

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

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

София 2022 г.

Съдържание

Въведение.....	5
ГЛАВА ПЪРВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	7
1. Климактериумът като феномен в живота на жените	7
1.1. Пътят от историята към науката	7
1.2. Фактори, свързани с възрастта за настъпване на менопаузата	15
1.2.1. Географски фактори.....	15
1.2.2. Етнос и раса	16
1.2.3. Конституционални и репродуктивни фактори	17
1.2.4. Наследствени фактори	18
1.2.5. Социално-икономически и екологични фактори	18
1.2.6. Стресови фактори.....	19
1.2.7. Поведенчески фактори.....	19
1.3. Промени и симптоми през климактериума и свързани с тях социални детерминанти на здравето	22
1.3.1. Хормонални промени.....	22
1.3.2. Ранни симптоми.....	24
1.3.3. Средно временни симптоми	30
1.3.4. Късни симптоми	32
1.4. Климактеричен синдром.....	33
1.5. Психо-социални и културни аспекти на климактериума	34
1.6. Сексуална дисфункция в климактериума	37
2. Качество на живот.....	38
2.1. Концепции за качество на живот	38
2.2. Качество на живот на жените в климактериум	40
2.2.1. Инструменти за оценка на специфичното качество на живот на жени в климактериума.....	40
3. Съвременни интегрирани модели и подходи в управлението на здравните грижи в първичната медицинска помощ за жени в климактериум.....	45
4. Изводи от литературния обзор.....	53
ГЛАВА ВТОРА ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	55
2.1. Цел	55
2.2. Задачи	55
2.3. Материал и методика на проучването.....	57
ГЛАВА ТРЕТА РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	66
3.1. Анализ на резултатите относно социално-демографските характеристики, начина и стила на живот и нивото на информираност на анкетираните жени.....	66

3.2. Анализ на резултатите според самооценката на респондентите относно броя на проявите и тежест на симптомите	93
3.2.1. Изследвани връзки в проучването при обобщените групи (перименопауза и постменопауза) респонденти и отделните подскали.....	107
3.3. Мнение на респондентите относно възприемането на климактериума	113
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.....	117
3.5. Модел за интегрирани грижи при жени в климактериум.....	133
3.6. Учебна програма за следдипломно обучение.....	138
ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ	139
ПРИНОСИ.....	144
БИБЛИОГРАФИЯ.....	145
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	162

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

Въведение

Демографската структура на обществото в XXI век, показва увеличаване на средната продължителност на живота на жените. Според СЗО до 2015 г., 46% от женското население на света се състои от жени на възраст над 45 години, а до 2030 година планетата ще бъде населена с повече от 1,2 милиарда жени на възраст над 50 години. Така почти една трета от живота си, жената преминава в периода на климактериума. По статистически данни в България в този възрастов период се намират над 1, 2 млн. жени, а всяка година 50-60 000 българки преминават прага на спонтанната менопауза.

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.

Качеството на живот на жените в климактериум се превръща в дискутирана тема сред медицинските и социологическите проучвания. Измерването му се извършва със специфични менопаузални рейтингови скали, благодарение на които всяка жена има възможност да оцени субективното си здраве, а специалистите да приложат различни подходи за предоставяне на здравни грижи. 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 в тази възраст. 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 негативните последици от физическото, емоционалното и социалното състояние на жените в етапите на репродуктивното стареене на жените 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.

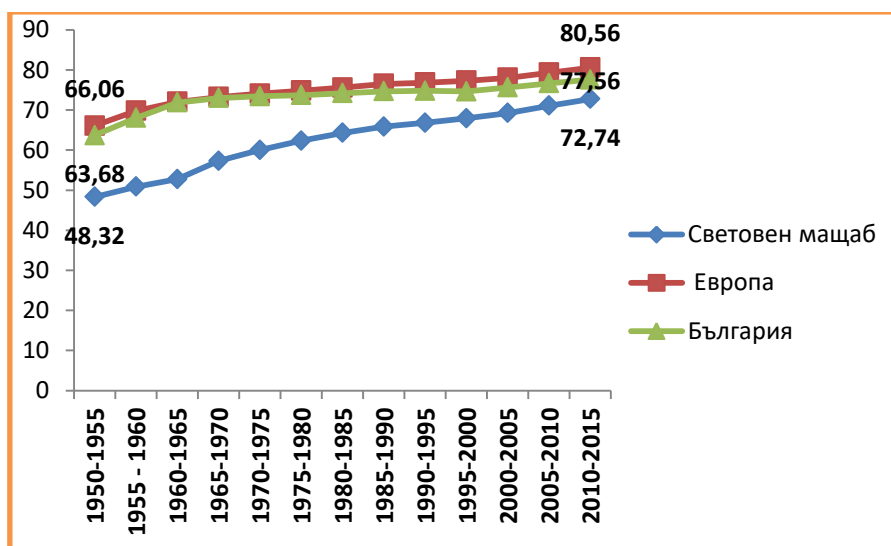
ГЛАВА ПЪРВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Климактериумът като феномен в живота на жените

1.1. Пътят от историята към науката

Жените се смятат за основа на здравето на семейството, модел за обучение и здравно управление на членовете му. Те са по-голямата част от населението. Средната им възраст и продължителност на живот е висока от тази на мъжете, но техните увреждания са по-големи, защото са изправени пред особени проблеми в резултат на природен феномен в преходния им период - климактериумът.

Особено през втората половина на XX век се наблюдава постепенно увеличаване на продължителността на живота при жените. Според данни на СЗО от 1950 - 2015 година тя е нараснала в Световен мащаб с 24,42 години, в Европа с 14,5 години, а в България с 13,88 години. Средната продължителност на живота на българките за 2015 година е 80,56 години, а над 1,2 млн. са на възраст от 40-64 години. [25, 27, 155]



Фиг. 1. Средна продължителност на живота при жените

Източник: *World Population Prospect, the 2015 Revision*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [155]

Климактериумът (преведено от гръцки klimakter – стъпало на стълба) е естествен период на преход от репродуктивна към старческа възраст (сенилиума), през който постепенно се преустановява функционалната активност на яйчниковата дейност. Настъпването, протичането и продължителността на този период са индивидуални за всяка жена. [31]

Според теорията на Дилман климактеричния период е едновременно нормално закономерно биологично явление и болестност, поради понижаване и нарушаване на жизнената способност на организма. [12]

В научната литература климактериума се разглежда като сцена на конфликти поради противоречието на две теории: естествено стареене на организма и биологичен процес, съпроводен от проявата на различни симптоми и хронични органични заболявания.

От древни времена са известни промените, които засягат жените по време на климактериума, свързани с постепенното спиране на менструалната функция. Въпреки, че тези промени са пренебрегвани и подценявани през различни епохи както от самите жени, така и от медицинските специалисти, те са представлявали интерес за историческите, литературните и културните проучвания на изследователите.

Първите проучвания датират в египетските папируси, където жените в климактериум са определяни като „бели” жени, а „червените”, които са били в менструация. В египетската династия Раригус XVIII, Еберс подробно описва чувствата на жената по време на климактериума, като сравнява топлите усещания със зачервяване на лицето. [49]

В древна Гърция, Хипократ споменава в писанията си за прекратяване на менструацията, а Аристотел в 322 г. пр. н. е. описва в творбата си – „Historia Animalium“ /История на животните/, спирането на менструацията около 50 годишна възраст. [107]

Римският генерал Флавий Аеций на Амида в VI в. пр.н.е. посочва, че менструацията спира до 50 г., т.е. от древни времена съществува съгласуваност между авторите във връзка с възрастта на прекратяване на менструацията. [133, 163]

В книгата „Битие”, в главата за сътворението на света, е описана историята на трите ангели, посетили Авраам и безплодната Сара, за да възвърнат загубената ѝ репродуктивна способност и да роди обещания от „Бога син”, тъй като тя била на 90 години.

В древността отношението към жената, навлизаща в климактериума е свързано с издигане на нейния социален статус и увеличаване на гражданските ѝ права. При ирокезите, жените изгубили способността си да зачеват, имали значителни правомощия и упражнявали политическа власт, като се считали за равнопоставени с мъжете в процес на вземане на решения. В ислямския свят менструиращите жени са смятани за „нечисти” и им било забранено да влизат в джамии, и да получават входни визи за посещения на Мека и Саудитска Арабия. В редица етнически групи в Африка, жените в климактериум се превръщали във водещи личности в племенната единица и ръководители на семейството. В Танзания само жените в менопауза били ангажирани в събиране на плодовете и набавяне на храна за младите в семейството. [31]

През Средновековието феодалните общества считат за неблагоприятно и зло явление менопаузата при жената. Например компенсацията за смъртта на бременна жена била по-голяма или равна на тази на войник, но ако това са жени в климактериум, сумата намалявала значително.

През четиринадесети век жените в постменопауза са описвани от френските поети като „изсъхнали и немощни”, а описанието на телесните им промени се свързвали с възпроизводството. Грансоа Вийон създава

портрети на жената като „бившата красавица” и „старицата сега”. В „Смъртта на Адам” Пиер де ла Франциско рисува образът на Ева с отпуснати гърди и гърбица като доказателство за времето на нейната възраст. [164]

В обществата, в които загубата на детеродната способност се отразявала отрицателно върху престижа и положението на жената, климактериумът е нежелателно явление. Индианките в Гватемала, пиели специална отвара, за да изглеждат все още млади и да имат менструално подобни кръвотечения, а навлизането на съпругата в климактериум давала право на съпруга ѝ да сключи нов брак с жени, имащи репродуктивна способност.

Всички описания и изображения на жените в периода на късното Средновековие и Възраждането са идентифицирали жените в климактериум с ялната визия на вещици. Заимствани са им зли дела, за да не бъдат обичани, уважавани и консултирани от натрупаните през годините болести. [49]

В някои култури и общества липсва терминология и само с един израз определяли климактериум, пуерпериум и бременност. [31]

В Европа през 1729 г. според Джон Фреинд спирането на менструацията става на възраст около 49 години. [88]

По време на Френската революция, положението на жените в съда и обществото зависело главно от външния им вид, атрактивност и сексуална способност, а климактериумът се приемал като синоним на социална смърт. Усилията на много от тези жени да поддържат предишното си състояние са били критикувани от лекарите като „несериозни” и „опасни ” от използването на неподходящи „лекарства”.

През 1780 година в Кралската академия на Испания климактериумът при жените се определя като „съдбоносно суеверие в годините”, а в

осемнадесети век съществуват вече научни публикации, свързани с възникване на менструални нарушения и кървене. [118]

В началото на деветнадесети век фокусът се променя като започват да се забелязват и други придружаващи симптоми, като например промяна на темперамента и психологически симптоми. През 1816 г. за първи път във Франция Де Гардан въвежда в медицинската литература термините „менопауза” и „критическа възраст”. Той забелязва, че някои жени в този критичен момент от живота си са „подложени на болки и виене на свят, истерични разстройства и женска слабост. Оплакват се от болки в крайниците и често затопляне на кожата, изпотяват се нощем и стават меланхолични”. [103]

Друг френски лекар Марк Де Лсер казва, че жените в тази възраст престават да съществуват за околните, а само за себе си. [105]

В 1857 година британският лекар Едуард Таилт написва книгата ”Промяната на живота”, в която описва широк кръг от болестни състояния, причина за които е темперамента, като казва, че „жените с нервен темперамент са склонни да страдат от различни форми на лудост”. Зигмунд Фройд ги описва като ”свадливи, упорити, дребнави, садистични и невротични”. [60]

През 40-те години на двадесети век се явяват няколко учени, които изучават менопаузата и здравето на жените и дискутират благоприятния ефект на хормоно-заместителната терапия. Сред тях са Бенджамин Грийнблат/1987г./ и Фулър Олбрайт /1995г/, които демонстрират за първи път влиянието на естрогените извън репродуктивните функции при жените. [31, 86, 91]

Трябва да се подчертае, че направените исторически проучвания доказват наличието на ограничени данни за оценка и управление на симптомите и другите аспекти на климактеричния период. Същевременно

важността на тази възраст определя ролята на жените и културните ценности във всяко общество.

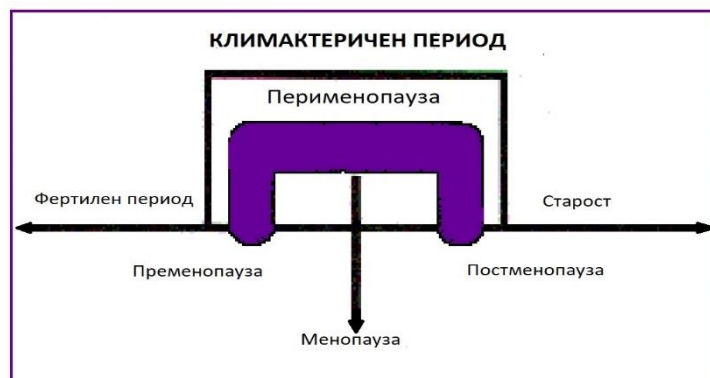
През 1996 г. научна група на СЗО дава следната терминология за този период:

- **Пременопауза** Обхваща периода 1-2 години преди менопаузата до последния менструален цикъл. Наблюдават се ендокринни и менструални промени, изявяващи се с нередовни менструации, дисфункционални маточни кръвотечения, намален фертилитет и някои субективни оплаквания.

- **Естествена (физиологична) менопауза** - /от гръцката дума менос-месец и pausis-спирам/, обхващаща периода от последното маточно кръвотечение, след което в продължение на 12 месеца не настъпва менструация, вследствие отпадането на фоликуларната активност на яйчниците. Естествената менопауза настъпва обикновено между 45 – 55 години. Проблемът менопауза се развива паралелно с удължаване продължителността на живота и повишаването на жизнения стандарт, здравния и социален статус на жените.

- **Перименопауза** или менопаузален преход – обхваща периода от последните 3-12 месеца преди настъпването на менопаузата / с началните ендокринологични, биологични и клинични признаци/ и една година след последната менструация.

- **Постменопаузата** е преходният период, който се отбелязва след настъпването на последната менструация и трае поне още 10 години. Характеризира се с постоянна аменорея и необратима фоликуларна недостатъчност с продължителен стерилитет.



Фиг. 2. Етапи на климактеричния период

За епидемиологични проучвания редица автори използват следните термини за определяне на менопаузалния статус:

- **Индуцираната менопауза** представлява окончателно прекратяване на менструацията след двустранна оофоректомия или ятрогенна аблация на овариалната функция (например химио- или лъчетерапия и др.).
- **Презривременна** - менопаузата настъпва на възраст на или под 40 години.
- **Ранна** е естествената или индуцираната менопауза, която възниква значително по-рано от средната възраст на която обичайно настъпва естествена менопауза, т.е. на възраст на или под 45 години.
- **Ранна постменопауза** е периодът от време в рамките на 5 години след последния менструален цикъл, произтичащ от естествена или индуцирана менопауза.
- **Късна постменопауза** - обхваща периода от 5 до 10 години след настъпване на менопаузата. [13, 17, 20, 30, 32, 33, 123, 150]

На базата на продължителни проучвания върху хипоталамусната, хипофизната и яйчниковата функция през последните 10 години, тази класификация е актуализирана от работна група на IMS (International Menopause Society), която проследява етапите на остаряване на

репродуктивната система STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop +10).

Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					<i>Perimenopause</i>					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/Length	Variable Length Persistent ≥ 7 -day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥ 60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	\uparrow Variable* Low Low	\uparrow >25 IU/L** Low Low	\uparrow Variable Low Low	Stabilizes Very Low Very Low		
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms <i>Likely</i>	Vasomotor symptoms <i>Most Likely</i>			<i>Increasing</i> symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2-5 \uparrow = elevated
 **Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard⁶⁷⁻⁶⁹

/The Stages of Reproductive Aging Workshop + 10 staging system for reproductive aging in women/

Фиг. 3. Етапи на репродуктивното стареене при жените
Източник: National Center for Biotechnology Information [177]

От клинична гледна точка се определят няколко етапа на менопаузален преход, включително менархе, репродуктивна възраст и етапи на перименопаузата и менопаузата. Според класификацията, в етапа на перименопаузата, менструалните цикли се удължават или скъсяват със седем дни, а с напредването в този етап аменореята е шейсет и повече дни в рамките на две-три години. Менопаузата се характеризира с аменорея в продължение на една година. Ранната постменопауза продължава с аменорея от две до шест години, а след тази фаза настъпва късната постменопауза (оставащ живот в години). За описване на етапите са използвани биохимични, визуализационни и описателни критерии (симптоми), индивидуални за всяка жена, свързани с нейната възраст. Тази стандартизирана система има значителен принос за изследване на

цялостното здраве на жените и отчитането на симптомите. Освен това последователното персонално класифициране допринася за точна прогноза за хронологичната възраст на жената и времето за настъпване на перименопаузата, менопауза и постменопаузата. [178, 179]

Научните проучвания в световен мащаб, основаващи се на индивидуалните биомедицински характеристики, определят този стандарт за „златен“ в клиничната диагностиката и терапевтичното поведение на специалистите, ангажирани с опазване на здравето на жената.

1.2. Фактори, свързани с възрастта за настъпване на менопаузата

Според редица автори за средна възраст за настъпване на менопауза се приема възрастта, при която менструацията се прекратява при 50% от всички жени. [31] Съществуват редица проучвания, които насочват към различни фактори, оказващи влияние на възрастта за настъпване на менопаузата. Такива могат да бъдат: расови, етнически, географски, конституционални, наследствени, различни заболявания, радиация, лекарствена терапия, стил на живот – стрес, физическа активност, хранително поведение, тютюнопушене, алкохол, сексуален живот, културни и личностни нагласи, работна, семейна, обществена среда и др.

1.2.1. Географски фактори

Географски относително по-рано менопаузата настъпва в страните от Африка, Латинска Америка, Азия и Близкия Изток (44-49 г.), докато в Европа, Австралия и САЩ е от 50-53 години. Тя настъпва на различна възраст в различните страни: в Европа варира от 50,1 до 52,8 години, в Северна Америка от 50,5 до 51,4 години, в Латинска Америка от 43,8 до 53 година, и в Азия от 42,1 до 49 години, в Австралия от 49,5 до 51 години. [15, 37, 66]

Според проучване, направено на 6017 жени, спирането на менструацията (менопауза) при българките настъпва средно на 49,3 години. [59] По-съвременни данни доказват, че средната възраст за настъпване на менопаузата в света е 51 години, а в България средно 47 години. [19]

Проучвания за влиянието на надморската височина на възрастта на менопаузата сочат, че жените, които живеят на голяма надморска височина над 2000 метра в Хималаите или в Андите на Перу, са подложени на естествена менопауза и от 1 до 1,5 години по-рано, отколкото тези, които живеят под 1000 метра над морското равнище. Описана е средна възраст на менопауза на 46 години за живеещи на 3600 метра над морското равнище в Хималаите. [48, 101]

1.2.2. Етнос и раса

Различията в етническия произход се отразяват незначително, когато условията на живот на съответните групи се унифицират. Поради недостатъчни данни и методически различия, не е направена систематична оценка на етническите и расови различия във възрастта на менопаузата. Редица проучвания установяват незначителна разлика. Средната възраст на менопаузата сред жените от бялата раса в индустриализираните страни варира между 50 и 52 години. В етносите на Южна Африка, Индия и Нова Гвинея менопаузата настъпва по-рано, в сравнение с Европа и Южна Африка. [88] Изследване, проведено в седем американски центрове и пет расови / етнически групи в Съединените щати при жени с естествена менопауза показва, че при цветнокожите менопаузата настъпва 6-12 месеца по-рано от бялата раса. Относно етническите различия, изследванията показват че при афро-американките менопаузата настъпва осем месеца по-рано в сравнение с жените от бялата раса. [87, 98, 137]

1.2.3. Конституционални и репродуктивни фактори

Конституционално свързаните телесна маса и склонност на натрупване на мастна тъкан между 40-60 години също оказват влияние върху възрастта на настъпване на менопаузата. С постепенното отпадане на функцията на яйчниците, се увеличава относителния дял на естрогените, произвеждани от периферните тъкани (мастна, мускулна). В резултат на това при жени с по-висок ВМІ менопаузата настъпва с няколко години по-късно в сравнение с тези с недоимъчно хранене. [61] При жени с наднормено тегло в Нова Гвинея менопаузата настъпва 3,7 години по-късно в сравнение с жените с недоимъчно хранене. [88] В редица проучвания, ВМІ (тегло в килограми / височина в метри²) и физическата активност не са свързани с възрастта на природната менопауза, въпреки че някои изследвания установяват, че жените с по-нисък ВМІ имат по-ранна естествена менопауза. Производството на естрон в мастната тъкан, която е по-голяма в по-пълни жени, може да доведе до по-високи нива на циркулиращите естрогени, които да допринесат за по-дълго репродуктивно функциониране. Затлъстяването, обаче, се свързва и с недостатъчна функция на яйчниците. [76, 116] Достигането на ранна репродуктивна възраст (менархе) обикновено се свързва с по-късна менопауза. По-кратките менструални цикли (под 26 дни), корелират с по-ранна, средно с 1 година и четири месеца менопауза. [30, 48, 118,129, 146]

Бременностите и ражданията влияят върху настъпването и протичането на климактериума, като се приема, че високият паритет се свързва с по-късната последна менструация. От друга страна нераждалите жени посочват по-малко климактерични симптоми, а менопаузата при тях се наблюдава по-рано, т.е. налице е една бимодална зависимост на явлението от фактора фертилитет. За раждали жени, възрастта на природна менопауза настъпва значително по-късно, отколкото за нераждали жени.

