чувството на тъга, плачливостта, липсата на енергия и промените в настроението са с умерена проява при 27,6% – в постменопауза. Анализът от резултатите показва, че потиснатото настроение засяга повече от 70% анкетираният контингент. В групата перименопаузата проявите са по-силно изразени и резултатите показват, че връзката е статистически значима - $p < 0,001$.

Чувството за притеснение, вътрешното напрежение и агресивността са изразени с различна степен на проява почти при 85% от жените и в двете групи. Малко повече от 1/3 (37,9%) от анкетираните във втората група съобщават тежък дискомфорт по отношение на признак раздразнителност. Установена е статистически значима зависимост - $p < 0,001$ свързана с по-силна изява на симптома при жените в постменопауза.

Безпокойството, вътрешното напрежение и чувството на паника са съобщени с различна интензивност от проучения контингент. Силният и много тежък дискомфорт се усеща в 37,9% в първата група и в 27,5% във втората. Наблюдава се статистически значима зависимост ($p = 0,01$) между силата на проява на тревожност и в двете изучавани групи, като по-голямата тежест се наблюдава при жените в перименопауза.

Намалената способност за извършване на дейности, намалената памет и концентрация, както склонността към забравяне и умората се оказват проблемни за по-голяма част от анкетираните. Силната и много силна проява е характерна за 41% за респондентите в първата група и за 39% във втората. Отново е установена статистически значима връзка ($p < 0,001$) между степента на проява на физическата и психическа умора и в двете проучени групи, като с по-голяма сила се усеща при жените в перименопауза.

На табл.6 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до урогениталната подскала в двете контролни групи.

Табл. 6. Разпределение на степента на проявите при урогениталната подскала

Урогенитални оплаквания												
	Сексуални проблеми				Проблеми с пикочния мехур				Влагалищни проблеми			
	I група		II група		I група		II група		I група		II група	
	перименопауза		постменопауза		перименопауза		постменопауза		перименопауза		постменопауза	
проява на симптома	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%	n	f%
липсва проява	81	40,9	72	27,6	117	59,2	129	49,6	147	74,2	72	27,6
слаба проява	81	40,9	57	22,0	60	30,4	66	25,3	36	18,2	87	33,3
умерена проява	21	10,6	84	32,1	12	6,0	45	17,2	15	7,6	72	27,6
силна проява	15	7,6	42	16,1	9	4,4	15	5,7	0	0,0	27	10,3
много силна проява	0	0,0	6	2,2	0	0,0	6	2,2	0	0,0	3	1,2
Общо	198	100%	261	100%	198	100%	261	100%	198	100%	261	100%
X ² -тест	X ² =35,77, p<0,001				X ² =12,80, p=0,012				X ² =71,70, p<0,001			

Сексуалните проблеми протичат с различна проява и степен на тежест при изследвания контингент. Високият интензитет на силна и много силна проява се възприема при 7,6% от жените в перименопауза и в 18,3% - в постменопауза. Изчисленият линеен коефициент X^2 (хи-квадрат) =35,77 и $p<0,001$ показват, че има статистически значима разлика при отговорите в двете групи по отношение на сексуалните прояви, които са по-силно изразени в групата на респондентите в постменопауза.

Проблемите, свързани с трудности при уринирането, честите позиви за уриниране или незадържането на урина са характерни за климактеричния период и според проявите са различно оценени от взелите участие в проучването жени. Много силна проява липсва при първата група, а само при 2,2% от втората група този симптом създава изключителен дискомфорт. При

респондентите в постменопауза проблемите с пикочния мехур са по-силно изразени и се наблюдава статистически значима връзка - $p=0,012$.

Влагалищните проблеми в климактериума създават чувство за сухота, парене и затруднения при полов контакт. Нежеланите ефекти са докладвани в различна степен, като най-голям дял (74,2%) от жените в перименопауза съобщават за липса на симптоми, а в групата на постменопаузата при 11,5% жени тези признаци протичат с тежка и много тежка интензивност. Наблюдава се статистически значима връзка между вагиналните проблемите и в двете групи - $p<0,001$, като повечето от жените в постменопауза имат по-силни прояви.

На следващата таблица (табл.7) са представени резултатите от средните оценки на трите подскали в изследваните групи респонденти.