[20,61,64,76] Проучване при европейските жени установява идентифицирани 6 единични нуклеотидни полиморфизми в 3 локуса на хромозоми 13, 19, и 20, свързани с възрастта на природна менопаузата. [139]

1.2.4. Наследствени фактори

Настъпването и протичането на климактериума е свързано с наследствените особености. Резултати от семейни и единични проучвания доказват, че фамилните и генетични фактори играят важна роля, с оценки на наследствеността, вариращи от 30% до 85%. В сравнително голямо кохортно проучване сред британски жени е установена връзка във възрастта за настъпване на естествена менопауза между майките и дъщерите. Шансът дъщерите да наследят от майките си възрастта на менопаузата надхвърля 50%, а близначките, при сродни условия на живот, достигат менопаузата на една и съща възраст. Установеното положително съотношение за настъпване на менопауза между майки и дъщери в холандско проучване доказва, че полиморфизми на ген-естрогенния рецептор се свързва с по-ранната естествена менопауза. [73, 114, 120, 147, 149]

1.2.5. Социално-икономически и екологични фактори

Някои проучвания показват, че при жените, които живеят в развиващите се страни естествената менопауза настъпва няколко години по-рано от тези в развитите страни. Доказано е, че при жени, които живеят в градовете естествена менопауза настъпва по-късно, отколкото при жени, населяващи селските райони. Някои изследвания показват, че по-ниските степени на образование и социално-икономически статус са свързани с по-ранна възраст на менопауза. Омъжените жени съобщават по-късна менопауза с около 1 година в сравнение с разведените и овдовелите. U. Stepaniak и сътр. в проучване на населението от три града на Източна и

Централна Европа отчитат, че при вдовици менопаузата настъпва в по-ранна възраст. [48, 61, 76, 120, 137]

Експозицията на околната среда може да бъде свързана с ендокринни нарушения, които се отразяват на възрастта за настъпване на естествена менопауза. Установено е, че някои химически фактори също допринасят за настъпване на по-ранна менопауза. След експлозия в химически завод в Севезо (Италия) и въздействието на високи дози на диоксин и халогенни съединения, е установена промяна във функциите на яйчниците при жените и в последствие прекратяване на менструацията в по-ранна възраст. [75]

1.2.6. Стресови фактори

Различни стресови фактори, свързани с имуномодулаторните процеси, които нарушат женското хормонално регулиране и намаляват половите хормонални нива, са също предиктор за ранна менопауза.

Проучване на J. Bromberger и сътр. сред 185 афро-американски жени на възраст 40-60 години доказва, че високото и продължително ниво на стрес ускорява с около 5 месеца настъпването на менопауза. [61]

Британско проучване доказва, че при деца на разведени родители, естествената менопауза настъпва на по-ранна възраст, поради стресови житейски ситуации, което предполага, че може би маркерите в детството могат да определят не само възрастта при естествена менопауза, но и да предскажат неблагоприятни здравни резултати, свързани с ранното ѝ настъпване. [70, 75, 120]

1.2.7. Поведенчески фактори

Тютюнопушенето увеличава вероятността за настъпване на по-ранна менопауза, като броят на изпушените цигари изглежда е решаващ. Менопаузата при жени, които пушат настъпва 1-2 години по-рано в сравнение с непушачите, поради въздействието на полицикличните

ароматни въглеводороди в цигарения дим, които са токсични за яйчниковите фоликули. С една година по-рано настъпва менопаузата при пушещите над 20 цигари дневно, а с две години по-рано за тези, които пушат над 35 цигари на ден. Пушенето понижава нивото на естроген в кръвта. [30, 136] След проведен мета-анализ на 11 проучвания в база данни в публичната литература, L. Sun и сътр. съобщават, че тютюнопушенето корелира с повишен риск от настъпване на ранна естествена менопауза, особено когато то е започнало в млада възраст. [141]

Физическата активност е свързана с редица промени в хормоналните параметри (естрадиол, прогестерон, пролактин, ЛХ и ФСХ). Концентрациите на тези хормони са по-ниски при физически неактивните жени. Това е причина за настъпване на менопаузата в по-късна възраст при жени, които спортуват. Въпреки, че физическата активност е свързана с нивата на репродуктивните хормони и честотата на овулациите, някои проучвания доказват, че упражненията не оказват влияние на възрастта за прекратяване на менструацията, а по-скоро са свързани със свободното време. [76, 88] В проспективно проучване сред 3435 жени с високи нива на физическа активност, проследявани приблизително 12 години, са установени 124 случая на ранна менопауза, а изследване на 1829 жени в Осло доказва прекратяване на менструацията при 9,6% от кохортата при по-слабо активните. В друго мащабно проучване на Z.Mingfei и сътр. не се установява статистическа връзка между физическата активност и настъпването на ранна менопауза. [165]

Констатациите по отношение на връзката на *хранителните навици* и възрастта за настъпване на менопаузата са противоречиви. При вегетарианците се наблюдава такава ранна промяна, но при японски жени, с висок прием на зеленчуци със зелен и жълт цвят, менопаузата настъпва

по-късно, отколкото при други, консумиращи храни, богати на мазнини, холестерол и кафе. [88]

Проучване на 5000 германски жени доказва, че повишения прием на въглехидрати и зърнени продукти, водят до по-ранна менопауза, а друго проучване на жени в Шанхай установява, че късната възраст на менопауза корелира с ограничена консумация на калории, плодове и протеини. [76] Повишената консумация на алкохол е свързана с по-късната възраст за настъпване на менопауза. Мета-анализи на три проспективни проучвания установяват, че при жени, които консумират от една до три алкохолни напитки седмично в умерени дози до 30 милилитра, менопаузата настъпва с 1,3 години по-късно. [61, 145]

Независимо, че различните фактори оказват влияние на възрастта в която настъпва менопаузата, то с увеличаване на средната преживяемост около 1/3 от жизнения цикъл на съвременната жена се покрива от постменопаузата. През 1990 г. жените на възраст над 50 години в световен мащаб са наброявали около 467 милиона, а прогнозите за 2030 г. сочат, че те ще достигнат 1,2 милиарда.

Постменопаузалните жени в индустриално развитите страни през 1990 г. са 40%, а в развиващите се страни – 60%. Очакванията за 2030 г. са спадане до 24% , за сметка на 76% на жителките на развиващите се страни, от които само 23% в Китай. Около 25 милиона жени в света достигат климактериум през 1990 г., а в края на 20-те години на XXI век тяхното число по прогноза ще се удвои. [20, 46]

В България жените в прехода на климактериума са 1 200 000. Ежегодно 60 000 българки преминават прага на спонтанната менопауза, а около 4 000 влизат в нея по хирургичен начин. [33] Перспективите в глобалната демографска обстановка определят все по-голямото значение

на профилактиката и превенцията на специфичните промени, както и здравни рискове в този период при жените.

1.3. Промени и симптоми през климактериума и свързани с тях социални детерминанти на здравето

В климактериума настъпват физиологични, психологически социални и сексуални промени, свързани с редица фактори –културни, икономически, образователни, поведенчески, стресови, генетични, репродуктивни, трудова заетост, социално взаимодействие и подкрепа и др.

Климактеричният период на естрогенни промени предизвиква поредица от множество краткосрочни, средносрочни и дългосрочни оплаквания и симптоматични прояви, които се отразяват неблагоприятно на качеството на живот на жените.

1.3.1. Хормонални промени

Функционалната активност на системата хипоталамус-хипофиза-яйчник е различно изразена в отделните периоди на живота на жената. През климактериума тя се характеризира с някои особености, които я отличават от репродуктивната възраст. Първопричина за настъпващите промени в женските полови хормони е намаляването на броя на наличните фоликули, които търпят обратно развитие, а след 38-40 годишна възраст този процес е значително ускорен. [8, 33] Като последица от това спада общото количество на естрадиола, прогестерона и инхибина в организма. Нарушават се механизмите на обратна връзка между яйчниците, хипоталамуса и хипофизата. Изменя се секрецията на гонадотропните хормони – ФСХ (фоликулостимулиращ хормон) и ЛХ (лутеинизиращ хормон). [83]

В ранните фази на пременопаузата се появяват първите признаци, говорещи за увреждане на системата. Продължителността на менструалния цикъл е нормална или леко скъсена в резултат на скъсената фоликуларна фаза. Намаленият брой яйчникови фоликули води до понижена секреция на инхибин и тенденция за покачване на ФСХ, която се запазва през целия перименопаузален период. В по-късните фази на пременопаузата настъпват явни нарушения в менструалния цикъл, като се редуват продължителни и кратки интервали на цикъла. Причината за това е неправилното съзряване на останалите функционално активни фоликули. Повишават се нивата на ФСХ във фоликуларната фаза и се понижават прогестероновите нива в лутеиновата фаза. Спадат естрогенните нива, като серумния естрадиол бележи трайна тенденция на понижаване, но се произвежда в по-малки количества в други области на женското тяло, като мастни клетки, надбъбречни жлези, в чревния тракт. В пременопаузата не се наблюдават съществени промени в андрогените и пролактиновата секреция.

В постменопаузата серумната концентрация на естрадиола остава трайно ниска и той започва да се произвежда не във фоликулите, а чрез синтеза на андрогени в мастната тъкан. Прогестеронът е с надбъбречен произход и в ниски концентрации. Нивата на андрогените не се променят драматично, а тестостеронът продължава продукцията си в яйчника, като половината от количеството му се секретира от надбъбречната кора. До третата година след менопаузата нивото на ФСХ продължава да се покачва, за да остане трайно висок след този период. [15, 17, 30, 31, 37, 47]

Очертават се следните тенденции на преход, характеризиращи климактериума:

- Намаляване на фоликулите, към тотално изчерпване
- Редуване на овулаторни с ановулаторни цикли

- От регулярен менструален цикъл, през напълно скъсяване, по-късно удължаване, към аменорея
- Повишено отделяне на гонадотропни хормони /ФСХ и ЛХ/ и дефицит на естроген
- Морфологични промени с тенденция към атрофия [30, 31]

Хормоналните промени в климактериума, обикновено са придружени с комплекс от вегетативно-съдови, метаболитни, ендокринни, психо-емоционални разстройства в продължение на период от време, докато тялото се приспособи към естрогенния дефицит. [32, 87] Проучвания доказват, че промените в нивата на женските полови хормони са свързани с тютюнопушене, затлъстяване, стрес и сексуални нарушения. [57, 71, 90]

С навлизането в климактериума в резултат на отпадане на яйчниковата активност и възрастовата инволюция, в близо 80-85% от жените се появяват различни по степен субективни оплаквания и патологични процеси. Симптомите във възрастта на прехода се разделят на ранни, средновременни и късни, според честотата и тежестта им на проява. [30]

1.3.2. Ранни симптоми

Промени в менструалния цикъл

Един от най-честите симптоми, сигнализиращ за настъпването на климактериума е промяната в характеристиките на менструалния цикъл, който се счита за начало на пременопаузата. Някои жени имат минимални проблеми с анормално кървене по време на перименопаузата, докато други имат непредвидимо, прекомерно кървене. Според някои проучвания повече от 90% от жените имат менструални нарушения и само 12% от тях имат внезапна аменорея. Промените обикновено започват с полименорея, което означава редица по-чести цикли, след което се появява

олигоменорея, показваща цикли от повече от 35 дни и накрая се появява аменорея, което сигнализира за окончателно спиране на менструацията. [49]

Според Е. Рачев няма "нормален" модел на кървене по време на перименопаузата и моделите варират при различните жени. Обичайно е за жените в перименопаузата да получат менструално кървене след няколко месеца без такова. Също така няма строго определен период от време, който е необходим на една жена, за да завърши прехода към менопауза. [32]

Менструалните аномалии, които започват с пременопаузата и перименопаузата, също са свързани и с намаляване на плодовитостта, тъй като овулацията е станала нередовна. Въпреки това, жените, които са в перименопауза, все още могат да забременеят, докато не са достигнали до същинската менопауза. [64]

Вазомоторни симптоми

Нервно-вегетативните прояви (горещи вълни, нощни изпотявания, главоболие, световъртеж, тахикардия, повишаване на артериалното налягане) се срещат при 70-80% от случаите и започват преди последната менструация, но тяхната честота и интензивност са най-големи през първите няколко години след нея. При 30-50% от жените оплакванията могат да бъдат в тежка степен. [20, 87, 125]

Въпреки богатата палитра на нервно-вегетативните разстройства, с най-голямо значение са горещите вълни и нощните изпотявания. [54]

● Горещи вълни и нарушения на съня

Горещите вълни се появяват при 40 % от жените с редовна менструация във възрастта 40-50 години и могат да започнат преди менструалните нарушения, характерни за началото на климактериума. [37]

Съществуват редица проучвания, които доказват, че при 80% от жените горещите вълни продължават повече от година, при 25 - 50% се изявяват в период от пет години, а при около 15 % от жените горещите вълни могат да продължат дори над 10 години. [20, 54, 87]

Горещата вълна е усещане за затопляне или парене, което се разпространява по тялото и често е най-силно изразено в главата и гърдите. Понякога горещата вълна е свързана със зачервяване и в някои случаи последвана от изпотяване. По време на това усещане се наблюдават промени в съдовете на кожата. Кожната температура се увеличава на съответното място с 2-5°C. При някои жени вълните се последват от студени тръпки. [8, 30, 49]

Горещите вълни често причиняват неудобство и дискомфорт, както и нарушения на съня и емоционална лабилност, особено ако те са интензивни и се появяват често. Обикновено продължават от 30 секунди до 10 минути и се появяват с различна честота - на всеки час, на всеки няколко дни. Средната продължителност е 2-3 минути. Интензивността на горещите вълни може да варира от лека до много силна. Броят на „горещите вълни“ до 10 на ден не обезпокояват общото състояние и не влияят на работоспособността на жените. Въпреки, че точната причина за горещите вълни не е напълно изяснена, се смята, че се причиняват от лабилност на терморегулационния център в хипоталамуса, в следствие на понижение нивата на естроген и прогестерон. [17, 55, 80]

При проведен от A.Ziv-Gal и сътр. систематичен преглед на 111 проспективни проучвания в база данни PubMed, изследващи връзките между рисковите фактори и горещите вълни при жени в различни етапи на климактериума, резултатите доказват свързаност с наднормено тегло, тютюнопушене, употреба на топли напитки и определени храни, алкохол и евентуално кофеин, температура на околната среда, стрес и тревожност, и

липса на физическа активност. Възможни причини за разпространението и степента на проява на горещи вълни са ниски нива на образование, репродуктивна история, хормонални концентрации, расова и етническа принадлежност. Установена е и тяхната по-честа и по-тежка проява през нощта. [166] При мета-анализ на данни от 24 проучвания, Fiona C. Baker и сътр. съобщават, че проблемите със съня се срещат при 56% в пременопауза и менопауза, а 31% в постменопауза. Доказана е двупосочна връзка между трудното заспиване, честите събуждания и безсънието с репродуктивната история, наднорменото тегло, настроението, стресовите житейски преживявания, липса на подкрепа в трудовата среда. Жените с по-високо образование, финансова стабилност и задоволителен брак изпитват по-малко нарушения на съня. Установена е свързаност с расата и етническата принадлежност: жените от бялата раса са с повече нарушения на съня, в сравнение с цветнокожите жени. [87, 169]

- **Главоболието** може да бъде причинено от различни фактори, като например напрежение в мускулите, прекалена употреба на алкохол или хормонален дисбаланс. [71] Виенето на свят с преходен световъртеж, придружени с чувство на замаяност или нестабилност, оказват влияние върху ежедневноста дейност и професионалния живот на жената. [31] Проучване при 1436 жени в климактериум на възраст 40-60 години установява, че 69% съобщават за поне едно главоболие през годината, а 16,5% са диагностицирани с мигрена. Жените със спонтанна менопауза съобщават за разпространение на мигрена от 11%, а при тези в пременопауза и перименопауза интензивната пулсираща болка в главата се среща в 17%. Делът на респондентите с главоболие е по-голям в групата с перименопауза (41%), отколкото тези в пременопауза (13%) или постменопауза (17%). [154]

● **Нощните изпотявания са** класифицирани, като сериозни горещи вълни, които се случват по време на сън, придружени от силни пристъпи на изпотяване. Тези нощни изпотявания могат да варират по тежест от леки до силни, причинени от хормоналния дисбаланс в съчетание с фактори на околната среда. Жените с нощно изпотяване показват значително по-високи нива на стрес, тревожност и депресивно настроение и нарушения на съня. Освен това ежедневната консумация на алкохол, описана като навик, увеличава вероятността от често нощно изпотяване. [55]

Емоционални и когнитивни симптоми

Промените в производството на хормони оказват влияние върху психическата устойчивост на жените по време на климактериума. Още през XIX век е установено, че психичните симптоми и заболявания зачестяват в този възрастов период и се проявяват в около 68-76% от жените чрез различни психични реакции и настроения.[46]

Жените в перименопауза често съобщават за различни когнитивни и/или емоционални симптоми, включително умора, проблеми с паметта, депресия, раздразнителност, тревожност, нервност, нарушения на съня (включително безсъние), загуба на концентрация и резки промени в поведението и настроението. Трудно е да се определи точно кои поведенчески симптоми се дължат пряко на хормоналните промени в климактериума. Нощното изпотяване може също да допринесе за чувство на умора и отпадналост, които от своя страна могат да имат ефект върху настроението и когнитивните функции. Но нарушения на съня са често срещани, дори и сред жените, които нямат горещи вълни. Стресът от ежедневието също може да допринесе за нарушаването на съня. Освен това, много жени могат да изпитват други промени в живота по време на перименопаузата или след менопаузата, като стресови житейски събития, които могат да причинят и емоционални симптоми. [20,30]

Тези смущения (раздразнителност, емоционална лабилност, нарушения в паметта, затруднения в концентрацията, понижена работоспособност, липса на мотивация, депресия и др.) заемат съществена част от симптоматиката на климактериума. В Съединените щати около 20% от жените в този период от живота си страдат от депресия. [82] Според проучване сред населението в Холандия, 2103 жени са били помолени да оценят наличието на симптоми на депресия, преди настъпване на менопаузата и 3,5 години по-късно. Резултатите показват, че жените изпитват в по-висока степен симптоми на депресия през менопаузалния преход. [84] В Харвард са изследвани жени на възраст от 36-44 години, преди менопауза, без анамнеза за тежка депресия и са проследени в продължение на 9 години, при което са установени пристъпи на тежка депресия. [68] Проучвания в Русия показват наличие на тревожност и фобии, нервно-вегетативни промени, депресивни състояния, психосоматични промени и други симптоми, които са по-характерни през климактеричния период. Афективната психоза и невротичната депресия са привилегия на жените от 40-50 годишна възраст. Следователно при жени, които са влезли в перименопауза, вероятността от значими депресивни симптоми е два пъти по-висока. [15, 20]

Човешкото поведение е сложен феномен, който не може да бъде вкаран само в хормоналната рамка на климактериума, а е важна и ролята на психо-социалните фактори (образование, социална среда, стрес и др.). В тази възраст жените са изправени пред редица стресови предизвикателства – промяна в социалните роли, освобождаването от грижите за децата, намаляването на ежедневните и семейни задължения, болест на партньор, смърт на възрастни родители, които могат да подсилят често състоянието на безперспективност и безнадеждност. [85] Както в по-примитивните общества, така и в съвременното развито общество,

успоредно с нарастващия авторитет и обществена роля, жената изживява отрицателно напускането на децата от семейството и това коренно преобразува семейния ѝ живот, описано като „синдром на празното гнездо”. [31, 133]

Честотата и степента на проява на психоемоционалните симптоми нарушават интерперсоналните отношения в семейството, на работното място, в обществения живот. Понижена е дееспособността и работоспособността, проявяват се неадекватни реакции, усложняващи ежедневието на жената. [60]

Преобладаването на депресивна симптоматика може да доведе до отключване на непрогнозирани реакции, социални конфликти, които да се отразят негативно на протичането на някои соматични заболявания. [84]

1.3.3. Средно временни симптоми

Възникват от 2 до 4 години след настъпване на менопаузата.

Процесите на стареене оказват своето въздействие върху целия организъм, включително и при жени (10-20% от случаите) без съществени субективни оплаквания. Голяма част от промените се дължат на настъпващата генерализирана атрофия на съединителната тъкан – кожата застарява и намалява своята разтегливост и тургур, става суха и се появяват бръчки. Друг характерен симптом е косопадът и чупливите нокти. Млечните жлези намаляват своите размери - изчезват алвеолите, свиват се жлезните дялове, а съединителната тъкан, която обгражда жлезните канали, се превръща във фибозна. [17,30] Менопаузата сама по себе си не е рисков фактор за рак на гърдата. Над 70% тази диагноза се поставя при жени на 50 или повече години и по този начин жените в постменопауза имат по-висок риск от жените в пременопауза. [65]

Епидемиологични проучвания установяват набор от относително убедителни рискови фактори, като: фамилна анамнеза за рак на гърдата,

наследствени генетични аномалии; нисък паритет и кърмене, по-висок ръст, по-висок социално-икономически статус и по-напреднала възраст. В допълнение, някои вероятни рискови фактори са: диета с нисък прием на плодове и зеленчуци или с високо съдържание на месо/мазнини, по-висока консумация на алкохол, висок индекс на телесна маса след менопаузата (ИТМ), липса на физическа активност/упражнения. [85,94, 116]

Урогенитални симптоми

Няколко години след менопаузата се появяват атрофични промени в урогениталния тракт. Те включват развитието на уринарна инконтиненция, дизурия, рецидивиращи инфекции, вагинален дискомфорт. [17]

Естрогенният дефицит повлиява тъканните структури на влагалището. То става по-тясно и по-късо във връзка с нарастването на съединителна тъкан. Намалването на гликоген намалява влагалищната киселинност и ограничава производството на лактобацили, което води до повишаване на вагинална сухота и е причина за сексуални нарушения, изпитване на дискомфорт и страх от полов контакт. Атрофичните промени на епитела на уретрата и пикочния мехур поради намаляването на гладкомускулна и епителна тъкан, увреждат уретралния поддържащ апарат. Това води до неадекватно изпразване на пикочния мехур и е предпозция за развитие на чести уринарни инфекции. [37]

Жените са притеснени и от урогенитални нарушения: сухота, сърбеж и парене във влагалището, болка при полов акт (диспареуния), загуба на либидо, болезненост или дискомфорт при уриниране, инконтиненция (незадържане на урина) и др. В проучвания в Западна Европа е установено, че от 14% до 44% от жените изпитват в различна степен тези симптоми, като 20% имат постоянно чувство за уриниране, а 50% стрес инконтиненция. [71, 85] Резултати от проучване на турски жени в климактериум доказват, че урогениталните симптоми се проявяват по-

често при жени с наднормено тегло, по-висок паритет, по-нисък образователен статус и доходи. [48]

По време на климактериума се забелязва *натрупване на излишни килограми*. След менопаузата при 60% от жените телесната маса се увеличава с 2-2,5 кг и повече, като компенсаторна реакция на организма в резултат на прекратяване активния синтез на естрогени от яйчниците. Тази функция частично се поема от други тъкани, включително и мастната. Възможно е да се стигне и до хранителни разстройства и значително увеличаване на телесното тегло, както и поява на инсулинова резистентност. [1, 13, 148]

1.3.4. Късни симптоми

В постменопаузалната фаза настъпват редица метаболитни промени. Главни фактори за това са липидния и въглехидратен метаболизъм. Зачестяват заболяванията на сърдечно-съдовата система, във връзка с повишените нива на триглицеридите и намаленото ниво на HDL холестерола. Доказателствата от наблюдателни проучвания показват, че жените, които изпитват вазомоторни симптоми и други симптоми, включително депресия, тревожност и пристъпи на паника по време на климактериума, са изложени на по-голям риск от развитие на ССЗ.