Табл. 7. Средни оценки на подskalите при жени с перименопауза и постменопауза

ПОДСКАЛИ	ОЦЕНКА НА ПОДСКАЛИТЕ					
	I ГРУПА ПЕРИМЕНОПАУЗА			II ГРУПА ПОСТМЕНОПАЗУЗА		
	Брой респонденти	Средна аритметична стойност	Стандартно отклонение	Брой респонденти	Средна аритметична стойност	Стандартно отклонение
ПСИХОЛОГИЧЕСКА	198	5,97	3,37	261	6,77	3,56
СОМАТО- ВЕГЕТАТИВНА	198	4,32	3,01	261	7,32	4,09
УРОГЕНИТАЛНА	198	1,74	1,58	261	3,54	2,63

Средните резултати на проявата на симптомите при респондентите в групата на перименопаузата, отчетени в подskalите са следните: в психологическата подскала - умерена проява; сомато-вегетативната подскала - лека проява; урогениталната подскала – лека проява. Прави впечатление, че при жените в перименопауза превалира психологическата симптоматика.

Средните резултати на проява на симптомите при респондентите в групата на постменопаузата отчитат умерена проява на симптомите в трите подскали. Най-висока е оценката в сомато-вегетативната скала, което ни дава основание да предполагаме, че това се дължи на нарастване на възрастта и на задълбочаващия се естрогенен дефицит.

3.2.1. Изследвани връзки в проучването при обобщените групи (перименопауза и постменопауза) респонденти и отделните подскали

- **Влияние на стресовите фактори върху протичане на симптомите в психологическата подскала**

В хода на проучването е изследвана връзката на обобщената за двете групи психологическа подскала с предполагаемите стресови фактори. (табл.8)

Табл. 8. Стресови фактори и степен на протичане на симптоми в психологическата подскала

Стресови фактори	Психологическа подскала				p
	слаба проява %	умерена проява %	силна проява %	много силна проява	
промяна на работата/ работното място	10.0	16.0	18.2	17.2	0.690
конфликти в семейството	4.2	7.4	25.5	12.8	< 0.001
напускане на децата от семейството	10.0	16.0	22.7	32.8	0.009
загуба на близък/развод	0	32.0	27.3	29.7	< 0.001
смяна на местоживеенето	15.0	20.0	18.2	6.3	0.017

От всички изследвани фактори, единствено при промяна на работното място не се установи връзка с психологическата подскала ($p=0.690$). Установиха се значими връзки между психологическата скала и конфликти в семейството ($p<0.001$), напускане на децата от семейството ($p=0.009$), загуба на близък/развод ($p <0.001$), смяна на местоживеенето ($p=0.017$).

- **Влияние на социално- демографските детерминанти върху протичане на симптомите**

Изследвана е връзката между степента на проявите на симптомите в трите подскали и образователния ценз. (табл.9)

Табл. 9. Образователен ценз и степен на протичане на симптомите в подскалите

Подскала	Проява на симптомите	Образователен ценз в %				p
		научна степен	висше	средно	основно	
Сомато-вегетативна	слаба	0.0	23.7	3.4	0.0	< 0.001
	умерена	0.0	25.0	10.2	0.0	
	силна	60.0	23.7	33.9	23.1	
	много силна	40.0	27.6	52.5	76.9	
Психологическа	слаба	0.0	25.0	8.5	0.0	< 0.001
	умерена	40.0	22.4	11.9	7.7	
	силна	40.0	39.5	32.2	30.8	
	много силна	20.0	13.2	47.5	61.5	
Урогенитална	слаба	20.0	32.9	10.2	15.4	< 0.001
	умерена	0.0	10.5	11.9	7.7	
	силна	60.0	30.3	45.8	23.1	
	много силна	20.0	26.3	32.2	53.8	

И в трите подскали се установиха статистически значими връзки ($p < 0.001$) с образователния ценз на анкетираните жени. При жените с различна степен на образование се наблюдава и различна проява на протичане на симптомите, като при респодентите в перименопауза и постменопауза с основно образование, протичането на симптомите е най-силно оценено по разглежданите подскали.