Мащабно кохортно проучване на 23 769 постменопаузални китайски жени установява, че разпространението на исхемична болест на сърцето и инсулт се среща в повечето сред участниците в селските райони, със затлъстяване, нерационален хранителен режим, липса на физическа активност, употреба на голямо количество алкохол и тютюнопушене, ниска образователна степен, недостатъчно доходи, нарушения в сексуалното общуване. [170]

Прогресивно нарастващата инсулинова резистентност и нарушенията в мастната обмяна, са честа причина за отключване на диабет в този период. [30, 31]

Поради загубата на костна маса и намаляването на минералното съдържимо на костна тъкан, се повишава риска от остеопороза и увеличаване на фрактурите. [62] Според Национално епидемиологично проучване 436 жени на възраст от 50-59 г. в България (20,6 %) имат остеопороза. 426 000 жени на възраст над 50 години (26,6%) са с остеопороза на гръбначния стълб или бедрената шийка, а 45,5% от жените на възраст над 50 години са с намалена костна плътност на бедрената шийка. След тази възраст една от всяка три жени получава през остатъка от своя живот най-малко една фрактура, вследствие на чупливост на костите. [23]

През 2008 г. в САЩ е докладвана честота на остеопорозата при 7,2% и понижена костна плътност при 39,6 % от всички жени в менопаузален преход. [79, 143]

Докладвани в тази възраст са по-чести заболявания като злокачествени тумори на гениталния тракт и на млечната жлеза, болест на Алцхаймер, артрит, катаракта. [37]

1.4. Климактеричен синдром

Климактеричният синдром първоначално се е разглеждал като съвкупност от невро-вегетативни, обменно-ендокринни и психоемоционални разстройства с различна степен на интензивност и продължителност. Синдромът на климактериума се среща в 37% от пременопаузалните жени и в 40-70% с настъпването на менопаузата. [29]

В съвременната медицина понятието на този синдром се обобщава с наличието и тежестта на **невро-вегетативни симптоми** (горещи вълни,

нощно изпотяване, главоболие, замайване, сърцебиене, нарушения на съня), **психо-емоционални нарушения** (нервност, лоша концентрация, тревожност, потиснатост, нарушения на паметта), **урогенитални нарушения** (намалено либидо и сексуални проблеми), **обменно - ендокринни нарушения** (затлъстяване, промяна в функцията на щитовидната жлеза, диабет, риск от злокачествени заболявания на гърдата, болки в мускулите и ставите, атрофия на репродуктивните органи и остеопороза), които са типичен израз на естрогенен дефицит. [17, 33, 46]

Най-традиционната форма на климактеричния синдром, предложен за оценка на тежестта е класификацията на броя на горещите вълни: лека форма на заболяването- до 10 на ден; средна форма – от 10- до 20 на ден.; тежка – повече от 20 вълни дневно. Тези разстройства са свързани с личностни и социологически фактори. Продължителността на синдрома се наблюдава до 5 години при 80% , от 5-10 години при 55%, а над 10 години при 10% от жените в периода на климактериума. [54] Смята се, че 40-60% от жените в този период страдат от нарушения, които понижават качеството им на живот. [29, 71]

1.5. Психосоциални и културни аспекти на климактериума

Социалният контекст на жените в климактериума зависи от възприемането на обществото на тази тема. В западния свят тя е медикализирана и доминира като „репродуктивен неуспех или яйчникова недостатъчност“. Това означава, че климактериума е болестно състояние, което трябва да се лекува, а не естествен биологичен преход. В арабския свят се поставя висок приорит върху плодовитостта на жените и липсата на фертилна недостатъчност се тълкува като ”отчаяна възраст”. На това как една жена възприема промените в климактериума е от значение за неговия преход. [167]

Съществува връзка между социалния статус на жената с настъпването и протичането на климактериума. В развитите страни климактеричната симптоматика е по-изразена сред жените от по-ниските социални слоеве. При изследване на различни племенни популации се опровергава схващането, че по-ниско образованите жени прекарват периода без или с по-малко оплаквания. [49]

Естествените физиологични и психически промени и въздействието на социалния контекст в климактериума, благоприятстват за появата на процеси, които да влошат и да увредят здравето в този период. По време на жизнения цикъл на жените, се вземат предвид различните етапи на развитие, за да се определят феномена на зрелостта и остаряването, който започва от детството, минава през младостта, зрялата възраст, климактериума и достига до стареенето. т.е. един непрекъснат процес, зависим от генетични и екологични фактори. [12]

Климактериумът е период, в който се генерира най-голямата трансформация: прехода от репродуктивната способност зависи от поведенческите и културни фактори. Животът на жените се превръща в център на динамика в семейството и икономично управление на дома.

Чувството на застаряване и физическа непривлекателност, както и стресовите преживявания определят статута на жените в обществото и това ги прави да се чувстват „непривлекателни, нещастни, неефективни и ненужни”. Променя се кръга на социалните контакти и социалното включване. В този период жената се чувства тъжна, раздразнителна, депресирана, тревожна, нуждае се от подкрепа и разбиране, което се отразява на социалните фактори, свързани с опасенията за икономически и трудови проблеми. [85,118]

В периода на перименопаузата възниква психосоциален стрес, свързан със служебни и професионални проблеми, социална

незащитеност, семейни конфликти и други проблеми. [15] Разглеждайки изчерпателно житейските събития за тригодишен период при проучване на 541 жени в различни етапи на климактериума, К. Matthews и съавтори отчитат, че стресовите ситуации възникват при индивидуалната адаптация за преодоляване на трудностите на поведенческия стереотип. [105]

Индивидуалните нагласи на жените имат изключителна роля за възприемането и преживяването на климактериума. Тези от тях, които имат негативни нагласи към биологичния процес, е по-вероятно да докладват по-голям брой и честота на симптомите. Нагласите най-често се споделят с роднини и приятели. Въпреки това отношението се влияе от фазите на климактериума - жените в постменопауза имат положително отношение, докато жените в другите фази са настроени негативно. Тези, които отдават по-голямо значение на фертилитета, са отрицателно настроени. Това се случва в култури, които ценят жените по отношение на способността им за възпроизводство, докато в западните общества настъпването на климактериума е сигнал за възрастова прогресия, загуба на младост и сексуална привлекателност, което може да доведе до негативно отношение към прехода. [106, 168]

Културната, социалната и психологическата нагласа в климактериума, представляват биопсихосоциалния модел на жените, свързан с хормонални промени, здравословно състояние, вярвания, традиции, стереотип, настроение и самочувствие. [99] В дисертационния си труд, Черниченко отбелязва, че самият факт от настъпване на менопаузата може да доведе до психотравми, ако жената счита това за признак на настъпваща старост. В зависимост от отношението към настъпващите промени, се определят четири типа реакции:

- *Адекватна реакция*, която е 60-70% за жени, които са в състояние да се адаптират добре и имат по-голяма материална база;

- *Пасивна реакция* в 15-20% при жени, които се примиряват и продължават да работят упорито;
- *Невротична реакция* в 8-15% за жени, за които женствеността е важен аспект и я възприемат в климактериума като голяма загуба;
- *Хиперактивна реакция* в 5-10% при жени, които са съсредоточени върху резултатите от работата, кариерата и обществото. Такива жени обикновено нямат трудности в този период. [171]

1.6. Сексуална дисфункция в климактериума

Климактериумът е значителен рисков фактор за развитието или подчертаните проблеми, свързани със сексуалността. Дисонансът между намалената сексуална активност от една страна и умерено повишеното либидо, се дължи на увеличената продукция на андрогени и намаляване на естрогени. [102] Значителен брой жени докладват за женска сексуална дисфункция, която се увеличава с възрастта. Сред тях са промени в сексуалното желание: липса на сексуално влечение, страх и болка при полов контакт. Литературните данни показват, че от 54% до 75% от жените съобщават за намаляване на сексуалната активност по време на климактериума. [52, 90]

Свързаният с биологичната промяна естрогенен дефицит променя съдовата, мускулната и урогениталната система. Вагиналният епител изтънява, влагалището губи своята еластичност и е налице влагалищна сухота, която може да доведе до изпитване на болка, кървене и вагинизъм. [17] Когато става въпрос за сексуални проблеми в климактериума, трябва да се има предвид психологическото състояние на жените. Тези, които възприемат променящата се роля в живота им като отрицателна, имат по-големи трудности, свързани с емоционални проблеми. [29] Положителните нагласи имат благоприятен ефект върху производителността и

сексуалността. Жените, които гледат на липсата на менструация като „свобода“ от забременяване и професионално отговорните, отчитат повишаване на сексуалните чувства. [93, 168]

Други фактори, които влияят на сексуалното поведение при жените в климактериума са свързани с емоционален стрес и време на бурна промяна. Включват повишена тревожност, нервност, раздразнителност, депресия и емоционална лабилност. Неблагоприятните житейски събития, като смърт на любими хора, деца, които напускат дома си, увеличават вероятността от сериозни физически заболявания и намаляват сексуалната функция. [105]

Факторите, влияещи на сексуалната дисфункция в климактериума зависят от обществените нагласи, културните роли, социалните позиции и религията на жените. В действителност съществува тенденция, свързана с възрастта към използване на качеството на сексуалния опит пред количеството, като мярка за удовлетвореност от живота. [52, 57]

2. Качество на живот

2.1. Концепции за качество на живот

Качеството на живот е широко понятие, което се отнася до степента на благополучие и лична удовлетвореност на даден човек. В това понятие се влага неизмеримата по икономически показатели, субективна и динамично променлива оценка за личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психологическо и социално естество. [111]

Физическото благосъстояние най-общо включва доброто здравословно състояние, физическия комфорт, режима на хранене, физическата активност, както и способността за самостоятелно извършване на дейности, свързани с личните потребности на индивида.

Психологическите аспекти на качеството на живота включват психичното здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието, различните положителни и отрицателни емоции, самооценката. [85]

Социалното благосъстояние е най-разнообразно и трудно измеримо, тъй като включва активността в интимния живот и семейството, приятелските отношения, професионалната реализация, развлеченията в свободното време, социалната среда и живот, придобитото образование и култура, околната среда и др. Единната дефиниция на понятието „качество на живот” има различен смисъл за всеки индивид и отразява неговото субективно усещане. [55]

В Европа, концепцията за качество на живот навлиза в общественото съзнание след приемането на политическата програма от правителството на Германия. Прави се оценка на качество на живот на хронично болни и стари хора, с цел подобряване на грижите в тази популация и необходимост от осигуряване не само на медицински грижи, но и на психологически, социални и духовни.

Съвременното определение на Концепцията за качество на живот (QoL) определя „възприятието на индивида за мястото му в живота, в контекста на културната и ценностната система, в която той живее определят неговите цели, очаквания, стандарти и интереси. То е обширно понятие, повлияно по комплексен начин от физическото здраве на човека, неговото психическо състояние, степента му на независимост, социалните контакти и тяхната взаимовръзка с характерните особености на околната среда”. Тя е с многоизмерима променлива и обикновено се определя като "субективна оценка на ситуация". [45, 81, 110]

2.2. Качество на живот на жените в климактериум

Климактериумът е естествен преходен период, съпроводен с редица промени, които могат да засегнат качеството на живот на жените. Липсата или проявата на типичните за този период симптоми (горещи вълни, изпотяване, безсъние, сърдечни проблеми, потиснато настроение, раздразнителност, тревожност, физическа и психическа умора, сексуални, урогенитални, ставни и мускулни проблеми) се възприемат индивидуално от всяка жена. Честотата и тежестта на протичане на симптомите, оказват ежедневно влияние върху личния, професионалния и социален живот на жените и влошават неговото качество. Редица проучвания доказват отрицателното влияние на някои социално-демографски и поведенчески фактори върху протичане на симптомите при жените в климактериум.

Качеството на живот на жените в климактериум се превръща в дискутирана тема сред медицинските и социологически проучвания в съвременния свят. Измерването на промените и оценката на здравето в този период се извършва със специфични инструменти, стандартизирани въпросници и менопаузални рейтингови скали. Благодарение на прилагането им, всяка жена има възможност самостоятелно да оцени субективното си здраве, а медицинските специалисти да приложат различни подходи за предоставяне на грижи за жените в климактериум. [109, 148, 160]

2.2.1. Инструменти за оценка на специфичното качество на живот на жени в климактериума

Оценката на тежестта на менопаузалните симптоми може да се изчисли с различни рейтингови скали, разработени в Канада, Испания, САЩ, Германия, Австралия и Великобритания. Това са въпросници за анкетиране, като чрез точков метод / от 3-9 точки/ на измерване се прави субективна оценка на физическото, социалното, емоционалното здраве,

свързани с променливи като: начина на живот, социално-икономически фактори, контакти и взаимоотношения и информираност на жените в климактериум. [96, 97, 131]

- **Менопаузален индекс на Blatt-Kupperman** (Kupermann 1953). Този инструмент се използва като част от клиничното изследване на жени със симптоми или промени в тяхната интензивност - вазомоторни, соматични, психоемоционални и урогенитални. Включват се 10 симптоми - горещи вълни, изпотяване, смущения в съня, раздразнителност, тревожност, чувство за умора, нарушена концентрация, болки в ставите, главоболие, често уриниране, влагалищна сухота, чиято тежест се оценява от 0 до 3 (0 – симптомът липсва, 1 – симптомът е леко изразен, 2 – умерено изразен, 3 – тежко изразен). Наличието на всеки симптом се умножава по неговата тежест. Общият сбор от всички показатели се означава като менопаузален индекс (МИ). МИ >35 показва тежко протичащ климактериум, стойности на МИ между 20 и 35 точки предполагат умерена проява, а 15–20 точки – леко протичане на състоянието. (модифицирано по Alder E., 1998). [34]

- **Green Климактерична скала (GCS)** Тя е разработена за използване в клиничната практика, за да се оцени качеството на живот на жените в климактериум. Първоначалната версия е създадена през 1976 г. от Neugarten и Krainse, съдържаща 30 позиции, а в 1998 година инструментариумът е съкратен на 21 броя елементи. Те са разделени в три области - психологически, соматични и вазомоторни симптоми с оценка от 0-4 точки. Първоначалната версия е английска и в последствие са допълнени 21 езикови версии.

- **Менопаузална скала за Качество на живот (MQOL)** Инструментът е създаден през 2000 г. в Англия, на базата на изследване, което разглежда въздействието на симптомите и тежестта им за

определяне на качеството на живот на жените. Оригиналната версия на въпросника съдържа 63 позиции разделени в седем области. Жените оценяват всяка позиция от 0-6 точки. След извършване на психометричен анализ е била намалена до 48 позиции.

- **Менопаузална оценъчна скала (MRS)** Оценъчната скала е кратък въпросник, включваща 11 от симптомите и е създадена през 90-те години на миналия век в Германия. Това е списък на типичните симптоми на климактериума и съдържа инструменти за оценка на следните състояния: психическо, соматично-вегетативно и урогенитално. Жените оценяват проблемите си за определен период от време от 0-4 точки. Оригиналната стандартизирана версия е на немски език, а в момента съществуват 27 езикови версии. MRS е въпросник, който се използва в клиничната практика в повечето европейски страни, в Азия и Америка.

- **Менопаузата-специфично качество на живот - Въпросник (MENQOL)** Авторите на този инструмент са Hilditch и EJ Lewis (1996) и е разработен в Канада. Съдържа 29 детайли в оригиналната версия (MENQOL). Основната цел е да се определят промените в качеството на живот при жени в климактериум, както и измерване на промените във времето. Референтният период е последният месец или последната седмица в зависимост от специфичните елементи на въпросника. Детайлите от въпросника са разделени в следните насоки - соматични, вазомоторни, психо-социални проблеми. Жените оценяват всяка позиция от 0-7 точки. Основната версия се използва за научни проучвания на канадското женско население, но съществуват още 20 езикови версии.

- **Менопаузален Симптомен Списък (MSL)** Тази версия е разработена през 1997 г. (PERZ, 1997) в Австралия и се състои от 25 инструменти, като елементите обхващат психологически, вазомоторни и соматични промени. Жените оценяват всяка позиция от 0-6 точки.

- **Qualifemme рейтингова скала** Въпросникът е разработен във Франция и се състои от 26 позиции, взети от други утвърдени методи за измерване. Обектите са разделени в 5 области - соматични, психологически, вазомоторни, урогенитални и проблеми с косата и кожата.

- **Utian скала за качество на живот(UQOL)** Представява въпросник, разработен през 70-те години в САЩ, като първоначално въпросника е съдържал 40 позиции за оценка на качеството на живот при жени след менопауза. Въз основа на проучване, проведено в САЩ позициите са намалени до 23 в четири области, отчитайки следните проблеми: професионални, здравни, емоционални, и сексуални. Жените оценяват живота си с помощта на пет степенна рейтингова скала през последните четири седмици. В момента има само оригинална английска версия на стандартизирания въпросник, но предстои разработване на китайска версия.

- **Женски Здравен Въпросник (WHQ)** Оригиналната версия на Женския Здравен Въпросник съдържа 37 позиции и е разработен през 80-те години на миналия век специално за проучване на здравето и благополучието на жените между 40-60 години. През 2006 г. е създаден съкратен вариант, съдържащ 23 позиции, групирани в 9 области -. потиснато настроение, соматични симптоми, вазомоторни симптоми, тревожност/страх, сексуални проблеми, нарушения на съня, менструални симптоми, памет /концентрация и привлекателност. Оценява се периода на промени през последните няколко дни, като се използва скала от 0-4 точки. Оригиналната версия е на английски език, но съществуват още 47 езикови версии. [58, 85, 97, 124, 132, 154]

Табл. 1. Инструменти за измерване и оценка на качеството на живот на жени в климактериума

Инструмент	Признаци/симптоми/ на проучване	Брой елементи
Менопаузален индекс на Blatt-Kupperman (Kuppermann 1953)	Вазомоторни Соматични Психоемоционални Урогенитални	10
Green Климактерична скала (GCS) Neugarten и Krainse 1965 Green (1998)	Психоемоционални Соматични Вазомоторни	21
Менопаузална скала за Качество на живот (MQOL) (Jacobs, 2000 и др.)	Вазомоторни Соматични Психосоциални Сексуални	48
Менопаузална оценъчна скала (MRS) Хайнеман и др. (2004)	Психоемоционални Соматични Вегетативни Урогенитални	11
Менопаузата-специфично качество на живот Въпросник (MENQOL) Hilditch и EJ Lewis (1996)	Соматични, Вазомоторни Психо-социални	29
Менопаузален Симптомен Списък (MSL) (PERZ, 1997)	Психоемоционални Вазомоторни Соматични	25
Qualifemme (Le Floch и др., 1994)	Соматични Психоемоционални Вазомоторни Урогенитални Проблеми с косата и кожата	26
Utian скала за качество на живот(UQOL) (Utian и др, 2002;. Zöllner, 2005 и др.)	Професионални Начин на живот Соматични Психоемоционални сексуални	23
Женски Здравен Въпросник (WHQ) (Zöllner и др, 2005)	Депресивно настроение Соматични Вазомоторни Тревожност Сексуални Нарушения на съня Менструални симптоми Когнитивна концентрация Възприятия	23

3. Съвременни интегрирани модели и подходи в управлението на здравните грижи в първичната медицинска помощ за жени в климактериум

Съвременните международни препоръки представляват комплексна програма, насочена към поддържане на здравето и качеството на живот на жените в периода на климактериума. Според Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 в България все още няма реализирана политика и интегриран подход за жените в климактериум. [26]

В световен мащаб съществуват асоциации по менопауза, в които участват представители и експерти от различни здравно-медицински, немедицински професии и неправителствени организации. Те са ангажирани с управлението на грижите за здраве в климактериума и провеждат научни и клинични изследвания, и доказателства, свързани с процесите на остаряване на репродуктивната система при жените, както и детерминантите, оказващи влияние на здравето им състояние. Задача на асоциациите е да участват в изготвяне на критерии и стандарти за Национални програми, които да предлагат на политиците в системата на здравето и социалното здраве, за интегрирано управление на проблемите, касаещи качеството на живот в климактериума. Насоките се свеждат до оказване на превантивни и профилактични грижи за справяне с нежеланите ефекти, оценка и управление на рисковите фактори и промотивни дейности, с цел подобряване знанията и създаване на полезни навици в поведението и начина на живот на жените в етапите на перименопауза и постменопауза. Превенцията се постига чрез образователни семинари, отразяващи се на знанията и уменията за самоуправление и самоконтрол на жените в тези периоди.

Най-голямата асоциация е Международното общество по менопауза /IMS/ и нейната мисията е да работи за насърчаване и подкрепа на достъпа до най-добрите практики на здравни грижи за жените през менопаузалния преход и след репродуктивните години, с цел постигне оптимално здраве и благополучие. Визията е, че всички жени по целия свят ще имат лесен и равнопоставен достъп до доказателства, основани на знанието и здравеопазването, с възможност за адекватна информираност и здравни алтернативи.

- Подкрепа и насърчаване на изследванията във всички аспекти на климактериума и стареенето при жените
- Разпространяване на базирани на доказателства знания до лекари и здравни специалисти по целия свят образователни ресурси, програми и събития
- Улесняване на сътрудничеството и обмена на информация между здравни специалисти, медицински общества и организации със споделени интереси и цели
- Подкрепа и насърчаване на върховите постижения в мултидисциплинарното предоставяне на здравни грижи на жените през менопаузата и пост-репродуктивните години
- Разработване на основани на доказателства насоки и становища по въпроси, свързани с менопаузата и пост-репродуктивното здраве
- Повишаване на осведомеността и разбирането за менопаузалния преход и постменопаузата сред световната общност, здравните специалисти и политиците
- Предоставяне на здравна информация на международната общественост, здравните специалисти и политиците
- Насочване на медиите към съобщаването на нови открития от изследванията и последователни здравни послания.

Подразделите в уебсайта на IMS са свързани с интегриран подход, концентриран върху насърчаване на образованието и изследванията за здравето на жените на средна възраст, основан на научни доказателствени възможности за управление на климактериума в първичните здравни грижи. Препоръките се актуализират през определен период от време, на базата на мултидисциплинарни клинични проучвания в различните етапи на климактериума относно ползите и рисковете на хормонозаместителната терапия и превантивните стратегии. В подраздела за жените и пациентите, информацията е сведена до здравното образование на обществото.

В препоръките на IMS от 2016г., [172] отнасящи се до опазване здравето на жените в средна възраст и хормоналната терапия в климактериума, се акцентира върху следните ключови точки, за които трябва да са информирани здравните специалисти и пациентите:

- Разглеждането на ХЗТ да бъде част от общата стратегия, включваща препоръки за начина на живот относно диетата, упражненията, отказване от тютюнопушенето и безопасни нива на консумация на алкохол, за поддържане на здравето на жените в пери-и постменопауза;
- Рисковете и ползите от ХЗТ са различни за жените в периода на менопаузален преход с сравнение с тези на възрастните жени;
- ХЗТ включва широка гама от продукти и начини на администриране, което води до объркващ и неподходящ ефект;
- Жените със спонтанна и ятрогенна менопауза преди навършване на 45 години и особено преди 40 години са изложени на по-висок риск от ССЗ, остеопороза, афективни разстройства и деменция;
- Дискутабилна е безопасната употреба на ХЗТ за най-малко от 5 години при здрави жени, започнали лечение преди 60-годишна възраст;

- ХЗТ трябва да се титрира до най-ниската ефективна доза, която да намалява симптомите и в дългосрочен план да поддържа оптимално качество на живот на жените, тоест дозата, режимът и продължителността трябва да бъдат индивидуализирани.

Докато хормоналната терапия помага на много жени по време на климактериума, съществуват и здравни рискове, които включват:

- Повишен риск от рак на ендометриума;
- Повишен риск от тромбози и инсулт;
- Повишен риск от рак на гърдата при продължителна употреба;
- Умерен риск от холецистит.

В САЩ 30% от жените в климактериум приемат ХЗТ, в Европа 20-25%, а в България само 2,7%. [33]

Според BMS (Британска асоциация по менопауза) всеки екип в първичната медицинска помощ трябва да има специални познания за климактеричния период на жената. BMS предлага продължаващо обучение за сертифициране и специализация за акушерки и медицински сестри. [173]

Европейската асоциация по менопауза и андропауза (EMAS) през 2016г. с безпокойство съобщава за недостатъчно подготвени здравни специалисти по оказване на помощ на жени в климактеричен период и активно насърчава правителствата за акредитация на подспециалност „Здраве за жените“. Предлага и концептуална рамка за грижи в пострепродуктивното здраве. Препоръките в този документ са насочени към превантивната медицина, чрез холистичен и мултидисциплинарен подход към цялостна оценка на климактеричните симптоми и дългосрочните последици, свързани с оценка на рисковите фактори, скрининг на сърдечно-съдовото, остеопоротичното и гинекологичното здраве, и здравето на гърдите. Стратегиите включват оптимизиране на

диетата и начина на живот. Ядрото на здравния модел в първичната здравна грижа се състои от водещ клиницист, сертифицирана акушерка, или сертифицирана медицинска сестра, и самата жена, подкрепени от интердисциплинарна мрежа от медицински експерти и доставчици на алтернативна/допълваща медицина. [174]

Funmilola M. и сътр. отбелязват, че много медицински специалисти имат дефицит на знания в управлението на жените в средна възраст и избягват всякакви противоречия, свързани с използването на хормоналната терапия и холистичния подход в управлението на климактериума, за което е необходимо допълнително обучение. [175]

В Чили, Министерството на здравеопазването е разработило технически насоки за цялостна грижа за жени в климактерична възраст на първично ниво в здравната мрежа, които се основават на комплексен модел на семеен и общностен подход. В тях се посочва, че в климактеричния стадий многобройните здравословни, соматични и биопсихосоциални проблеми, могат да повлияят на качеството на живот на жените, било поради въздействието на симптомите или заболяемостта, която се появява с възрастта, главно сърдечно-съдови заболявания, гинекологичен рак, остеопороза и заболявания свързани с психичното здраве, подчертавайки високото разпространение на депресията. В насоките се отдава внимание на мултидисциплинарната и системна работа на екипите, на здравната промоция, превенцията при протичане на симптомите и заболяванията, както и контролът, с цел подобряване благосъстоянието на жените в климактериум. Целевата популация са жени от 45-64 години с или без нарушения в менструалния цикъл; с преждевременна, хирургична и ятрогенна менопауза и специалисти – гинеколози, ендокринолози, психиатри, лекари по вътрешни болести и общопрактокуващи лекари. Към този обхват са причислени здравни

професионалисти, ангажирани в първичната медицинска помощ (първичните здравни звена), със съответните компетенции: акушерки, диетолози, медицински сестри, кинезитерапевти, психолози, социални работници и статистици. Отбелязва се, че здравните грижи за жените в климактеричния период са отговорност на всички членове в здравната система, а в обществената здравна мрежа достъпът се осъществява чрез акушерката, работеща в лекарски акушеро-гинекологичен кабинет или в здравно звено. Превантивният модел включва преглед на цялостното здраве на жените: установяване и насърчаване за редовни профилактични и скринингови тестове, ниво на образование за здравословен начин на живот, оценка на симптомите с рейтингови менопаузални скали, установяване на психосоциални конфликти в семейството, трудовата среда и обществено-социалното общуване. [180]

Bharti и съавт. отбелязват, че оптималното управление на климактериума изисква експертния опит на мултидисциплинарен екип, притежаващ различни умения и холистичен подход, който концептуализира участието на физическите, психологическите и социалните нужди на жената при планирането на терапията. Холистичният подход включва въздействието на психосоциалните фактори върху диагнозата, терапията, диетата, упражненията, хранителните добавки и други форми на лечение, и тази грижа е ориентирана към пациента. Авторите предлагат следната рамка за грижи при жените в климактериум:

- **Холистичен подход, ориентиран към етиологията** – модел на грижа при проява на симптомите и дългосрочните хронични заболявания; мултидисциплинарен подход за цялостна грижа, включващ съгласуваност и непрекъснатост в работата; межкултурни проблеми, основаващи се на възрастта и симптомите в различните култури и многоетнически популации;

- **Холистичен подход, ориентиран към медицинските цели** – за цялостно управление на тройката: кости, стави, мускули, оценка на факторите, превенция и лечение; съпътстващи медицински и хирургични състояния;

- **Холистичен подход, ориентиран към терапията** – физическа активност и диета, фитнес системи; нутрицевтици, съдържащи изофлавонови, калций и витамин D;

- **Холистичен подход, ориентиран към предоставяне на грижите** - грижа, насочена към пациента; споделено вземане на решения, след консултация със здравния специалист и получена адекватна информация за състоянието за индивидуален подход;

- **Холистичен подход, ориентиран към подкрепа** – управление на стреса, психологическа подкрепа; терапевтично обучение на жените, включващо информация за климактериума и действието на физиотерапевтичните и естествени процедури; умора от състрадание и прегаряне при здравните специалисти; взаимно доверие, чрез търсене и предоставяне на образование, и използване на наличните здравни ресурси за активно самообслужване (селфмениджмънт); минимизиране на дискомфорта на промяната с настъпване на климактериума, чрез интернализиране на стратегии и изработване на планове за управление;

- **Холистична екочувствителност** - заболяемостта и въздействието на климактериума са свързани с естеството на средата, в която жената живее. Както физическата (естествена), така и социалната (човешка) среда влияят върху естествената история или клиничния ход при протичане в този период; концепцията за екочувствителност води до осъзнаване на семейството, което трябва да участва в управлението на климактериума и в осигуряване на физическа и емоционална среда, за да се оптимизира качеството на живот на жената; информирането на обществото за

климактериума, неговите последици и стратегии за управление са от съществено значение за намаляване на тежестта на това състояние; политиците и администрацията на здравните системи трябва да бъдат застъпници за жените в климактериум, с цел повишаване на познанията и възможностите за диагностика и лечение; финансови проблеми, предполагащи практически, прагматични и реалистични подходи към аспектите на грижите при жени в климактериум.[81]

Редица проучвания акцентират върху обучението, знанията и ролята на акушерката в първичната медицинска помощ в управление на грижите за жените в периода на климактериума.

В проведено проучване на жени в перименопауза и постменопауза в Шри Ланка, S. Pankoon и съавт. установяват, че им липсват знания относно извършването на скринингови изследвания за рак на маточната шийка и гърдата, както и информация за ползите и рисковете на допълнителната хормонална терапия. Според авторите осигуряването на акушерки в подкрепа на жените в периода на климактериума, би подобрило здравното им образование и здравното им поведение. [182]

M. Sasanroug и съавт. отбелязват, че акушерките заемат важна роля в популяризирането на женското здраве и отчитат, че обучението в групови дискусии, осъществено от акушерки, е оказало положителен резултат върху убежденията за сексуалната дисфункция при жените в климактериум, населяващи селските райони. [183]

M. Taebi и съавт. отчитат, че стратегиите, фокусирани върху образователната намеса, включващи управление на стреса, физическа активност, здравословна диета и здравословно поведение са алтернативи в здравните програми за подобряване на отношението на жените към климактеричния период и за справяне със симптомите в този етап от живота им. Предоставянето на актуална информация в обучението на

жените е повишило осведомеността, разбирането и е подобрило тяхната адаптация, чрез редовния и непрекъснат контакт с акушерки. [184]

Проучвания на S. Turk- Zahrani и съавт., и A. Gutierrez отчитат, че продължителността на живота на жените, съвпадаща с биологичните промени и медицинските последици в периода на климактериума, изискват сериозна подготовка в знанията на здравните професионалисти. Авторите поставят акцент върху продължаващото обучение на акушерките и необходимост от оценка на образователните им потребности, като определящ фактор за гарантиране на ефективни образователни програми, с цел подкрепа на националното здраве и благополучие на жени в етапите на перименопауза и постменопауза. Предизвикателството пред акушерките е да се увеличат научните изследвания и да се разработят стратегии за консултативни намеси, които позволяват да се обърне внимание на цялостните грижи за жените в период на климактериум, като образованието е от ключово значение и важен стълб за насърчаване на здравословния начин на живот в този етап. [185, 186]

4. Изводи от литературния обзор

- Историческите проучвания, датиращи от дълбока древност до наши дни, доказват еволюционното развитие в науката, изучаваща женското здраве в климактеричния период.
- Проследените аспекти и епидемиологичните фактори (демографски фактори, етнос и раса, биологични и репродуктивни (менархе и паритет) фактори, наследствени, психологически, социално и културни фактори), доказват връзката им с настъпването и протичането на климактериума.
- Промените в климактериума (ранни и късни), като хормонални, клинични симптоми, социално-психологическите, културните и

сексуалните аспекти, и факторите, които влияят върху тях, се отразяват върху качеството на живот при жените.

- Проучванията върху качеството на живот при жените и инструментите за неговата оценка със специфични рейтингови скали, дават възможност на специалистите най-точно да оценят състоянието на жените във всички етапи на климактериума и да приложат необходимото терапевтично поведение.

- Съвременните интегрирани модели за здравни грижи в периода на климактериума при жените представляват съвкупност от комплексни биомедицински и холистични подходи, насочени към превантивната медицина. Ключовото им значение е повишаване както на квалификацията на медицинските и здравните специалисти, така и на информираността на обществото, с цел опазване и оптимизиране на здравето на жените в преходите от репродуктивна към нерепродуктивна възраст.

- Ролята на акушерките в спектъра на общественото здраве и подготовката им, са от съществено значение за подобряване начина на живот на жените в климактериума.

- В системата на здравеопазването в България липсва интегриран социално-медицински и психологически подход към цялостното обслужване, необходим за реализирането на политика в периода на климактериума при жените.

ГЛАВА ВТОРА ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Цел

Целта 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.

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.

2.3. Материал и методика на проучването

Обект на наблюдението са:

- жени от 40-60 години
- преподавателки и служителки в образователната сфера
- служителки в сферата на енергетиката
- служителки в банковата система
- общински служителки
- ползватели на медицински и здравни грижи
- акушерки, заети в лечебни заведения за:
 - извънболнична медицинска помощ: медицински центрове, диагностично-консултативни центрове
 - болнична медицинска помощ: специализирани болници за активно лечение, диагностично-консултативни блокове, акушеро-гинекологични комплекси в многопрофилни болници за активно лечение

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 на територията на гр. София, гр. Самоков, гр. Благоевград

- Общобразователни училища на територията на гр. София и гр. Самоков
- Висше учебно заведение: МУ София - Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров“ гр. София
- ЧЕЗ Разпределение България АД - гр. София
- Банка УниКредит Булбанк АД - гр. София, гр. Самоков
- Столична община район „Красна поляна“ - гр. София

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 ефективното 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 лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ: МБАЛ „Благоевград“ АД, МБАЛ „Пулс“ АД - гр. Благоевград; МБАЛ „Самоков“ ЕООД - гр. Самоков; ПСАГБАЛ „Света София“, СБАЛАГ „Майчин дом“, II САГБАЛ „Шейново“ - гр. София
- 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 Факултет по обществено здраве – 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 анкетиращи 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.

Етапи на проучването

1. Подготвителен етап: октомври 2018 г. – февруари 2019 г.

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на извадката и формулиране на отделните гнезда на случаен принцип

2. Изследователски етап: март 2019 г. – ноември 2020 г.

➤ **Първи етап:** март 2019 г. – май 2019 г

- Изработване на анкетни карти
- Определяне цел и задачи на научното изследване
- Формулиране на хипотези
- Избор на методи
- Определяне центровете на изследване

➤ **Втори етап:** юни 2019 – декември 2019

- Оформяне на литературния обзор
- Провеждане на изследването
- Въвеждане на данните във файл за статистическа обработка

➤ **Трети етап:** януари 2020 – ноември 2020

- Анализ и интерпретация на данните
- Изготвяне на изводи и препоръки
- Разработване на модел за интегрирани здравни грижи за жени в климактериум

- Изработване на учебна програма за следдипломно обучение на акушерки, с цел оптимизиране качеството на живот на жените в климактериум
- Окончателно оформяне на дисертационния труд

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. / *приложение 1* /

➤ Специфичен въпросник за самооценка на проявите на климактеричните симптоми и степента им на тежест. Въпросникът съдържа 11 позиции с възможност за ликертово самооценяване. / *приложение 2* /

➤ Анкетна карта съдържаща 6 въпроса, касаещи възприемането на промените и тяхното влияние на семейните отношения, професионалната среда и социалното общуване. */приложение 3/*

✓ **Анкетна карта за акушерки**

➤ Анкетна карта за акушерки, състояща се от 18 въпроса, свързани с професионалните характеристики на акушерките, мнението им за необходимост от повишаване на тяхната квалификация, нагласи и начини за предоставяне на здравно-промотивни и превантивни грижи за жени в климактериума. */ приложение 4/*

Описание на специфичния въпросник

Специфичният въпросник се използва за оценка на качеството на живот, свързан с физическото и психическо здраве за жени в климактериум. Използвана е българска версия на специфичния въпросник за качеството на живот MRS/ menopause rating scale/. Измерва се степента на протичане на симптомите и се оценява физическото и психическото здраве при жените в климактериум. Въпросникът е разработен през 1990 година в Германия / Berlin, Center for Epidemiology and Health Research/ и първоначалната версия е на немски език. След направени ревизии въз основа на редица проучвания в международен мащаб за високо практическо приложение на въпросника, окончателният му вариант има 27 езикови версии.

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

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 подskalата; 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

Въпросникът се попълва самостоятелно от самата жена. Това е начин за измерване и самооценяване, според индивидуалното възприемане на симптомите от всяка жена. Колкото е по-висок резултатът и симптомите протичат с по-голям интензитет, толкова е по-ниско качеството на живот на жените. За леки затруднения и високо качество на живот може да се счита общият резултат от 0-15 точки. Общият резултат между 16-30 точки показва, че качеството на живот при жените е умерено нарушен, а от 31-44 точки - значително влошаване на качеството на живот.

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

Статистически методи:

- **Методи за обработване на получената информация**

- **Дескриптивна статистика**

- 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;
- За установяване на статистическа зависимост между два признака, представени с таблица, се използва X^2 тест (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test); 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, когато формата на честотните разпределения на изследваните променливи съвпада с формата на нормалното разпределение.

- **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);

Използваното критично ниво на значимост е $\alpha=0,05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от α .

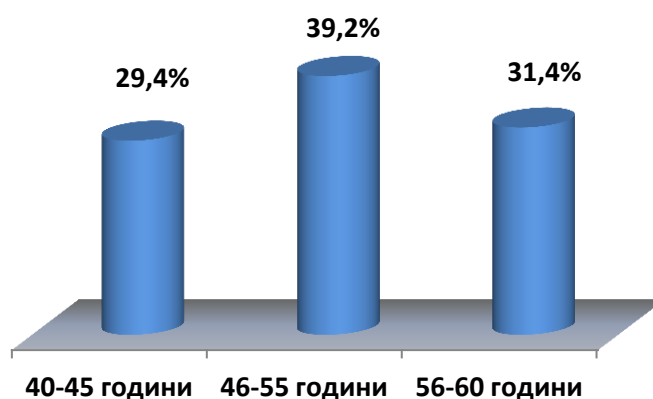
- За обработка на данните от проучването е използван специализирания статистически пакет SPSS версия 13.0.
- За таблично и графично представяне на резултатите е използван програмен продукт Microsoft Office Excel и Windows версия 10.

За ефективното представяне на посочените методи е ползвана методично-консултативна помощ на медицински статистик.

ГЛАВА ТРЕТА РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

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

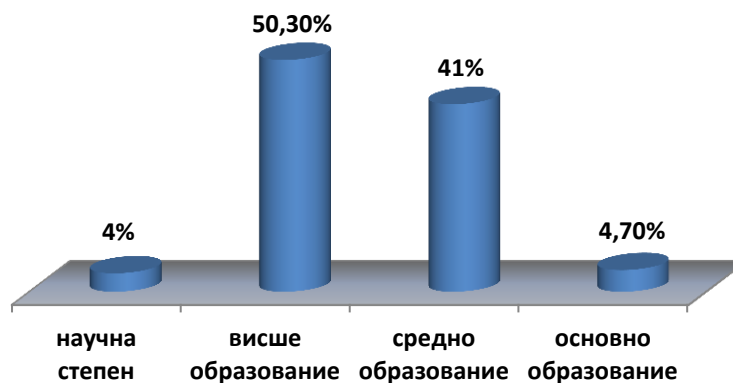
По първоначални данни по признак „възраст“ при анкетираните жени се установи, че респондентите от 46-50 години са 19,8%, а тези от 51-55 години са 19,4%. Това наложи обединяването им, с цел по-точна статистическа обработка и представяне на резултатите в изследването. Участниците в проучването са разпределени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



Фиг. 4. 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.

Образователният ценз анкетираните жени е предствен на фиг.5.



Фиг. 5. Образователен ценз

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.

Според Namazi 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. Също така средната възраст за настъпване на менопаузата при образованите жени е по-висока от тази на необразованите. Образованите жени 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.6)

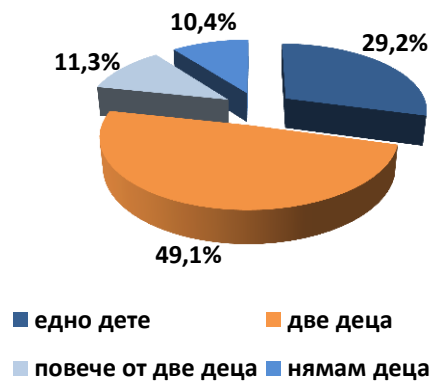


Фиг. 6. Семейно положение

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%.

Редица изследвания показват, че 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. Омъжените жени имат по-високо качество на живот по време на климактериума, отколкото самотните жени и вдовиците. [61, 124, 133, 168]

Репродуктивните събития в живота на жените са от изключително значение за цялостното им здраве в климактеричния период. На фиг. 7 е представено разпределението на респондентите, свързано с техния паритет.



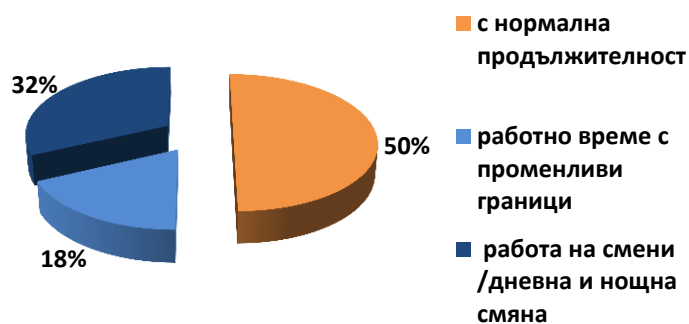
Фиг. 7. Паритет на анкетираните

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.