Изследвана е връзката между семейното положение на респодентите в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите в трите подскали. (табл.10)

Табл. 10. Семейно положение и степен на протичане на симптомите в подскалите

Подскала	Проява на симптомите	Семейно положение					p
		омъжена %	неомъжена %	разведена %	съжителство %	вдовица %	
Сомато-вегетативна	слаба	18.8	0.0	5.6	6.7	0.0	< 0.001
	умерена	13.5	27.3	27.8	26.7	0.0	
	силна	30.2	45.5	22.2	20.0	23.1	
	много силна	37.5	27.3	44.4	46.7	76.9	
Психологическа	слаба	18.8	36.4	0.0	13.3	0.0	< 0.001
	умерена	20.8	27.3	16.7	6.7	0.0	
	силна	39.6	9.1	38.9	46.7	15.4	
	много силна	20.8	27.3	44.4	33.3	84.6	
Урогенитална	слаба	26.0	9.1	22.2	26.7	0.0	0.022
	умерена	11.5	9.1	11.1	13.3	0.0	
	силна	37.5	45.5	27.8	20.0	53.8	
	много силна	25.0	36.4	38.9	40.0	46.2	

Наблюдават се статистически значими връзки между семейното положение на анкетираните жени в перименопауза и постменопауза и степента на проява на симптомите в трите подскали.

Между семейното положение и сомато-вегетативната, както и в психологическата подскала тази зависимост е ($p < 0.001$), а при урогениталната подскала е изчислена значима връзка ($p = 0.022$).

Резултатите установяват, че вдовиците са с най-тежко протичане на симптомите и в трите подскали. В сомато-вегетативната скала най-ниския процент (27,3%) на много силна проява на симптомите се наблюдава при неомъжените жени, в психологическата и в урогениталната подскали най-ниският процент (20,8% и 25,0%) на много силна проява се наблюдава при омъжените жени.

Изследвана е връзката между професионалната заетост на анкетираните жени в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите в трите подскали. (табл.11)

Табл. 11. Професионална заетост и степен на протичане на симптомите в подскалите

Подскала	Проява на симптомите	Професионална заетост			p
		нормална продължителност %	променливи графици %	Работа на смени /дневна и нощна/ %	
Сомато-вегетативна подскала	слаба	15.5	0.0	12.0	0.009
	умерена	20.0	6.3	8.0	
	силна	23.6	37.5	44.0	
	много силна	40.9	56.3	36.0	
Психологическа подскала	слаба	19.1	0.0	8.0	< 0.001
	умерена	17.3	18.8	20.0	
	силна	40.0	31.3	20.0	
	много силна	23.6	50.0	52.0	
Урогенитална подскала	слаба	24.5	12.5	16.0	0.056
	умерена	9.1	12.5	16.0	
	силна	33.6	37.5	52.0	
	много силна	32.7	37.5	16.0	

Наблюдават се статистически значими връзки между професионалната заетост на двете групи респонденти със сомато-вегетативната подскала ($p = 0.009$) и психологическата подскала ($p < 0.001$). При жените с работно време с променливи граници се наблюдава в сравнително висок процент (56,3%) много силна проява на симптомите в сомато-вегетативната подскала.

С най-тежка изява на симптомите в психологическата подскала, са работещите на дневна и нощна смяна (52,0%), следвани от тези с работно време с променливи граници (50,0%).

Не се наблюдава значима връзка единствено при урогениталната подскала.

3.3. Мнение на респондентите относно възприемането на климактериума

В изследването взеха участие 459 жени с промяна или липса в менструалния цикъл.

Проучихме мнението на респондентите относно начина по който приемат климактериума. (табл.12).

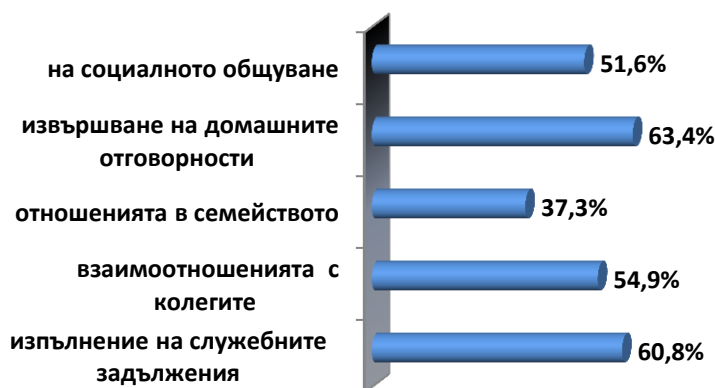
Табл. 12. Разпределение по начина на възприемане на климактериума

Възприемане на климактериума	Брой N	Относителен дял (%)
Нормален период от живота	209	45,5%
Край на възпроизводителната функция	48	10,5%
Проблеми в сексуалния живот	78	17%
Риск от заболявания	51	11,1%
Всичко изброено	60	13,1%
Не мога да преценя	13	2,8%

Данните показват, че почти половината (45,5%) от респондентите възприемат климактериума като нормален период от живота. На второ място с относителен дял от 17,0% са тези, с опасения от възникване на проблеми в сексуалния живот, следвани от анкетираните, които го свързват с риск от възникване на заболявания (11,1%) и с край на възпроизводителната функция (10,5%). Посочилите „всичко изброено“ са 13,1%, а само 2,8% не могат да преценят. От резултатите се вижда, че жените възприемат промените в климактериума по различен начин, което предполага и различните им нагласи за този етап от живота.

В периода на климактериума жената се нуждае от изключително внимание, подкрепа и разбиране, за да не се чувства пренебрегната, изолирана, с опасения за икономически и трудови проблеми.

С включването в анкетното проучване на въпроса „*Вашиите симптоми оказват ли влияние*“? на: изпълнение на служебните задължения; взаимоотношенията Ви с колегите; на отношенията Ви в семейството; на извършване на домашните Ви отговорности; на социалното Ви общуване, си поставихме за цел да разберем по какъв точно начин проблемите в климактериума променят качеството на живот на респондентите. Беше дадена възможност за повече от един отговор (фиг.18).



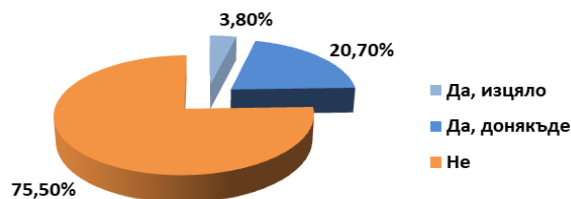
Фиг. 18. Промени в общуването и отговорностите след настъпване на климактериума
Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Сравнително голям дял (63,4%) и (60,8%) се пада на анкетираните жени, които отчитат, че симптомите им оказват негативно влияние при извършването на домашните отговорности и социалното им общуване. Почти $\frac{1}{2}$ (54,9%) са отговорилите, че са настъпили промени във взаимоотношенията с колегите им, при 51,6% симптомите в климактериума влияят върху изпълнение на служебните им задължения. Тези промени са причина за влошаване на семейните отношения при 37,3% от респондентите.

3.4. Анализ на резултатите относно нагласите на акушерките за продължаващо обучение и възможностите по предоставяне на здравно-промотивни и превантивни дейности за жени в климактериум в първичната медицинска помощ

Анкетираните са 212 акушерки от страната, работещи в лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ.

Промените в базовото образование на акушерките в България претърпява непрекъснати актуализации в учебните планове и програми, отговарящи на съвременните критерии и стандарти. Специалните акушерски грижи са насочени преди всичко към опазване на цялостното здраве на жените в репродуктивния период, опазване здравето на новородените и грижи при жени с гинекологични проблеми. [187, 188] В значително малък аспект в обучението са засегнати специалните здравни грижи и оценяването на цялостното здраве на жените в периода на климактериума, отнасящи се до звената и практиките в първичната медицинска помощ. Това ни провокира да проучим дали в базовото обучение на акушерките е бил засегнат въпросът за здравето на жените в прехода към нерепродуктивния период. (фиг.19)



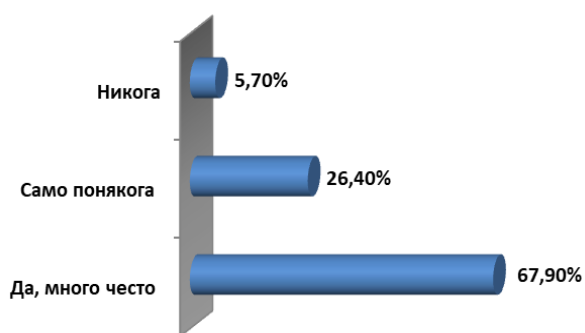
Фиг. 19. Информираност на акушерките в базовото им образование относно здравето на жените в климактериум

От анализа на резултатите е видно, че е най-голям относителния дял (75,5%) на анкетираните акушерки, които отговарят, че в базовото им образование не е било засегнато здравето на жените в климактериума. За по-малко от $\frac{1}{4}$ (20,7%) този етап е изучаван донякъде, а само 3,8% отговарят, че въпросът е изцяло изучен по време на студентското им образование. Това ни дава основание да считаме, че респондентите в годините на промени в

образованието са били информирани за климактериума при жената по различен начин.