Проучванията, свързани с паритета доказват, че 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. Освен това е установено, че жените без деца или само с едно дете са изложени в по-ниска степен на социална подкрепа и отрицателни последици за здравето им в по-късна възраст. 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.8)



Фиг. 8. Работна натовареност

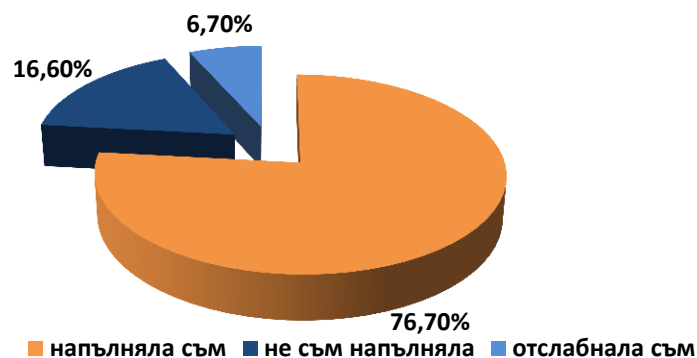
Социалната и трудова заетост и чувството на ангажираност, са от съществено значение за преодоляване на негативните психо-емоционални и медицински проблеми по време на климактериума.

Hardy, Thorne 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]

Намаляването на нивото на естрогените и забавените метаболитни процеси в климактериума, водят до неправилно разпределение на мастната

тъкан, поради което се засяга и мускулната маса, т.е. увеличава се относителния дял на естрогените, произвеждани от периферните тъкани. Телесните мазнини се депозират повече в областта на коремната област и са причина за покачване на теглото. [30, 71]

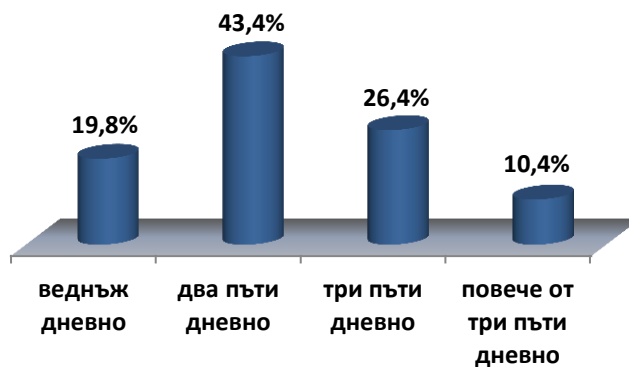
В настоящото проучване, повече от 2/3 (76,7%) от анкетираните представят данни за напълняване, 16% не намират промяна в теглото си, а само 7% са отслабнали. (фиг.9)



Фиг. 9. Промени в теглото на респондентите

Естрогенният дефицит е предпоставка за появата на различни медицински проблеми, свързани с климактериума – диабет, сърдечно-съдови заболявания, хипертония, рак на гърдата, на ендометриума, на дебелото черво, депресия и горещи вълни. Наднорменото тегло повишава честотата на сексуална дисфункция при жените. При жени с по-висок ВМІ менопаузата настъпва с няколко години по-късно в сравнение с тези с недоимъчно хранене. Тези резултати могат да бъдат свързани с намалена физическа активност и вредни хранителни навици. [17, 50, 64]

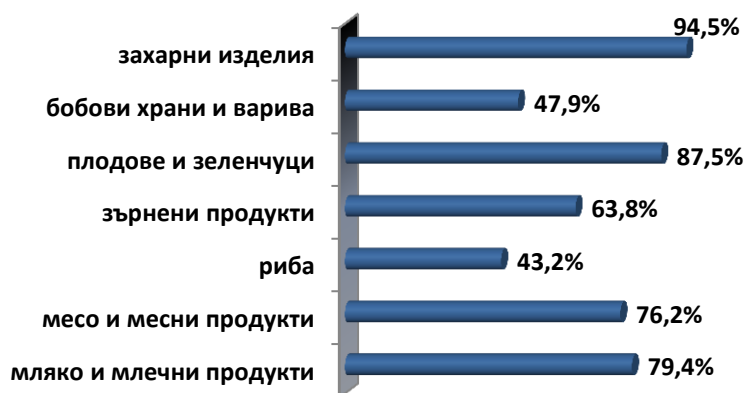
Интерес представляват отговорите на респондентите на въпроса „Колко пъти се храните дневно?“. Преобладаващ е отговорът на тези, които се хранят два пъти дневно (43,4%), следван от 3 пъти дневното хранене (26,4%). Само веднъж на ден се хранят 19,8% от анкетираните, а 10,4% - повече от три пъти дневно.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



Фиг. 10. 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.11)



Фиг. 11. 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 месните продукти

присъстват при 76,2%, зърнени храни - 63,8%, бобови храни и варива - 47,9% и само 43,2% консумират в седмицата риба.

Следващият въпрос е свързан с честотата на консумиране на предпочитани храни в седмицата от респондентите. Резултатите от отговорите са посочени на табл. 2.

Табл. 2. Честотата на консумиране на предпочитани храни в седмицата

<i>Храни</i>	<i>ежедневно (%)</i>	<i>веднъж седмично (%)</i>	<i>два пъти седмично (%)</i>	<i>три пъти седмично (%)</i>	<i>ниतो веднъж в седмицата (%)</i>
Мляко и млечни продукти	34,1%	3,4%	21,7%	20,2%	20,6%
Месо и месни продукти	19,2%	38,6%	16,2%	2,2%	23,8%
Риба		27,3%	13,4%	2,5%	56,8%
Зърнени продукти	34,5%	5,2%	12,1%	12,0%	36,2%
Плодове и зеленчуци	49,5%	15,2%	18,5%	4,3%	12,5%
Бобови храни и варива		36,7%	8,5%	2,7%	52,1%
Захарни изделия	46,7%	7,3%	18,3%	22,2%	5,5%

С най-голям относителен дял, заемащи първо място в ежедневното меню, са плодовете и зеленчуците (49,5%), следвани от захарните изделия (46,7%), зърнените продукти (34,5%), млякото и млечните продукти (34,1%) и на последно място с най-малък относителен дял са месото и месните продукти - 19,2%. Повече от 1/3 от респондентите посочват, че веднъж в седмицата консумират месо и месни продукти, 36,7% бобови

храни, 27,3% риба, плодове (15,2%) и най-малко са консумиращите мляко и млечни произведения - 3,4%. Отговорите за преобладаване на предпочитаните храни два пъти в седмичното меню за всички храни варират в тяхни граници от 12,1% за зърнени храни, 18,3% за захарни изделия и 21,7% за мляко и млечни продукти. От предпочитаните храни три пъти в седмичното меню с относително най-голям дял са захарните изделия (22,2%) и мляко и млечни произведения (20,2%).

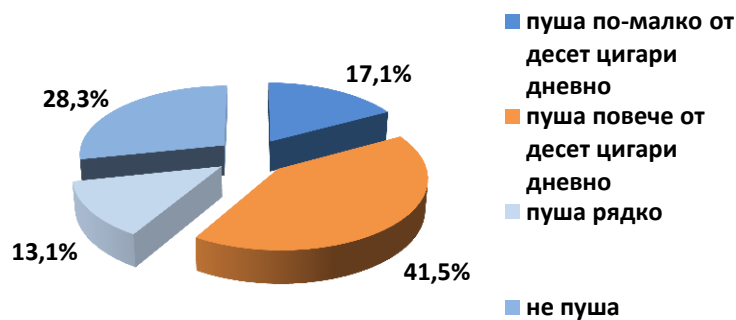
Интерес представляват отговорите на анкетираните, които посочват, че нито веднъж в седмицата не консумират риба (56,8%), бобови храни (52,1%), месо и местни продукти (23,8%), мляко и млечни произведения (20,6%) и др. Факт е, че значителен процент от респондентите не консумират храни, които са едни от най-необходимите за профилактиката на остеопорозата, чийто дял изключително нараства по време на климактериума.

От резултатите се вижда, че на първо място в седмичното меню стоят захарните изделия, което е предпоставка за затлъстяване и други заболявания и игнориране на една от най-полезните съставки в менюто – рибата. Установено е, че повишения прием на въглехидрати увеличава стойностите на холестерола, инсулиновата резистентност и риска от инсулт. Плодовете и зеленчуците са източник на пектин и други хранителни вещества, които имат значение за метаболизма в организма. Зърнените култури съдържат фитоестрогени, които намаляват вазомоторните симптоми и подобряват когнитивните процеси.

Проучване на британската фондация по хранене е установило, че при жени които консумират храни с ниско съдържание на фитоестрогени, изпитват в 80% горещи вълни. Поради високата консумация на морски и червени риби в 20% са горещите вълни при японските и китайските жени.[53,80]

Известно е, че поведенческите фактори, като пушене и консумиране на алкохол, влияят върху начина и качеството на живот, и протичането на климактериума при жените. Тютюнопушенето увеличава вероятността за настъпване на по-ранна менопауза, като броят на изпушените цигари до голяма степен е решаващ. Установено е, че менопаузата при жени, които редовно пушат, настъпва 1-2 години по-рано в сравнение с непушещите, поради въздействието на полицикличните ароматни въглеводороди в цигарения дим, които са токсични за яйчниковите фоликули. [141]

Относно тютюнопушенето и броя на изпушените цигари дневно се установи следното разпределение. (фиг.12)



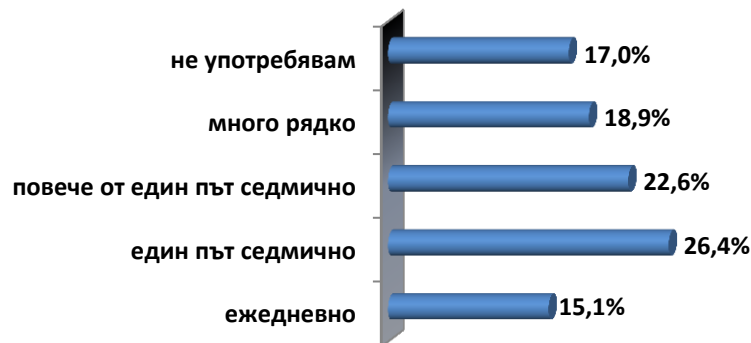
Фиг. 12. Употребата на цигари

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.13)

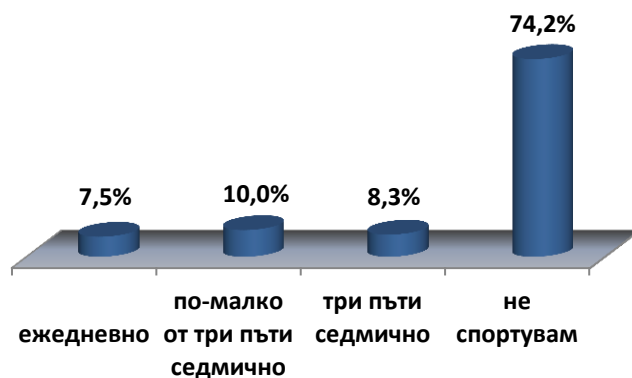


Фиг. 13. Употреба на алкохол

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 на наддаването на тегло, намалява риска от сърдечно-съдови и метаболитни заболявания, повишава енергийните нива на организма, мускулната сила и костната плътност. Редовното участие във физическата активност води до намален риск от различни видове рак, най-вече на дебелото черво и гърдата, поддържа нормалното функциониране на психическото здраве. Все още липсват достатъчни научни доказателства в подкрепа на физическите упражнения при управлението на вазомоторните симптоми. [56,72,134]

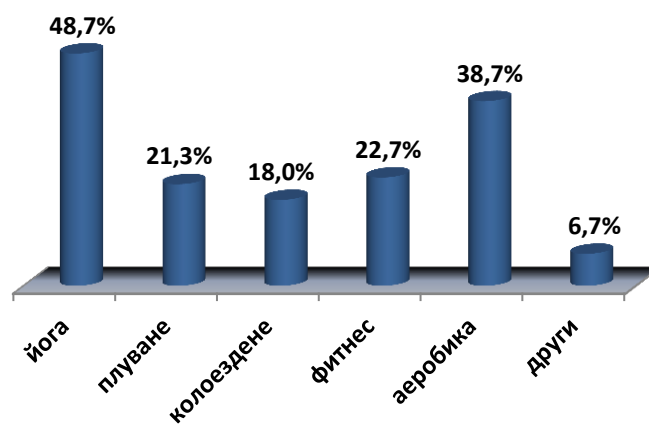
Ето защо включихме няколко въпроса относно спортните навици на респондентите. (фиг.14)



Фиг. 14. 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.

Въпреки големият процент на физически неактивните жени, е осъзната ползата за някои от следните спортове и техники. (фиг.15)



Фиг. 15. Мнение на респондентите за различни спортове и техники

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

Резултатите от фиг.13 показват, че 48,7% от анкетираните жени смятат за подходяща йогата, 38,7% залагат на аеробиката, следвани от

фитнеса (22,7%), плуването (21,3%) и колоезденето (18,0%). Най-малък е относителният дял на предпочитаните други спортове или техники (6,7%).

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.16.

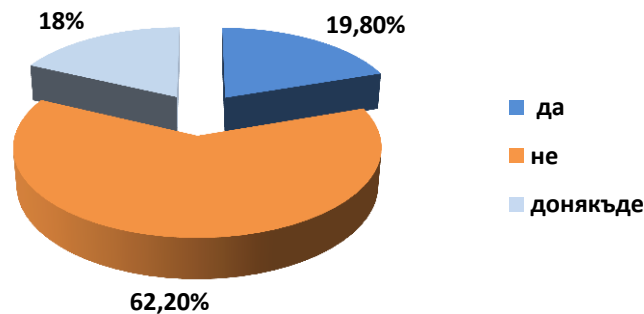


Фиг. 16. Преживени в последната година негативни събития

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, като напускането на семейството от децата, смърт на любими хора, развод и други, 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. Проучихме до каква степен жените разбират значението на термина „климактериум“. (фиг.17)

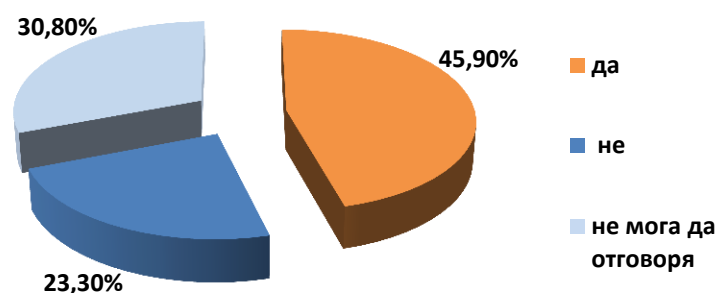


Фиг. 17. Информираност относно понятието климактериум

От анализа на резултатите констатираме, че повече от половината от анкетираните жени (62,2%) не са запознати със значението на термина климактериум. Това е предпоставка и за липсата на информираност относно промените и симптомите, настъпващи в този период. Едва 19,8% са добре запознати, а 18% отговорят, че са запознати донякъде.

Това ни дава основание, че е необходимо жените да бъдат подготвени с терминологията на понятието „климактериум“.

Неправилното разбиране на термина климактериум поражда необходимостта от изясняване до каква степен респондентите го отъждествяват с менопауза. (фиг.18)

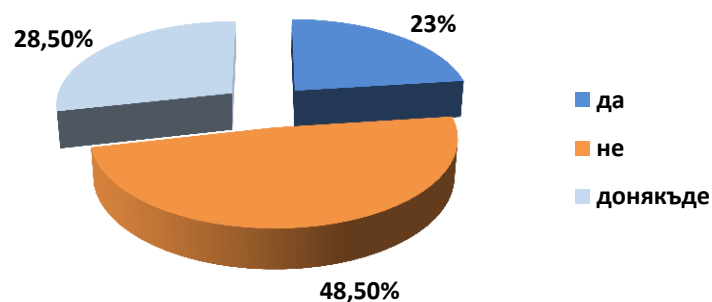


Фиг. 18. Значение на термините климактериум и менопауза

На поставения въпрос: „Еднакво значение ли имат термините климактериум и менопауза?“, е сравнително висок 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.

Тълкуването на термина климактериум означава възраст при жената, в която намалява и постепенно спира дейността на половите жлези, като този период се дели на три основни етапа. Един от тях и най-същественят е *менопаузата*, като това е едногодишния периодът на липса на менструация.

От получените резултати можем да предположим, че респондентите имат бегла представа за етапите на климактериума. Ясно се очертава недостатъчната информираност, което предизвиква интереса дали жените са запознати с продължителността на периода на климактериума. (фиг.19)

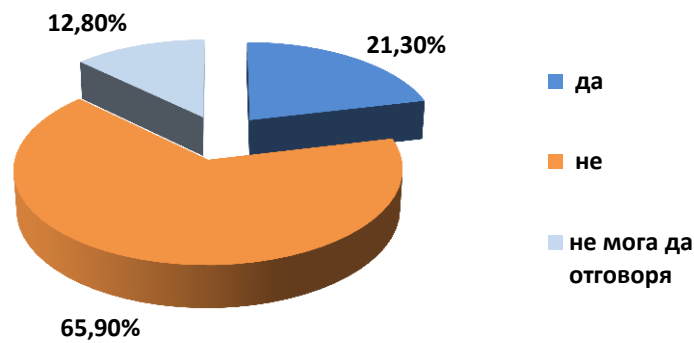


Фиг. 19. Познания на жените за етапите на климактериума

На въпроса „Запознати ли сте, че климактериумът е продължителен с времето процес, който преминава през няколко етапа?“ с най-висок процент са отрицателно отговорилите - 48,5%. Отговорите, които насочват за информираност на анкетираните жени, макар и непълно са 28,5%. Едва 23% от анкетираните са запознати, че климактериума е дълъг и продължителен период.

Климактериумът представлява процес на остаряване на женската репродуктивна система, с различна продължителност и индивидуално протичане. Началото и краят на периода не започват на една и съща възраст при всички жени, а както е известно, това зависи от сложния комплекс на редица фактори: епигенетични, ендогенни, етогенни и екзогенни.

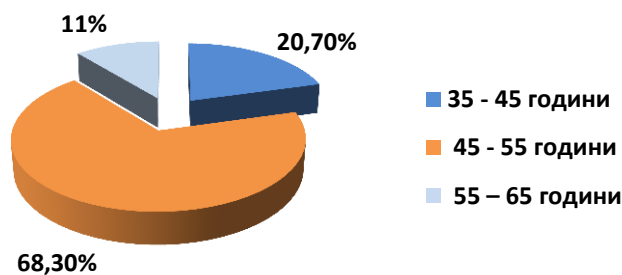
От значение е да проучим информираността на жените относно менопаузата като етап на климактериума и връзката ѝ с промените на менструалния цикъл. (фиг.20)



Фиг. 20. Информираност за етапът на менопаузата

На поставения въпрос „Смятате ли, че менопаузата е етап от климактериума, когато в рамките на една година липсва менструация?“, повече от 2/3 (78,7%) от респондентите са дали отрицателен отговор или не могат да отговорят. Запознатите с липсата на менструален цикъл в менопаузата са едва 21,3%. Това е още едно основание, което подсказва необходимостта от предоставяне на допълнителна и изчерпателна информация за жените, относно промените в този етап.

За да бъде подготвена една жена за очакванията и проявите в климактериума, следва да е запозната с възрастта, в която настъпва менопаузата по естествен начин. (фиг.21)



Фиг. 21. Познания за възрастта на настъпване на менопауза

На въпроса „Според Вас в коя от посочените възрастови групи най-често настъпва по естествен начин менопаузата?“, 68,3% са посочили възрастта между 45-55 години, което и според литературните източници и историческите данни е периода, в който настъпва менопаузата по естествен начин. По-малко от ¼ (20,7) считат, че естественото спиране на менструацията настъпва между 35-45 години, а според 11% от анкетираните този етап обхваща възрастта между 55-60 години.

Редица фактори влияят на настъпването на менопауза в по-ранен период от 45-55 години и това е т.нар. ранна/преждевременна менопауза. Ограничени са данните за настъпване на такава в периода 55-60 годишна възраст.

Можем да приемем всички отговори за достоверни, тъй-като епидемиологията на настъпването на менопаузата е свързана с демографски, генетични фактори и различни детерминанти на здравето.

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.22)



Фиг. 22. 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 кървотечения, 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.23)



Фиг. 23. 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. Нито една от анкетираните

жени не се е възползвала от възможността да посочи друга проява, както и че не е запозната с посочените във въпроса симптоми. Тези резултати показват, че все пак жените имат познания и очаквания за началото на новия етап от техния живот.

Процесите на стареене и естрогенния дефицит оказват своето въздействие върху целия организъм, в който настъпват редица атрофични промени. За да бъде напълно изяснено до каква степен са информирани жените относно симптоматиката на климактериума, счетохме за необходимо да се изследва дали те са запознати със състоянията, които предизвикват дискомфорт след настъпване на менопаузата. (фиг.24)

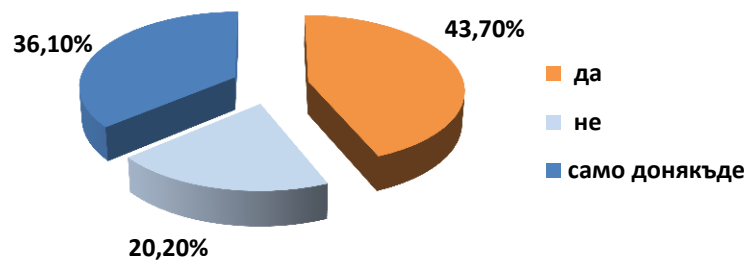


Фиг. 24. Информираност относно проявите след менопаузата

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

Проучването установи, че според значителна част от анкетираните жени (68,3%), най-честата проява след настъпване на менопаузата е „намалено либидо и болка при полов контакт“. С доста по-ниски резултати се нареждат инконтиненцията и дискомфорта при уриниране (37,4%), атрофията на влагалището и пикочния мехур (22,8%). С най малък дял (17,2%) е посочено състоянието за косопад и чупливост на ноктите, а 13% от анкетираните участници на са запознати с проявите след настъпване на менопаузата. И тук не е използвана възможността от респондентите да отбележат друго състояние, предизвикващо дискомфорт.