Климактериумът е феномен в живота на жените, в който настъпват промени във физиологичните, психологичните, социалните, културните и сексуалните аспекти. Тези ефекти и начините им за справяне трябва да бъдат обсъждани с жените. Добрата информираност, получена от акушерка, ще доведе до по-адекватно разбиране, възприемане и поведение в този период.

До каква степен жените споделят проблемите си с акушерките и търсят ли информация и съдействие от тях, можем да разберем от (фиг.20)

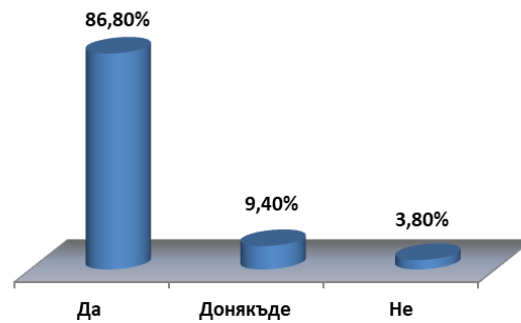


Фиг. 20. Споделяне на жените относно симптомите им

Почти 2/3 (67,9 %) от акушерките са посочили, че жените много често се обръщат към тях за информация за настъпващите промени и проблеми, отнасящи се до тяхното здраве. По-малка част (26,4%) представляват отговорилите, че само понякога са търсени от жените, а категорично негативен отговор са дали 5,7% от анкетираните.

Резултатът предполага, че българската акушерка има професионални качества за оказване на подкрепа, благодарение на медицинските, психологическите и комуникативните умения, които я превръщат в специалист от първостепенно значение, към който жената може да се обърне във всеки момент от своя живот.

Въпреки това обаче е необходимо да проучим нагласите на акушерките за прилагане на дейности по промоция на здраве, превенция на симптомите и заболяванията и профилактика в периода на климактериума при жените. (фиг.21)

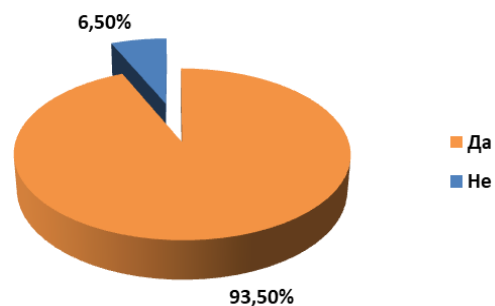


Фиг. 21. Професионална нагласа за предоставяне на грижи при жени в климактериум

По-голямата част от респондентите (86,8%), са посочили, че имат професионалната нагласа да оказват съдействие и помощ от различно естество на жени в период на климактериум, 9,4% имат нужда от допълнителна адаптация, за да извършват посочената дейност, а едва 3,8% от анкетираните са отговорили, че не са благоразположени към такъв вид здравни грижи.

Резултатите показват, че акушерките са с положителна нагласа към холистичния подход на съдействие при жени в климактериум.

Независимо от високия процент на респондентите, имащи желание да оказват съдействие на жени в климактериум, е необходимо да разберем дали имат желание да повишат квалификацията си чрез придобиване на знания в тази област. (фиг.22)

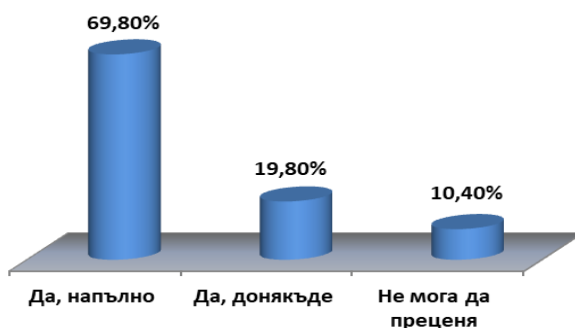


Фиг. 22. Необходимост от допълнително обучение за предоставяне на здравно-промотивни и профилактични грижи за жени в климактериум

Полученият резултат показва, че е значително висок относителния дял (93,5%) на респондентите, които желаят да повишат квалификацията си и да придобият знания за адекватно предоставяне на грижи в този период от живота на жените, и само 6,5% не смятат това за необходимо.

Реформите в съвременното българско здравеопазване са съпътствани с редица фундаментални промени и нови обществени взаимоотношения. Създаването на акушерски консултации в амбулаторните звена на извънболничната помощ са добра възможност за осъществяване на здравно-промотивни и превантивни дейности в здравето на жените в климактериум.

Проучихме мнението на анкетиранияте, дали според тях акушерските консултации са удачна форма за подобряване на качеството на живот в периода на климактериума. (фиг.23)



Фиг. 23. Акушерски консултации за жени в климактериум според мнението на респондентите

Анализът на резултатите установи, че 1/3 от респондентите считат, че акушерските консултации са удачен вариант за подобряването на качеството на живот в климактериума, 19,8% са посочили, че само до определена степен тези консултации биха имали въздействие върху жените, а едва 10,4% не могат да преценят.

Тези данни показват, че обособяването на структури в извънболничната помощ за осъществяване на здравно-промотивни дейности, извършвани от акушерките, ще задоволят повишените потребности от адекватни и съвременни грижи за жени в период на климактериума.

Оценка на симптомите

Оценка на рисковите фактори

Оценка на мотивацията и самоконтрола

Оценка на информираност и поведенчески умения

Предоставяне на акушерски грижи

Социална история на здравето на жената

- Личностна характеристика
- Социален статус
- Здравен статус
- Здравно поведение
- Начин на живот

Лична мотивация

Нагласи

Жени в климактериум

пременопауза

менопауза

постменопауз



Методи и средства

- Образователни програми
- Практически занятия и упражнения
- Въпросници за самооценяване
- Психо-профилактична и емоционална подкрепа
- Споделено вземане на решения

Мултидисциплинарен екип

МОДЕЛ ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ ПРИ ЖЕНИ В КЛИМАКТЕРИУМ

3.5. Модел за интегрирани грижи при жени в климактериум

Въз основа на анализа на български и международни литературни източници за добрата практика за опазване здравето на жените в климактеричния период, както и на емпиричните данни от настоящото проучване, разработихме модел за интегрирани грижи при жени в климактериум.

Моделът има за цел да предостави интегрирани грижи, основаващи се на холистичен акушерски подход и е насочен към физическото, психическото и социалното благополучие на жените, както и повишаване на тяхната личностна здравна мотивация и здравна грамотност. Това ще доведе до оптимизиране на качеството им на живот в климактериума.

Интегрираните грижи ще се фокусират върху здравно-промотивни, здравно-консултативни и профилактични дейности, съчетани с ценностите – уважение, комуникация, съобразяване с културните, социалните и психологическите потребности на жената, т.е. персонализирана грижа съобразно индивидуалните ѝ нужди.

Ефективното управление на модела изисква експертен опит на мултидисциплинарен здравен екип, включващ акушерки, медицински сестри, диетолози, кинезитерапевти, психолози, социални работници и др.

Мениджмънта на модела включва: разпределение на ролите, задачите и отговорностите; контрол на дейностите; осъществяване на ефективни комуникации и партньорства между мултидисциплинарния екип:

- Централното място в структурата на модела заема жената с индивидуалните ѝ характеристики и потребности
- Оценка на потребностите от грижи – на симптомите, на рисковите фактори, на мотивацията и самоконтрола, на информираността и поведенческите ѝ умения
- Обучение на акушерките за предоставяне на качествена здравна грижа
- Обучение на жените за справяне със симптомите и промените в женския организъм по време на климактериума
- Превенция и контрол на поведенческите и рисковите фактори, и свързаните с тях усложнения. Формиране на отговорно положително отношение към собственото си здраве
- Изготвяне на програми за оказване на психоемоционална подкрепа
- Изготвяне на програми за здравословно хранене и физическа активност

Целеви групи

- Жени на възраст от 40 до 60 години с/или без менструален цикъл или с климактерични симптоми
- Жени с ранна или преждевременна менопауза
- Жени с хирургическа и ятрогенна менопауза
- Жени с медико-социален и психологически риск

Методологичен подход

Основен инструмент за оценяване на състоянието на жената е медико-социалната история на здравето. Чрез нея на базата на достатъчна и надеждна информация могат да се анализират и разкриват етиологията на всяко здравно явление и патогенезата на здравен проблем, както и рисковите фактори, повлияващи качеството на живот в климактериума. Социалната история на здравето ще даде насоки за последващо определяне на медико-социалните подходи при терапията, промоцията и превенцията, и вземане на решения за справяне с негативните ефекти, както и удовлетворяване на потребностите в климактеричния период на жените.

Допълнително могат да бъдат разработени въпросници за самооценка, нагласи и лична мотивация за контрол на здравното поведение.