От всички посочени до момента настъпващи промени в женския организъм, е необходимо да проучим знанията за функциите на някои органи и системи, свързани с дълготрайните последствия в климактериума при жените. Затова логично зададохме въпрос, относно информираността на респондентите за нарушенията в дългосрочен план. (фиг.25)



Фиг. 25. Информираност за промените в организма в дългосрочен план

Впечатление прави, че по-големият относителен дял (43,7%) се пада на анкетираните, които знаят, че от всички настъпващи промени в организма по време на климактериума, следва да се очаква нарушено функциониране на някои органи и системи в тялото на жените за по-продължителен период от време. Донякъде са запознати 36,1% а само 20,2% смятат, че не се очакват промени в дългосрочен план.

Резултатите от получените отговори на този въпрос са обезпокоителни, тъй като в условия на естрогенен дефицит зачестяват заболяванията на сърдечно-съдовата система, прогресивно нараства инсулинова резистентност и нарушенията в мастната обмяна, намалява минералното съдържимо на костна тъкан, по-чести са и заболявания като злокачествени тумори на гениталния тракт и на млечната жлеза, болест на Алцхаймер, артрит, катаракта.

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.26)



Фиг. 26. Необходимостта от редовни профилактични прегледи в периода на климактериума

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

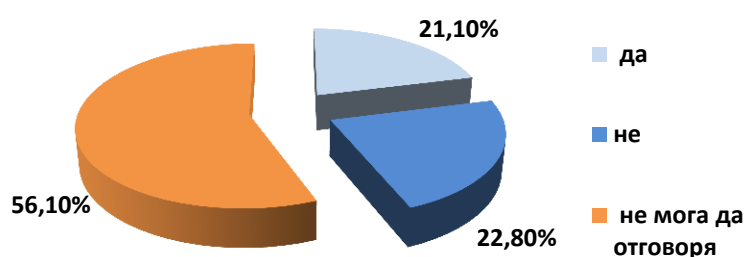
Относно провеждането на редовни профилактични прегледи по време на климактериума анкетираните са имали възможност да посочат повече от един отговор. В голяма част (59,1%) респондентите смятат, че в този период е необходимо да се извършва цитонамазка, според 57,8% трябва да се измерва костната плътност, 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, пулса и в телесното тегло, макар и до този момент жените да не са имали изразен проблем в тази област.

Според анкетираните, с голяма значимост се нареждат изследванията за контрол на теглото 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.

Естествено във възрастта на климактериума е възможно да бъде приложена и хормонозаместителна терапия. До каква степен респондентите са запознати с благоприятното влияние на този вид лечение става ясно от резултатите, посочени във фиг.27.



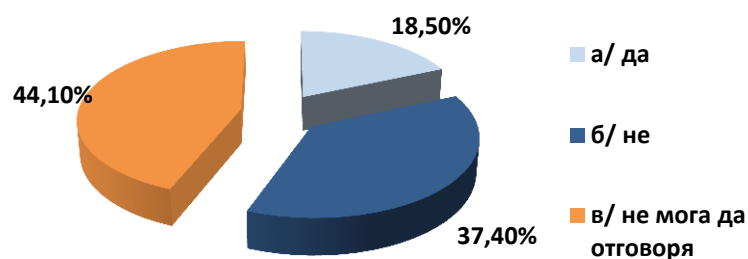
Фиг. 27. Влияние на хормонозаместителната терапия върху симптомите и оплакванията

Мнението на респондентите относно влияние на хормонозаместителната терапия върху симптомите и оплакванията сочат, че болшинството (78,9%) от анкетираните жени нямат познания за използването на хормонозаместителната терапия в периода на климактериума, а само 21,1% считат, че са запознати.

За съжаление този резултат показва, че повечето от респондентите не са запознати с терапевтичните хормонални ефекти. ХЗТ има както своите ползи, така и негативни последици върху женския организъм. При този вид лечение може да се очаква повишен риск от сърдечни пристъпи, инсулти, злокачествени тумори на млечната жлеза, но в същото време намалява риска от фрактури на тазобедрените стави и влияе благоприятно на горещите вълни и вагиналната атрофия. [172] Това отново показва неинформираност на жените относно възможностите за повлияване на симптомите в периода на климактериума, но резултата не е изненадващ,

тъй като в България едва 2,7% от жените в тази възраст са се възползвали от този вид лечение.

Естествено, хормонозаместителната терапия е само един от методите за лечение, но съществуват и допълнителни и алтернативни методи за справяне с оплакванията в етапите на менопаузален преход. Проучихме информираността на респондентите относно тези методи и средства. (фиг.28)

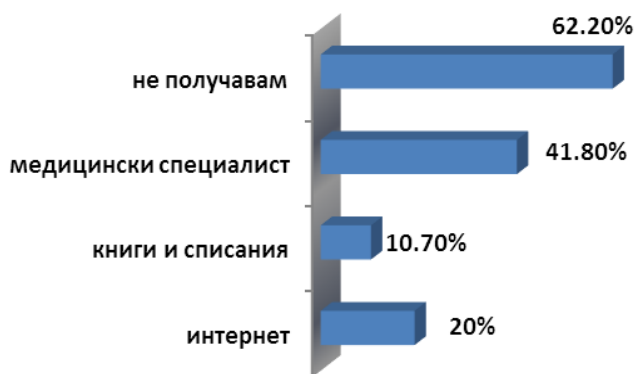


Фиг. 28. Информационност за допълнителни и алтернативни метод, повлияващи симптомите съпътстващи климактериума

С различни от хормонозаместителната терапия алтернативни методи за справяне на симптомите в климактериума не са запознати 81,5% от респондентите, а само 18,5% се пада на тези, които имат някаква информация за този превантивен начин за лечение. Естественият допълнителен метод е приемането на фитоестрогени. Фитоестрогените са нестероидни растителни продукти със слаб естрогеноподобен ефект, които съдържат изофлавонови. Жените в климактериума могат да си го набавят чрез здравословната диета и балансираното хранене, с правилния подбор на хранителни продукти като соя, маслодайни и зърнени култури, зеле, фасул, ориз, целина, копър и други.

Физическите упражнения също осигуряват редица предимства, специфични за климактеричния период. Те трябва да бъдат редовни, най-малко по 30 минути за пет или повече дни в седмицата.

Слабата информираност и липсата на познания е тревожен факт, което ни подтикна да проучим по какъв начин респондентите се осведомяват по въпроси, свързани с трансформацията от репродуктивна към нерепродуктивна възраст. (фиг.29)



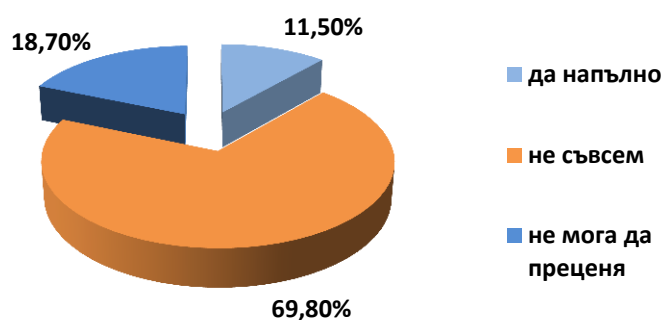
Фиг. 29. Начин за получаване на информация относно климактериума

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 образоват 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.

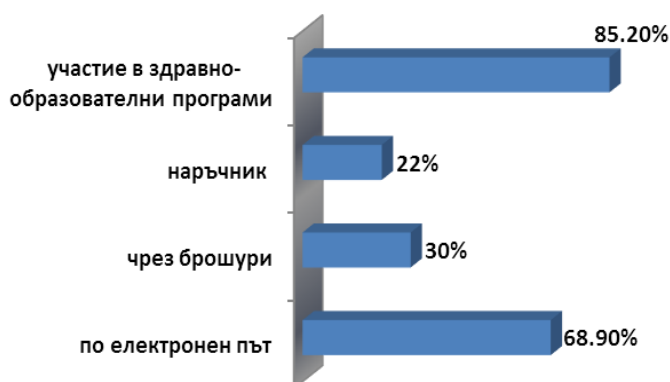
Задълбочихме проучването, като се поинтересувахме „Достатъчна ли е получаваната информация“? (фиг.30)



Фиг. 30. Достатъчност на получаваната информация

От получените резултати се установява, че за повечето от анкетираниите (81,3%) информацията, която получават за периода на климактериума не е достатъчна, тоест не ги удовлетворява, а за 11,5% е напълно достатъчна.

За да бъде добре информирана всяка жена е необходимо да разберем какви са начините, чрез които жените предпочитат и биха желали да получат допълнителни данни за периода на климактериума. Предпочитанията на респондентите относно формите за информираност са представени на фиг.31.



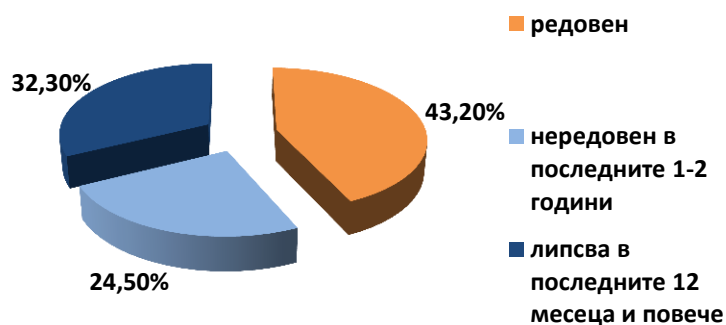
Фиг. 31. Предпочитания за начина на получаване на информация

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

На този въпрос повечето от анкетираниите 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.

Постепенното понижаване на активното производство в полови хормони, овариалната и фоликуларната функция на яйчниците, са причина за промяна в менструалния цикъл. По време на климактериума преобладават ановулаторни цикли, съпроводени с различни аномалии в менструацията. [13, 17, 47] Според някои проучвания повече от 90% от жените имат менструални нарушения, а само 12% от тях имат внезапна аменорея. [49]



Фиг.32. Характер на менструалния цикъл

На въпроса за характера на цикъла в менструациите резултатите показват, че при 349 (43,2%) от анкетираните жени менструалния цикъл е редовен, а 261 (32,3%) от респондентите отчитат липса на менструация в последните 12 и повече месеца. С нарушения с различна продължителност и интервал са 198 жени (24,5%). Това е важен биологичен показател,

според който може да се отчитат както етапите на климактериума, така и проявата и тежестта на симптомите.

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

Хормоналните промени в климактериума обикновено са придружени с комплекс от соматовегетативни, вазомоторни, психоемоционални и урогенитални симптоми. В периода на естрогенен дефицит жените възприемат по различен начин и степен на тежест на протичане тези субективни оплаквания. Ето защо с помощта на въпросника на MRS в българска версия проучихме следните симптоми: *горещи вълни; сърдечни проблеми*, необичайно сърцебиене, прескачане на сърцето, ускорен пулс, стягане в сърдечната област; *проблеми със съня*, като трудно заспиване, нощно събуждане, проблем със събуждането; (душена отпадналост, чувство на тъга, плачливост, липса на енергия.); *наличие на 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); *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); *проблеми със ставите и мускулите* (болка в ставите и мускулни спазми) и други.

За проучването е изследвана надеждността на скалата и нейната психометричност чрез коефициентът на Кронбах и междуайтъмната корелация.

Табл. 3. Коефициент на Кронбах и междуайтърна корелация

Cronbach's Alpha	0.899
Inter-Item Correlations	0.448

Високият коефициент алфа на Кронбах (0.899) и сравнително ниската междуайтърна корелация (0.448) показват добра вътрешна съгласуваност на скалата. Това води до една добра 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 отсегрегирани 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**.

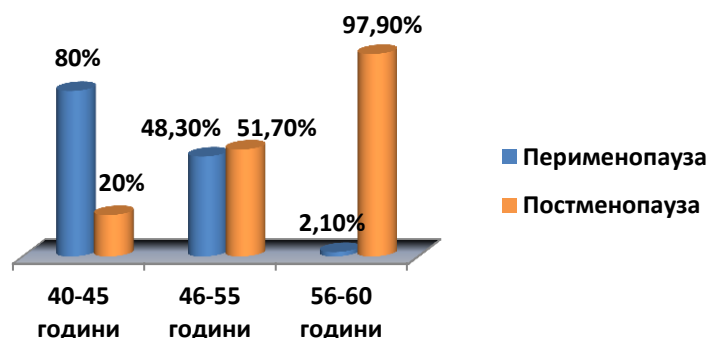
Табл. 4. Средна възраст и разпределение на изследваните жени по група менструален цикъл

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.

На фиг.33 е представено възрастовото разпределение на двете групи респонденти.



Фиг. 33. Възрастово разпределение на жени в перименопауза и постменопауза

В групата перименопауза преобладават жените на възраст 40-45 години, те са 80,0% от изследваните жени в тази група. Около 97% от жените в постменопауза са на възраст 56-60 години. В средната възрастова група (46-55 год.) процентите на жените в двете групи са относително еднакви – около 50,0%.

В изследването е проучен броят на симптомите при всяка жена. Разпределението на жените по брой симптоми е представено на следващата таблица 5.

Табл. 5. Разпределение на изследваните жени по брой на симптомите

Брой симптоми	Група n(%)		Общо n(%)
	Перименопауза	Постменопауза	
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.6 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до сомато-вегетативната подскала в двете контролни групи.

Табл. 6. 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. В 34,8% в първата група и 29,9% във втората, симптома се възприема като слаба проява. Прави впечатление, че при жените в постменопауза, умерената, силна и много силна проява (23%, 16,1% и 8%) превалират. Въз основа на посочените оценки е видно, че при малко повече от $\frac{1}{4}$ на респондентите в перименопауза и в почти половината в постменопауза качеството на живот е нарушено.

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. Само в 6% от първата група и в 17,2% от втората група анкетираните съобщават за умерена симптоматика. Идентифицирането на силна сърдечна проява е докладвана само при 10,3% респонденти в групата на постменопауза. Тези данни показват, че симптомът е възприеман от повечето според оценъчната скала като тежест на проява от 0-1 точки. 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 анкетирани. Нарушенията на съня засягат силно 16,7% от респондентите в перименопауза и 28,7% от жените в постменопауза. Забелязва се, че много силното нарушение на съня засяга в 13,8% втората група анкетирани, което е двукратно повече от първата група. Получените резултати показват, че в почти 24% при жените в перименопауза и в 42,5% - в постменопауза изпитват сериозни проблеми и нарушения на съня. 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 анкетирани 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.7 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до психологическата подскала в двете контролни групи.

Табл. 7. 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		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	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 отпадналост, чувството на тъга, плачливостта, липсата на енергия и промените в настроението са с умерена проява при 27,6% – в

постменопауза. Силна и много голяма тежест на протичане се съобщава от 31,8% в първата група и от 27,6% във втората група респонденти. В малко над $\frac{1}{4}$ от жените в двете групи проявата на симптома липсва. Анализът от резултатите показва, че потиснатото настроение засяга повече от 70% анкетираният контингент. В групата на 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 в 85% при жените и в двете групи. В перименопаузата 34,8% усещат слаба раздразнителност, а 27,6% в постменопауза докладват умерена проява. Прави впечатление, че 21,2% от жените в първата група силно възприемат симптома, а много силната проява е характерна за 15,2% от респондентите. Малко повече от $\frac{1}{3}$ (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. В слаба степен тревожността присъства в 40,9% при жени в перименопауза и в 31,0% - в постменопауза. 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 засяга 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. Слабата проява е

характерна за 39,4% за респондентите в перименопауза, докато 27,6% в постменопауза възприемат с умерена интензивност симптома. 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.8 е представено разпределението и е съпоставена степента на тежест на проява при симптоми, отнасящи се до урогениталната подскала в двете контролни групи.

Табл. 8. 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%
χ^2 -тест	$\chi^2=35,77$, $p<0,001$				$\chi^2=12,80$, $p=0,012$				$\chi^2=71,70$, $p<0,001$			

Сексуалните проблеми протичат с различна проява и степен на тежест при изследвания контингент. От общия брой анкетирани при 40,9% в перименопауза и 27,6% в постменопауза съобщават за липса на проява на неудовлетвореност в сексуалния живот. Умерена проява се отчита в 32,1% във втората група. 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. Значително голям относителен дял и в двете групи (59,2% в първата и 49,6% във втората) съобщават за липса на тези проблеми, а при (4,4%) от жените в перименопауза и при (5,7%) в постменопауза се наблюдава силна проява. 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. Нито една жена (0%) в тази група не съобщава за силна и много силна проява. За 33,3% от групата на постменопаузата проявите са леки, а в 11,5% 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.

Степента на проявата по скалата дава количествен резултат на тежестта на проява на отделните симптоми. Следващите таблици показват подробна оценка на отделните 11 симптома на рейтинговата скала. Представени са средните аритметични стойности и сумата на точките за всеки симптом (табл.9 и табл.10)

Табл. 9. Оценка на симптомите за жени в перименопауза

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА НА СИМПТОМИТЕ								
	БРОЙ респонде нти	СРЕД НА СТОЙ НОСТ (ср. аритмети чна)	МЕДИА НА	МО ДА	ЧЕС ТОТА НА МОДА ТА	СУМА НА ТОЧКИ ТЕ	М I N	М А X	СТАНДАР ТНО ОТКЛОНЕ НИЕ
<i>Горещи вълни, изпотяване</i>	198	1,03	1,00	0	50	136	0	4	1,05
<i>Сърдечни проблеми</i>	198	0,50	0,00	0	74	66	0	2	0,61
<i>Проблеми със съня</i>	198	1,58	1,00	1	54	208	0	4	1,17
<i>Потиснато настроение</i>	198	1,42	1,00	1	50	200	0	4	1,03
<i>Раздразнител ност</i>	198	1,59	1,50	1	46	210	0	4	1,03
<i>Тревож ност</i>	198	1,75	1,50	1	54	248	0	4	1,01
<i>Физическо и психическо изтощение</i>	198	1,86	1,00	1	52	274	0	4	1,07
<i>Сексуални проблеми</i>	198	0,85	1,00	0	54	112	0	3	0,90
<i>Проблеми с пикочния мехур</i>	198	0,56	0,00	0	78	74	0	3	0,80
<i>Влагалищни проблеми</i>	198	0,33	0,00	0	98	44	0	2	0,61
<i>Проблеми със ставите и мускулите</i>	198	1,21	1,00	1	46	160	0	4	1,04

Средните аритметични стойности на интензитета за всички 11 симптома в групата на жените в перименопауза варират от 0,33 до 1,86. Най-ниски средни стойности се наблюдават при влагалищните проблеми (0,33), сърдечните проблеми (0,50), проблеми с пикочния мехур (0,56) и сексуалните проблеми (0,85). Най-високи стойности са отчетени при симптомите физическо и психическо изтощение (1,86) тревожност (1,75), раздразнителност (1,59), проблеми със съня (1,58), и потиснато настроение (1,42). Респективно и общата сума на точките е най-висока за тези симптоми – физическа и психическа умора (274т.), тревожност (248т.), раздразнителност (210т.), проблеми със съня (208т.), потиснато настроение (142т.). Резултатите показват, че всички симптоми в психологическата подскала са възприемани и оценени от жените в перименопауза с високи средни стойности и сбор от точки, а само един от симптомите в соматовегетативната подскала (проблеми със съня) се усеща с по-голяма тежест и се подрежда на четвърто място по честота на проява. Това се отразява на физическото и на психоемоционалното състояние на жените и нарушава качеството им на живот.

На табл.10 са представени средните аритметични стойности и общият сбор от точки на всеки от симптомите, отнасящи се до жените в постменопауза.

Табл.10. Оценка на симптомите за жени в постменопауза

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА НА СИМПТОМИТЕ								
	БРОЙ респонденти	СРЕДНА СТОЙНОСТ (ср. аритметична)	МЕДИАНА	МОДА	ЧЕСТОТА НА МОДАТА	СУМА НА ТОЧКИТЕ	MIN	MAX	СТАНДАРТНО ОТКЛОНЕНИЕ
<i>Горещи вълни, изпотяване</i>	261	1,56	1,00	1	52	272	0	4	1,23
<i>Сърдечни проблеми</i>	261	1,00	1,00	0	66	174	0	3	0,99
<i>Проблеми със съня</i>	261	2,14	2,00	2	50	372	0	4	1,24
<i>Потиснато настроение</i>	261	1,60	2,00	2	48	278	0	4	1,18

<i>Раздразнителност</i>	261	2,08	2,00	2	48	362	0	4	1,27
<i>Тревожност</i>	261	1,68	1,00	1	54	292	0	4	1,26
<i>Физическо и психическо изтощение</i>	261	1,97	2,00	3	58	342	0	4	1,16
<i>Сексуални проблеми</i>	261	1,44	2,00	2	56	250	0	4	1,12
<i>Проблеми с пикочния мехур</i>	261	0,86	1,00	0	86	150	0	4	1,04
<i>Влагалищни проблеми</i>	261	1,24	1,00	1	58	216	0	4	1,01
<i>Проблеми със ставите и мускулите</i>	261	2,07	2,00	3	54	360	0	4	1,15

Средните аритметични стойности на интензитета за всички 11 симптома в групата на жените в постменопауза варират от 0,86 до 2,14. Най-ниските средни стойности се забелязват проблемите с пикочния мехур(0,86), сърдечните прояви (1,00), при влагалищния дискомфорт (1,24) и сексуалните проблеми (1,44). Най- високи стойности се наблюдават при симптомите: проблеми със съня (2,14), раздразнителност (2,08), проблеми със ставите и мускулите (2,07), физическа и психическа умора (1,97), тревожност (1,68), потиснато настроение (1,60) и горещи вълни и изпотяване (1,56). Общата сума на точките е пропорционална на тези оплаквания - проблеми със съня (372т.), раздразнителност (362т.), проблеми със ставите и мускулите (360т.), физическа и психическа умора (342т.), тревожност (292т.), потиснато настроение (278т.), горещи вълни и изпотяване (272т.). Данните показват, че жените в постменопауза съобщават не само високи стойности, касаещи психологическата подскала, но и завишени оценки на някои от симптомите в сомато-вегетативната и урогениталната подскала (ставни и мускулни оплаквания, горещи вълни и влагалищни проблеми), които нарушават качеството им на живот.