Ефективност и очаквани резултати

- Повишаване информираността, благосъстоянието и качеството на живот на жените в климактериум
- Жената е поставена в центъра на грижите (персонализиране), с възможност активно да участва в нея
- Цялостно предоставяне на услугите за подобряване на възприемането на климактеричния период и засилване на програмите за профилактика сред жените
- Гарантирано сътрудничество и добра координация в мултидисциплинарния екип в предоставянето на качествени грижи
- Осигуряване на организационна подкрепа в структурата на интегрирания модел
- Последователен и непрекъснат мониторинг с цел подобряване качеството на предлаганите грижи
- Осигуряване на подкрепа на жените за партньорство с екипа при вземане на решения и поемане на отговорност за тяхното здраве

Моделът ще намери приложение при разкриване на индивидуални или групови практики за здравни грижи, съгласно Закона за лечебните заведения и Наредба №1/08.02.2011г. на МЗ.[24, 189]

3.6. Учебна програма за следдипломно обучение

Във връзка с предложеният интегриран модел на грижи при жени в климактериум, разработихме и предлагаме програма за следдипломно обучение.

Програмата е напълно приложима и съобразена с нивото на теоретични познания на акушерките, получени по време на базовото им образование. Обхваща теми, които ще допълнят компетенциите им в предоставянето на здравно-промотивни и профилактични грижи, подобряващи здравето и качеството на живот на жени в климактериум.

Тема на курса на обучение:

„Съвременни подходи за оптимизиране качеството на живот при жени в климактериум ”

Времетраене на курса на обучение – 9 академични часа

Участници в обучението - акушерки, желаещи да повишат компетенциите си.

Цел на програмата

Надграждане на нивото на компетентност на акушерките в подобряване на практическата и клиничната им увереност и насърчаване на рефлексивния и прагматичен подход при предоставяне на грижи за жени в климактериум.

Задачи на програмата

- ✓ Придобиване на допълнителни познания, свързани с физическите, социално-културните и психологически аспекти на климактериума.
- ✓ Усвояване на умения за анализ, оценка и управление на проблемите, свързани с климактериума.
- ✓ Формиране на подходи в мениджмънта за индивидуални здравно-промотивни и профилактични грижи.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ

Увеличената продължителност на живота на жените в световен мащаб, както и в България, предопределя специалната значимост на преминаването им във възраст на естрогенен дефицит. Климактериумът е период, който се отразява върху качеството на живот на жените, върху психологическото и физическото им здраве, и въздейства неблагоприятно на социалното им благополучие.

Показателни са резултатите, че нивото на информираност и възприемането на промените в този етап от живота на жените са недостатъчни. Следва да се обърне внимание на здравното образование превенцията, диагностиката и лечението на симптомите, съпътстващи климактериума.

Доверието в медицинските специалисти и нуждата от извършване на консултации и споделяне на проблемите с тях, обуславя необходимостта от подготвяне на качествени кадри, които да са от полза на жените в менопауза.

Подобряване качеството на живот на жени в климактериум изисква съдействие както от медицински специалисти, така и от други интердисциплинарни области. Потребността от подобряване физическото и психическото здраве на жените, както и тяхното благосъстояние, показва необходимостта от създаване на здравно-образователни програми и прилагане на подходи, които да повишат познанията, възприятията и мотивацията за справяне с негативните ефекти в процеса на биологичната естествена промяна в условия на преход от репродуктивна към нерепродуктивна възраст.

Резултатите от анализа потвърдиха желанието на акушерките да предоставят нужната специализирана грижа и съдействие за жени в климактериум, но се отчита и необходимост от допълнително квалифицирано обучение.

Създаването на амбулаторни звена в извънболничната помощ, в които акушерките да извършват здравно-промотивни и превантивни дейности, основаващи се на холистичен подход, са добра възможност за повишаване на здравното образование, здравното поведение и благополучието на жените в климактеричния период.

ИЗВОДИ

Въз основа направения анализ на данните от проведеното емпирично проучване могат да се формулират следните основни изводи:

1. Обобщавайки акцентите на анализирания международни литературни източници, възниква необходимост от задълбочено изучаване и познаване на цялостното здраве на жените в периода на климактериума от всички здравни специалисти.
2. Забелязва се недостатъчна информираност на повечето от анкетираните жени с терминологията, етапите и проявите на климактериума, и желание за допълнителни знания, чрез участие в здравно-образователни програми.
3. Резултатите на проява на симптомите от MRS показват, че всички единадесет симптома засягат най-големия относителен дял (18,3%) от респондентите на двете групи (перименопауза и постменопауза), а само при 0,7% се отчита един симптом.
4. Средните резултати от трите подскали на проява и степен на тежест на симптомите установяват преваляване на симптомите в психологическата подскала при респондентите в перименопауза, а при жените в постменопауза с най-висока оценка са проявите в сомато-вегетативната подскала.
5. Установяват се значими статистически връзки между симптомите на психологическата, сомато-вегетативната и урогениталната подскали и възрастовото разпределение на групите, образователния ценз, семейното положение, броят на децата в семейството и работното време на анкетираните жени. Стресовите фактори оказват влияние на протичането на психологическата симптоматика при респондентите в перименопауза и постменопауза.
6. Резултатите установяват, че мнозинството анкетираните жени възприемат периода на климактериума като нормална част от живота им, но въпреки това, почти половината имат негативни очаквания за отражението на съпътстващите хормонални промени и симптоматика.
7. Преобладаващата част от респондентите в перименопауза и постменопауза посочват, че промените в този период оказват негативни последици в семейните отношения, както и при изпълнение на служебните ангажименти и социалното им общуване.

8. Данните от направеното проучване сред акушерките установяват, че 86,8% от тях имат нагласа за извършване на здравно-промотивни и превантивни дейности при жени в климактериум, а 93,2% заявяват необходимост от допълнително обучение свързано с тези дейности.

ПРЕПОРЪКИ

КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Да бъде създадена национална програма с ясна методика за анализ, оценка и мониторинг на качеството на живот при жени в климактериум, и интегриран подход за подобряване на координацията на различните участници в здравеопазната система

КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Относно възникналата необходимост от допълнителна информираност на жени в климактериум, налагането на по-чести профилактични прегледи и съгласно законовата уредба, да се обособят звена в извънболничната помощ за здравно-промотивни и консултативни грижи за жени в климактериум

КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ

Във факултетите по обществено здраве да бъде създадена програма за следдипломно обучение на специалисти, относно предоставяне на информация и подготовка за настъпващите в организма и начина на живот промени при жени в климактериум

V. ПРИНОСИ

С теоретично-познавателен характер

1. Анализирана, събрана и систематизирана е международната научната литература относно възрастта, промените и проблемите на жените в периода на климактериума, факторите, които оказват влияние върху тях, съвременните оценки за специфичното качество на живот и съвременните интегрирани модели за здравни грижи, с цел въздействие на нежеланите ефекти в тази възраст.
2. Проведено е комплексно, представително изследване на жени във възраст 40-60 години за начина им на живот, психо-социалните проблеми и е оценено тяхното соматично, психическо, уrogenитално и социално здраве.
3. Изследвани са информираността на жените за климактериума, както и възможностите за продължаващо образование на акушерките за предоставяне на здравно-промотивни и превантивни дейности в периода на климактериума.

С практико-приложен характер

1. Извършена е апробация на MRS инструмент за оценка на специфичното качество на живот в климактериума, който показва добра психометрична вътрешна съгласуваност и надеждност.
2. Предложен е съвременен модел за интегрирани грижи в първичната медицинска помощ, основаващи се на холистичен подход за физическо, психическо и социално благополучие при жени в климактериум.
3. Изработена е програма за следдипломно обучение на акушерките за надграждане на нивото им за компетентност - „Съвременни подходи за оптимизиране качеството на живот при жени в климактериум” в рамките на 9 академични час.

Публикации във връзка с темата на дисертационния труд

1. **Димитрова А.**, Б. Трайчева, Т. Веселинова, Д. Хаджиделева, Познания на жените за проблемите, съпътстващи периода на климактериума, Акушерство и гинекология, ISSN 0324-0959, София, 2018г., бр. 57, част 2, с. 3-12
2. **Димитрова А.**, И. Соколова, Д. Хаджиделева, Фактори, свързани с настъплением естественного климакса у женщин, MEDICUS, ISSN 2409-563X, Волгоград, 2018, № 6 (24), с. 27-31
3. **Димитрова А.**, Б. Трайчева, Д. Хаджиделева, Професионални нагласи на акушерките за предоставяне на здравно-промотивни дейности за жени в климактериум, Здравна политика и мениджмънт, ISSN 1313 – 4981, София, 2019, том 19, бр. 2, с. 120-124
4. **Димитрова А.**, Д. Гавраилова, Д. Хаджиделева, Социално-културни проблеми при жени в климактериум, сп. „Здравни грижи“, 2020, бр.3, с. 35-41, ISSN 1312-2592