На следващата таблица (табл.11) са представени резултатите от средните оценки на трите подскали в изследваните групи респонденти.

Табл. 11. Средни оценки на подskalите при жени с перименопауза и постменопауза

ПОДСКАЛИ	ОЦЕНКА НА ПОДСКАЛИТЕ					
	I ГРУПА ПЕРИМЕНОПАУЗА			II ГРУПА ПОСТМЕНОПАЗУЗА		
	Брой респондент ти	Средна аритметич на стойност	Стандарт но отклонен ие	Брой респондент ти	Средна аритметич на стойност	Стандарт но отклонен ие
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.

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

0-15т. - леко протичащ климактериум

16-30 т. - умерено протичащ климактериум

31-44 т. - тежко протичащ климактериум

Колкото е по-висок резултатът и симптомите протичат с по-голям интензитет, толкова е по-ниско качеството на живот на жените. Леко

засегнати от проявите и с високо качество на живот се счита резултат от 0-15 точки. Резултат между 16-30 точки показва, че е умерено нарушено качеството на живот, а от 31-44 точки - значително влошаване.

На табл.12 е представен общия резултат от оценките на симптомите.

Табл. 12. Оценки на степента на качество на живот в зависимост от проявата на симптомите

Общ резултат		N	F %
0-15	Високо качество на живот	231	50,3
16-30	Занижено качество на живот	204	44,4
31-44	Ниско качество на живот	24	5,3

В нашата извадка от 459 анкетирани жени на възраст 40-60 години, 231 (50,3%) получиха общ резултат от 0-15 точки. Данните сочат, че те са минимално засегнати от проявите на климактериума и качеството им на живот е високо. За 204 респонденти (44,4%) - говорим за леко понижено качество на живот, тъй като резултата варира между 16 и 30 точки. Само при 24 анкетирани (5,3%) с оценки от 31-44 точки качество на живот е силно занижено.

Въз основа на тези резултати стигаме до заключение, че качеството на живот се повлиява от промените и симптомите, предизвикани от периода на климактериума.

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.13)

Табл. 13. 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 ($p=0.017$).

В заключение можем да отчетем, че конфликтите в семейството, напускането на децата от семейството, загубата на близък човек и смяната на местоживеенето при анкетираните жени в перименопауза и постменопауза оказват влияние на протичането на психологическите прояви.

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

Изследвана е връзката между възрастовите групи и степента на проява на симптомите в отделните подскали при двете групи респонденти. (табл.14)

Табл. 14. Възrastови групи и степен на протичане на симптомите в подскалите

Подскала	Проява на симптомите	Възrastова група			p
		40-45 г. %	46-55 г. %	56-60 г. %	
Сомато-вегетативна подскала	слаба	11.1	15.0	12.5	< 0.001
	умерена	28.9	11.7	10.4	
	силна	33.3	31.7	20.8	
	много силна	26.7	41.7	56.3	
Психологическа подскала	слаба	11.1	18.3	16.7	0.111
	умерена	24.4	16.7	12.5	
	силна	42.2	31.7	35.4	
	много силна	22.2	33.3	35.4	
Урогенитална подскала	слаба	22.2	26.7	16.7	< 0.001
	умерена	20.0	10.0	2.1	
	силна	37.8	35.0	37.5	
	много силна	20.0	28.3	43.8	

В две от подскалите (сомато-вегетативната и урогениталната) се установиха значими връзки с възрастните групи ($p < 0.001$). Единствено при психологическата скала не се установи значима връзка с възрастните групи на респондентите ($p = 0.111$).

Изследвана е връзката между степента на проявите на симптомите в трите подскали и образователния ценз. (табл.15)

Табл. 15. Образователен ценз и степен на протичане на симптомите в подскалите

Подскала	Проява на симптомите	Образователен ценз				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 анкетирените 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 респондентите в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите в трите подскали. (табл.16)

Табл. 16. 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 анкетирените 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 броя на децата в домакинството на анкетираните жени в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите в трите подскали. (табл.17)

Табл. 17. Деца в семейството и степен на протичане на симптомите в подskalите

Подскала	Проява на симптомите	Брой деца				p
		едно	две	повече от две	няма деца	
Сомато-вегетативна	слаба	13.7	16.7	0.0	0.0	0.003
	умерена	19.6	14.1	7.7	27.3	
	силна	27.5	29.5	15.4	45.5	
	много силна	39.2	39.7	76.9	27.3	
Психологическа	слаба	9.8	19.2	0	36.4	< 0.001
	умерена	23.5	12.8	7.7	36.4	
	силна	35.3	35.9	61.5	9.1	
	много силна	31.4	32.1	30.8	18.2	
Урогенитална	слаба	29.4	23.1	0	9.1	0.005
	умерена	11.8	10.3	7.7	9.1	
	силна	37.3	34.6	30.8	54.5	
	много силна	21.6	32.1	61.5	27.3	

Изследваната връзка между броя на децата в семейството на респондентите в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите, е статистически значима. В сомато-вегетативната подскала тази връзка е $p=0.003$; в психологическата подскала ($p<0.001$); в урогениталната скала $p=0.005$. При двете подскали (сомато-вегетативна и урогенитална) най-високата тежест на протичане на симптомите се наблюдава при жените с повече от две деца – 76,9% и 61,5%. При психологическата подскала, относителния дял на жените с най-силна проява на симптомите се наблюдава при тези с две деца (32,1%). При жените с едно и повече от две деца, резултатите са сравнително идентични (около 31%), а при тези без деца, много тежкото протичане на симптомите в психологическата подскала се наблюдава едва при 18,2% от анкетираните в двете групи респонденти.

В заключение можем да отбележим, че броят на децата в семейството при изследваните жени в перименопауза и постменопауза, оказват влияние в различна степен на проявите на симптомите в трите подскали.

Изследвана е връзката между професионалната заетост на анкетираните жени в перименопауза и постменопауза, и степента на проява на симптомите в трите подскали. (табл.18)

Табл. 18. 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.

Резултатът доказва, че работното време на анкетираните жени в перименопауза и постменопауза корелира в различна степен на проява със симптомите от сомато-вегетативната и психологическата подскали.

3.3. Мнение на респондентите относно възприемането на климактериума

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

Индивидуалните нагласи на жените имат изключителна роля за възприемането и преживяването на климактериума. Тези от тях, които имат негативни нагласи към биологичния процес, показват по-голям брой и честота на симптомите, по-трудно възприемат и се справят с промените.

Проучихме мнението на респондентите относно начина по който приемат климактериума. (табл.19)

Табл. 19. 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.

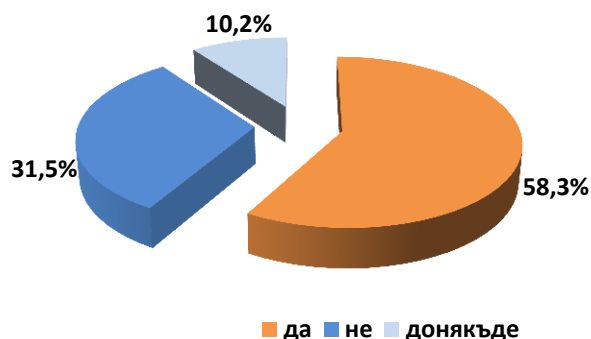
Климактеричният феномен е силно изявен с фазите на промени, отнасящи се до физически, психологически и социални функции, които жените възприемат, самооценяват и споделят по различен начин. Ето защо зададохме въпросът „ С кого най-често споделяте проблемите, свързани с вашите симптоми и оплаквания? “ (фиг.34)



Фиг. 34. Споделяне на проблемите свързани с климактериума

Резултатите показват, че 35,0% от респондентите споделят своите проблеми със семейството, 21,7% с приятели и колеги, с медицински специалисти и психолози 13,1% и с никого 30,2%.

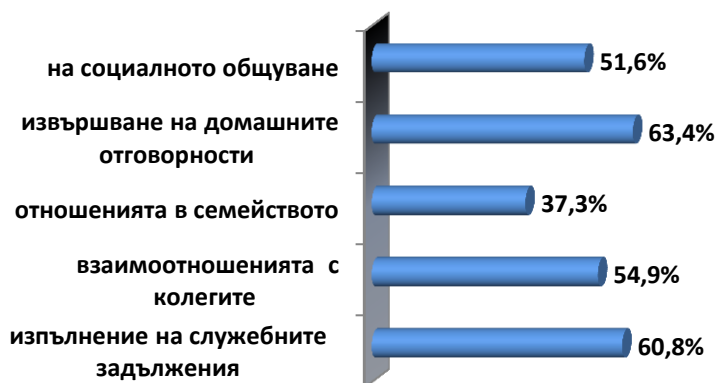
В периода на климактериума жената се нуждае от изключително внимание, подкрепа и разбиране, за да не се чувства пренебрегната, изолирана, с опасения за икономически и трудови проблеми. На въпроса към респондентите, отнасящ се до промени в поведението в начина на живот, отговорите са на фиг.35.



Фиг. 35. Промени в начина на живот в климактериума

Най-висок е относителният дял на анкетираните (58,3%), които категорично считат, че възрастовите промени са оказали влияние на начина им на живот, 10,2% ги чувстват донякъде, а 1/3 (31,5%) не са променили стереотипа си. Прави впечатление, че повече от половината респонденти описват състоянието си като „объркана“, „безпомощна“, „остаряла“, „ненужна“, „чувствам се по-зле от всякога“, „апатична“, и „негативна“.

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.36)



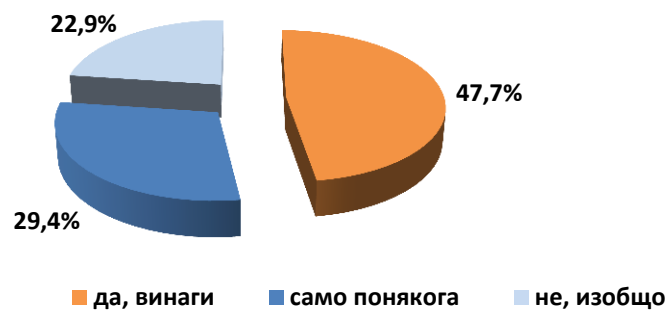
Фиг. 36. Промени в общуването и отговорностите след настъпване на климактериума

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.

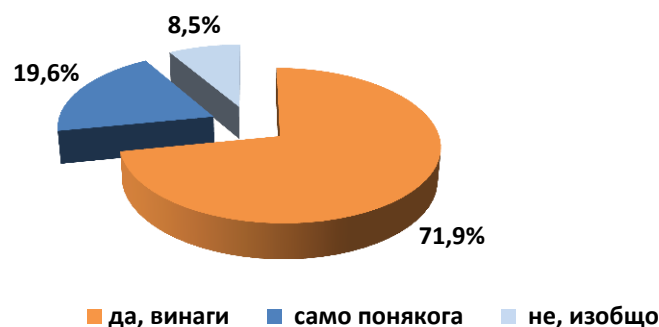
Високият процент на отговорилите, които считат, че симптоматичните прояви в климактеричния период оказват негативно влияние на професионалните им ангажименти, ни провокира да проучим доколко респондентите получават разбиране и подкрепа от колегите си. (фиг.37)



Фиг. 37. Разбиране и подкрепа в работата

Почти половината (47,7%) от анкетираните получават в работата си разбиране и подкрепа от техните колеги, 29,4% само понякога са подкрепени, а 22,9% не получават изобщо очакваното разбиране в периода на промяната.

Семейството се явява най-близкото обкръжение, където се споделят проблемите и се забелязват промените и нагласите в климактерична възраст. Въпросът свързан със семейната подкрепа е представен на фиг.38.



Фиг. 38. Разбиране и подкрепа в семейството

Значително висок е относителния дял на анкетираните жени (71,9%) в период на перименопауза и постменопауза, които получават напълно внимание и подкрепа в семейството си. Почти 1/5 (19,6%) се чувстват подкрепени донякъде, а само 8,5% изобщо не получават разбиране. Това може да се дължи на факта, че повече от 1/3 от анкетираните жени са вдовици, разведени, неомъжени, нямат деца или не споделят със семейството си проблеми, свързани с техните симптоми и оплаквания.

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.

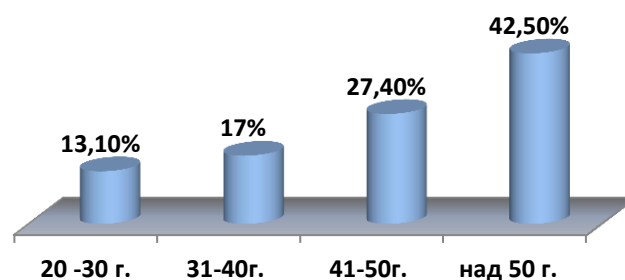
Разпределението на респондентите по работа показва, че преобладаващата част са заети в болничната помощ (80,2%). Сравнително малък е относителния дял на работещите в извънболничната помощ акушерки - 19,8%. (фиг.39)



Фиг. 39. Разпределение на респондентите според работно място

Този резултат показва, че все още в първичната медицинска помощ не са осъзнати професионалните компетенции на акушерките по отношение на предлагане на здравно-промотивни и превантивни дейности, удовлетворяващи потребностите от грижи за жените, семействата и обществото.

Възрастовата структура на анкетираните акушерки показва, че най-висок е относителния дял на акушерките, които са във възрастовата група над 50 години (42,5%), следвани от тези на възраст 41-50 години – 27,4%. Най-малък е делът (13,1%) на акушерките във възрастовата група 20-30 години. (фиг.40)

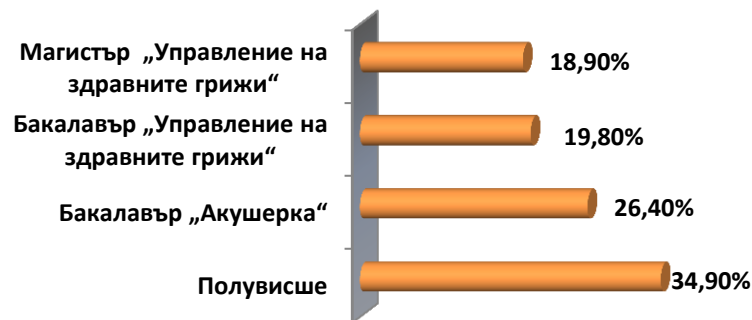


Фиг. 40. Възрастово разпределение на респондентите

Резултатът е в следствие на диспропорции на няколко процеса: застаряване на работещите акушерки и напускане на професията, намален

интерес на младите хора да се обучават в професионално направление „Акушерка“ и недостатъчно новозавършили кадри за работа в системата на здравеопазването. Причините за това са: недостатъчно финансово обезпечаване, недиференцирано разпределение на отговорностите, липса на Национална стратегия за развитие на акушерските грижи.

По отношение на образователния ценз, резултатите са следните (фиг.41)



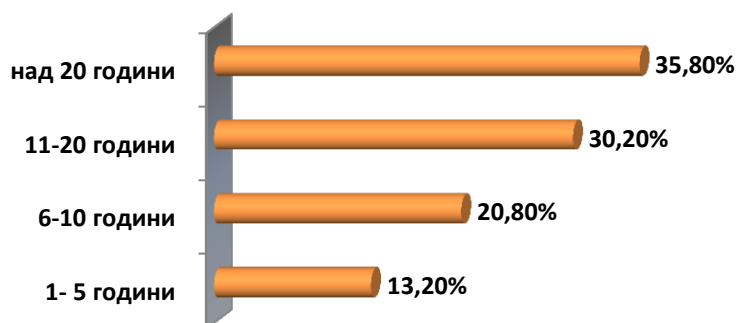
Фиг. 41. Образователен ценз на респондентите

Най-голям е относителният дял на респондентите (34,9%) с полувисше образование, следван от тези с образователно-квалификационна степен /ОКС/ „бакалавър“ „Акушерка“ (26,4%). Прави впечатление, че повече от 1/3 (38,7%) от акушерките са надградили образованието си в степен „бакалавър“ или „магистър“ по управление на здравните грижи.

Базовото образование на акушерките в България претърпява промени в годините. Съвременните акушерки се обучават в унисон с Европейските Директиви във факултети и/или филиали по „Здравни грижи“ в Университети, получили акредитация.(ЗВО).

По отношение на професионалния стаж на респондентите се забелязва, че по-големия относителен дял се пада на акушерките с над 20 години – 35,8%, след тях са групата със трудов стаж 10-20 години – 30,2%.

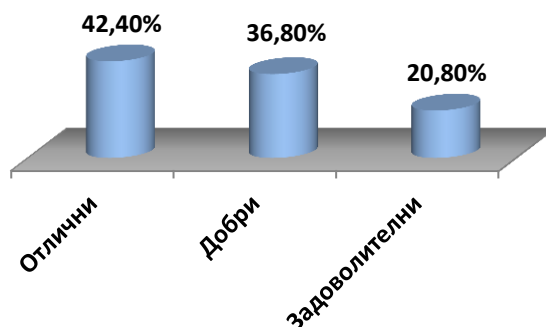
Следват респондентите със стаж 6-10 години – 20,8%, а най-малък е дялът на акушерките със стаж 1-5 години – 13,2%. (фиг.42)



Фиг. 42. Трудов стаж по специалността

Натрупаният професионален опит е важен критерий, който предполага сигурност в извършване на дейностите в компетентното оказване на качествени акушерски грижи и увереност в точната преценка на ситуацията.

По отношение на владенето на компютърните технологии, резултатите са следните: (фиг.43)



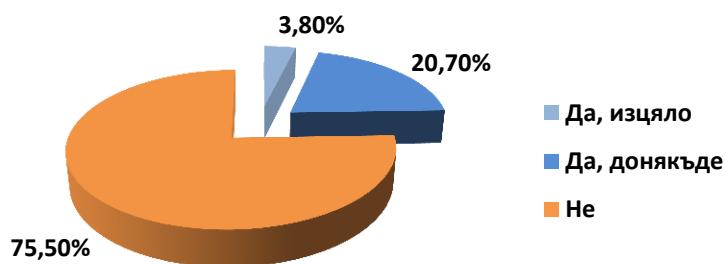
Фиг. 43. Самооценка на акушерките относно компютърните им умения

Самооценяването на 2/3 от акушерките е „отлично“ (42,4%) или „добро“ (36,8%). Като „задоволителни“ са оценили уменията си 20,8% от респондентите. Тези резултати определено показват, че акушерките са мотивирани към усъвършенстване на компютърните си умения.

Информационните технологии в съвременното общество проникват във всички сфери на човешката дейност и предоставят неограничени възможности за набиране на информация в глобалното пространство. Виртуалните подходи са предизвикателство за стимулиране на когнитивната дейност в посока на постигането на предварително формулирани цели и усвояване на нови знания в практиката на акушерките.

Промените в базовото образование на акушерките в България претърпява непрекъснати актуализации в учебните планове и програми, отговарящи на съвременните критерии и стандарти. Съвременното базово обучение в специалност „Акушерка“ е ориентирано към формиране на широк диапазон от ценни професионални качества, основани на комплексна теоретична и практическа подготовка за осигуряване на качествено нов тип акушерка.

Специалните акушерски грижи в базовото обучение 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.44)



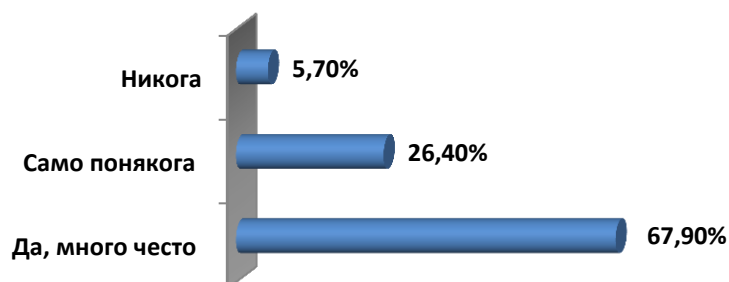
Фиг. 44. Информираност на акушерките в базовото им образование относно здравето на жените в климактериум

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.

Акушерката има важна професионална функция в здравното образование и здравното поведение, чрез предоставяне на знания, обучение и насърчаване за поддържане на здравето и повишаване качеството на живот на жената в целия ѝ жизнен период. В която и да е област на своята практика, акушерката се сблъсква с жените – като пациент и клиент, или като най-близък партньор и приятел.[14]

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.45)

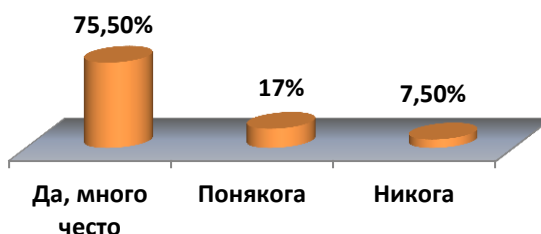


Фиг. 45. Споделяне на жените относно симптомите им

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.

Следващият въпрос към респондентите е свързан с необходимостта от търсене на допълнителна научна информация, отнасяща се до здравните грижи на жени в климактериума. (фиг.46)

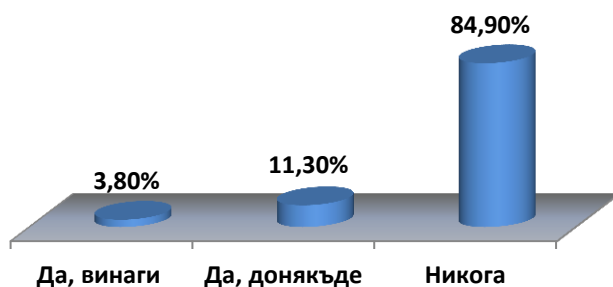


Фиг. 46. Търсене на информация на респондентите по въпросите за женското здраве в климактериума

По-голямата част (92,5%) от анкетираните акушерки са посочили, че много често или понякога им се е налагало допълнително да търсят научна информация за здравето в климактериума, а само 7,5% никога не са проявявали интерес.

Резултатът е показателен в желанието и начините на търсене на информация от акушерките за усъвършенстване на техните знания.

В унисон с търсенето на информация, отнасяща се до комплексните здравните грижи на жени в климактериум, в логическа последователност попитахме респондентите дали са намирали такава, разработена в България. (фиг.47)

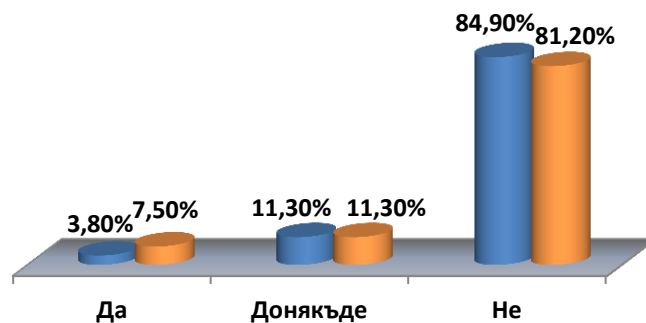


Фиг. 47. Мнение на респондентите, относно информация, отнасяща за здравните грижи в климактериума в България

Анализът на резултатите установи, че 84,9% от респондентите не са намирали никога подобна информация в страната ни, 11,3% са посочили че донякъде са срещали информация, а само 3,8% са отговорили положително.

Това ни дава основание да считаме, че осведомеността за интегрирана здравна грижа за жената в климактериум в България не е съвсем достъпна в желанието за допълнително обучение на респондентите.

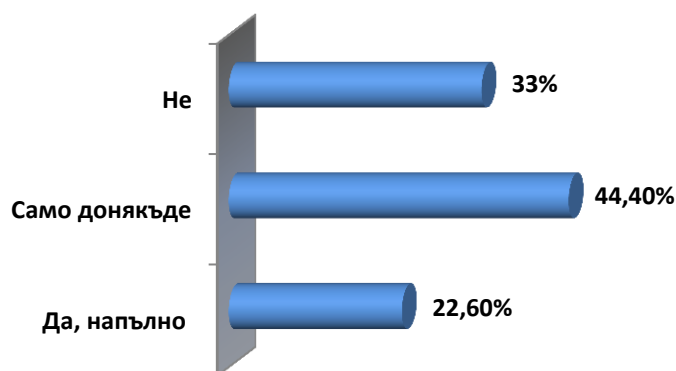
Установена е статистически значима зависимост между намирането на информация в България за цялостни здравни грижи при жени в климактериум и степента на удовлетвореност от такава, според мнението на анкетираните акушерки ($p < 0.05$). (фиг.48)



Фиг. 48. Намиране на информация и ниво на удовлетвореност според респондентите

Професионалното развитие на акушерките следва да гарантира поддържането, повишаването и разширяването на теоретичните знания и практически умения, необходими за осигуряване на здравните грижи. Ученето през целия живот на акушерките се утвърждава като приоритет на реформата в здравеопазването и се дефинира като целенасочена дейност, която служи за непрекъснато повишаване на компетентността и квалификацията.

Доколкото са информирани акушерките с нормативната база, отнасяща се до повишаването на тяхната квалификацията е видно на фиг.49.



Фиг. 49. Информираност на респондентите относно нормативните документи, регламентиращи повишаването на квалификацията им

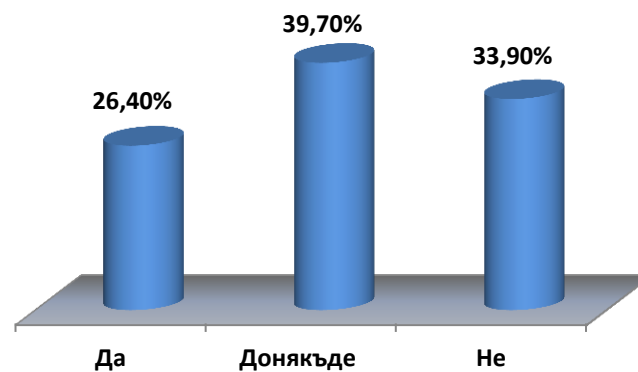
Преобладаващата част от респондентите (67%) са напълно или донякъде запознати с нормативната уредба, която регламентира

повишаването на квалификацията на акушерките. Не е малък относителният дял (33%) на анкетираните, които не познават документите, отнасящи се до възможностите за повишаване на тяхната квалификация.

Познаването на нормативната уредба, регламентираща повишаването на квалификацията на акушерките, дава възможност за надграждане на професионалните компетенции в отговор на увеличаващите се здравни потребности на жените, бързите технологични промени и високите стандарти в медицинската практика.

Акушерките е необходимо да познават Наредбата[24], която регламентира тяхната дейност, както и правото им за упражняване на самостоятелни дейности или работа в екип.

На въпроса „Запознати ли сте с нормативните документи, които регламентират дейностите на акушерките и правото им за упражняване на самостоятелни дейности или работа в екип ? “, анкетираните лица са дали следните отговори: (фиг.50)



Фиг. 50. Информаност на респондентите относно нормативните документи, регламентиращи дейността им

Почти 2/3 (66,1%) от респондентите са запознати със съществуващата Наредбата за професионалните дейности на акушерките, които могат да извършват самостоятелно или по лекарско назначение.

По-малкият относителен дял (33,9%) са посочили отрицателен отговор.

Резултатите корелират с отговорите на предхождания въпрос и това ни дава възможност да считаме, че се дължи на разликите в образователния ценз на анкетираните акушерки.

От обобщения анализ става ясно, че акушерките, макар и в по-малката си част, не са запознати с нормативната уредба на професията си. Познаването на законовите актове, свързани с професията „Акушерка“ са предпоставка за проява на мотивация и нагласи за усъвършенстване и кариерно развитие.

Цялостните грижи за жените в климактериум изискват добро познаване на същността на трансформацията на всички етапи в класификацията, хормоналните, биологичните, физиологичните процеси в тялото на жената, симптоматичните прояви, рисковото поведение, начина на живот, оценка на причинно-следствените връзки с детерминантите на социалното здраве, както и иновативни подходи и възможности за тяхното повлияване.

В извънболничната медицинска помощ се включват различни видове функции на акушерката: здравно-промотивни, превантивни, здравно-консултативни, профилактични, координационни, комуникативни и управленски. Това изисква нов начин на мислене и дейности за прилагане на грижите за жените в периода на климактериума, за които са нужни задълбочени знания.

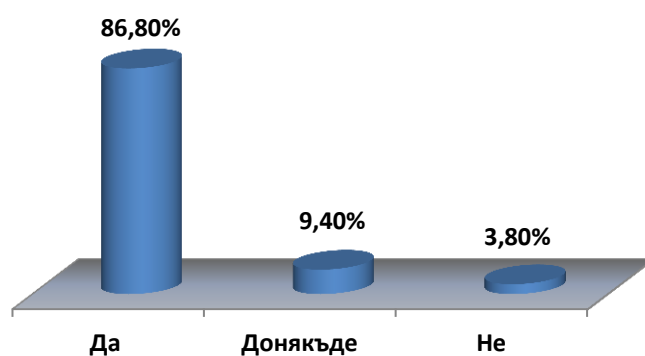
Затова решихме да проучим дали е необходимо акушерките да бъдат добре запознати с грижите за жените в преходния процес от репродуктивното към нерепродуктивното здраве в първичната медицинска помощ. (фиг.51)



Фиг. 51. Необходимост от добро познаване на климактеричния период за полагане на здравни грижи в първичната медицинска помощ

Анализът от резултатите показва, че 85% от анкетираните акушерки категорично заявяват необходимостта от познаване на периода на климактериума. Само 15% от респондентите са дали колеблив отговор. Отчитането на тези данни потвърждава, че акушерките не са подготвени със знания по тази тема и е нужно допълнително обучение.

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.52)



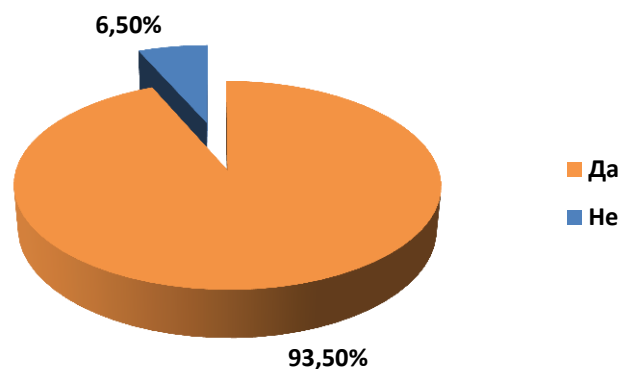
Фиг. 52. Професионална нагласа за предоставяне на грижи при жени в климактериум

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. Това означава, че те са постигнали определена степен на формиране на професионални умения и притежават търпимост към всеки пациент, независимо от индивидуалните му особености, с цел да предизвикат чувство на удовлетвореност.

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.53)



Фиг. 53. Необходимост от допълнително обучение за предоставяне на здравно-промотивни и профилактични грижи за жени в климактериум

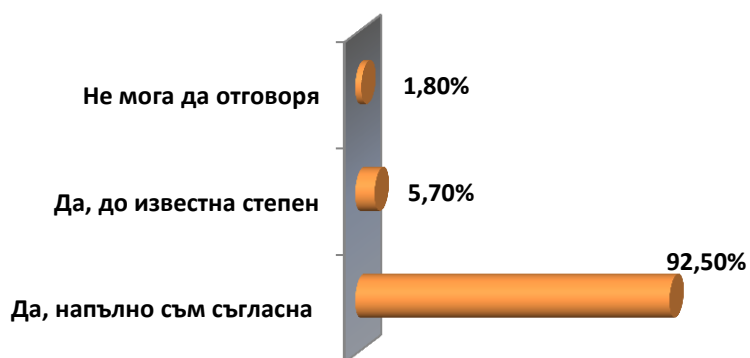
Полученият резултат показва, че е значително висок относителния дял (93,5%) на респондентите, които желаят да повишат квалификацията си и да придобият знания за адекватно предоставяне на грижи в този период от живота на жените, и само 6,5% не смятат за необходимо.

Тези данни, показват желанието на акушерките към усъвършенстване. Високата степен на професионални умения се изгражда

чрез обучение, възпитание и мотивация за успешна реализация и качествено съдействие на жени в климактериум. Акушерките трябва да се учат непрекъснато и ежедневно, за да се обогатяват и да придобиват нови познания, с които да са полезни на нуждаещите се.

Репродуктивната система на жената е свързана с хипоталамо-хипофизо-яйчниковата ос, която претърпява циклични промени в различните периоди, етапи и фази на репродуктивния период, менопаузалния преход, менопаузата и постменопаузата. Причинно-следствените връзки с физиологията, анатомията и функциите на репродуктивната и ендокринната система на жената са биомедицински науки, които акушерките трябва отлично да познават.

Дали обаче са съгласни с това, можем да проследим в отговорите, посочени от анкетираните акушерки на фиг.54.

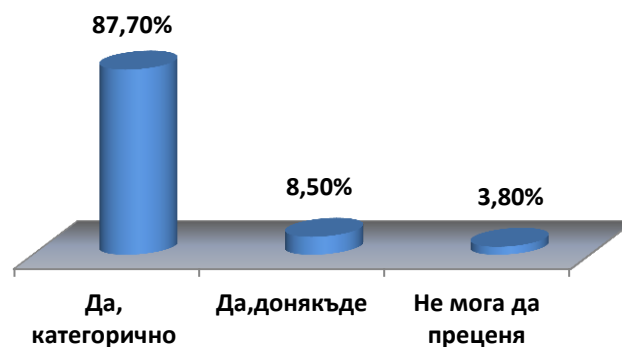


Фиг. 54. Нагласи на респондентите за познания на репродуктивната и ендокринната системи при жените

Значително висок е относителния дял (92,5%) на респондентите, които напълно потвърждават необходимостта от отлични познания за ендокринната и репродуктивната система при жената, както промените, рисковите фактори и превантивните подходи в процеса на стареене при жените. Незначителен е дялът (7,5%) на тези акушерки, които са дали колеблив отговор.

Физическото, психическото, социалното и сексуално здраве в периода на климактериума и факторите, които оказват влияние на нарушенията в организма на жената, представляват обща рамка и могат да бъдат оценявани, за да се прилагат необходимите здравно-промотивни, превантивни и терапевтични подходи.

Важно е да проучим, в прогностичен план, какви са очакванията, на анкетираните акушерки, от придобиването на знания в следствие на допълнителното обучение и ефектът за прилагане на професионални умения. Затова зададохме въпроса, дали считат, че допълнителната им квалификация би повишала информираността и самоконтролът за здравето на жените в периода на климактериума. (фиг.55)



Фиг. 55. Значимост на допълнителната квалификация

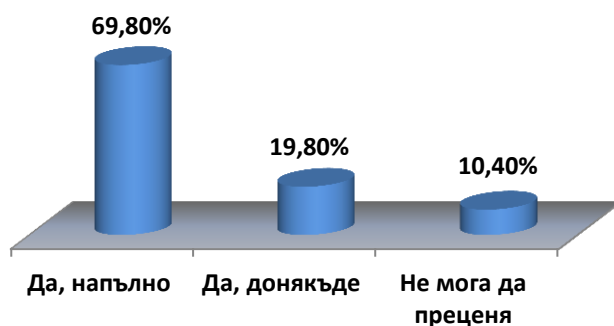
Повечето от респондентите (87,7%) са на категорично мнение, че получените знания биха подобрили информираността на жените и възможността им за самоконтрол на тяхното здраве в периода на климактериума. Само 12,3% в отговорите си са несигурни и неуверени.

Компетентните знания на акушерките са от съществено значение за жените, с цел е да се повиши осведомеността, адаптацията и обучението за климактериума. Това би подобрило възприемането на този етап, постигането на самостоятелни грижи и промяна в здравното им поведение. Медицинските интервенции в климактеричния период от

живота трябва да се разглеждат като възможност за предоставяне и засилване на програмите за профилактика.

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 анкетираните, дали според тях акушерските консултации са удачна форма за подобряване на качеството на живот в периода на климактериума. (фиг.56)



Фиг. 56. 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.

3.5. Модел за интегрирани грижи при жени в климактериум

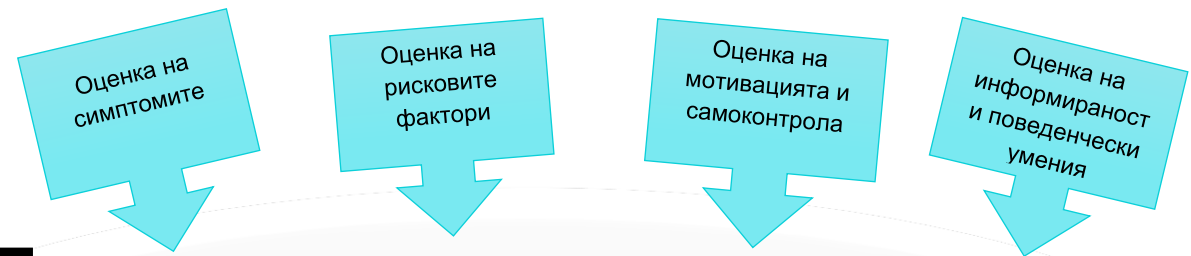
Климактериумът променя начина на живот на жените в различни аспекти и влияе върху физическото, емоционалното, социалното и икономическото им състояние. Констатира се необходимост от образование, повишаване на емоционалната и социалната подкрепа, осигуряване на оптимален начин на живот и социален статус, водещи до насърчаване към здравно поведение и здравна култура на жените по време на климактериум. Имайки предвид тези фактори, се налага промяна в цялостния подход за управление на този етап от живота им.

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, свързани с ограничаване на поведенческите рискови фактори. 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.

Предоставяне на акушерски грижи



Социална история на здравето на жената

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

Лична мотивация

Нагласи

Самооценка

Жени в климактериум



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

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 предложени интегриран модел на грижи при жени в климактериум разработихме и предлагаме програма за следдипломно обучение. (*Приложение 5*)

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, реализирани в лекции, семинари и дискусии.

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.

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 климактериум.

ИЗВОДИ

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

1. Обобщавайки акцентите на анализираниите 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 превалиране 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 анкетиранни 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 им в този период оказват негативни последици в семейните им отношения, както и при изпълнение на служебните им ангажменти 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

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, урогенитално 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 часа.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аккер, Л., Здравие женини, Москва, 2010
2. Александрова, М. / Попов, Т., За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444
3. Бенчев, Б., Стандарт за промоция на здравето в болниците, Социална медицина, 2003г
4. Бикова П. и съавт. Мултидисциплинарният екип в здравните грижи; ИНГА, , от 3-та научно-технологична сесия, Изд. Темпо, София, 2014 г.
5. Борисов В., С. Попова, Л. Георгиева, К. Шопова. Промоция на здравето, С., Арсо. 1998г.
6. Василева Н. Професията на медицинската сестра – мотивация и призвание, Централна медицинска библиотека, МУ, София, 2015, с.9
7. Василевски, Н., Промоция на здраве и профилактика на болестите- едно цяло. Социална медицина, 2000г.
8. Вихляева Е. М., Железнов Б. И., Запорожан В. Н. и др. Руководство по ендокринной гинекологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2000
9. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, София, Горекс прес, 2013, с. 493-494
10. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, Плевен, ИЦ на МУ, 2009, с. 239
11. Дикая, Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л.Г. Дикая, А.В. Махнач //Психологический журнал. - 1996.- Т.17. - №3. - С.137-148
12. Дилман, В, Большие биологические часы (введение в интегральную медицину), Москва, Знание, 1982, с.685
13. Димитров, А., Гинекология, София, Арсо, 2013, с. 196

14. Димитрова, Д., Акушерки на практика – учебно помагало, изд.ТАКТ, София, 2010
15. Дюкова, Г., Качество жизни женщины в период климактерия, сп. Акушерство и гинекология, 2009, бр.4
16. Закон за здравето, ДВ, бр. 9/28. 01. 2011г.
17. Кихле, М., Наръчник по гинекология и акушерство, Медицина и физкултура, София, 2015
18. Ламбрева, Д., Обществени нагласи към психичното здраве, Централна медицинска библиотека, МУ, София, 2014, с.7
19. Малинова, М., Ползи и рискове на хормоналната терапия в менопаузалния период, Health.bg Списание за здравна политика и медицина, с.22, 2014, бр.1
20. Манухин, И., В. Тактаров, Качество жизни и климактерий, Литтерра, Москва, 2015, с.24-26
21. Меморандум за непрекъснатото образование. Европейска комисия по образованието, Брюксел, 2000г.
22. Министерство на здравеопазването, Годишен доклад за състоянието на гражданите за 2014 година
23. Министерство на здравеопазването, Препоръки за добра практика по остеопороза /, София, 2013, с.9-10
24. Наредба N1 на МЗ Професионални дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (ДВ, бр. 50/1.07.2011 г.)
25. Национална здравна стратегия 2014-2020, МЗ, 2013
26. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020, МЗ, 2013
27. Национален статистически институт, Статистически, справочник 2016

28. Новик, А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине
М., 2007, с.320
29. Пахомов А.А., Рухляда Н.Н. Особенности внутренней картины болезни у женщин с патологическим климактерием // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – Т. 81. – № 11. – С. 117–123
30. Порожанова, В., Г. Бойчев, Менопауза, Родина, София, 2000
31. Рачев, Е., Д. Василев, Климактериум у жената, МФ, София, 1990
32. Рачев, Е., Климактериум и хормонална заместителна терапия, Med info бр. Бр.4/ 2008
33. Рачев, Е., Климактериум и хормонална заместителна терапия, Health.bg Списание за здравна политика и медицина, 2012, бр.6, с.22
34. Робева, Р., С. Захариева, Менопауза и хормоно-заместителна терапия: съвременни препоръки, Наука ендокринология, 2012, 3
35. Сакалова, Г., Мястото и ролята на акушерката в кабинетите по Женска консултация, Здравни грижи, София, 2015, бр.3, с. 6
36. СЗО Европейска политическа рамка и стратегия за 21 век „Здраве 2020”
37. Сметник, В., Кулаков В.И. Руководство по климактерию, Мед. информ. агенство, Москва, 2001
38. Стамболова И. Г. Чанева. Управление на здравните грижи, Изд. „Филвест“ ISBN 954-8688-79-4, София, 2007 г
39. Стамболова И., Етични аспекти на сестринските и акушерски грижи. Зачитане правата на пациента. Правила за добра сестринска и акушерска практика. Медицинска тайна и поверителност.,Основи на сестринските и акушерски грижи, изд. КОТА, Ст. Загора, 2009
40. Стратегия за развитие на здравните грижи в България 2013- 2020 г.
41. Хаджиделева, Д., Комуникативна компетентност в акушерските грижи, МУ – София, ЦМ Библиотека, 2016г.

42. Хаджиделева, Д., Нагласи за професионално развитие и продължаващо обучение на работещите акушерки, В: Сборник с доклади Юбилейна конференция „Превенция и рехабилитация за подобряване качеството на живот“, Стара Загора, 2014, стр. 615-622 ISBN 978-954-338-077-0
43. Чанева, Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет, изд. Артик, 2001, София, 2008, с. 7-8
44. Чанева, Г., Повишаване качеството на здравните грижи – предизвикателство за професионалистите по здравни грижи, Здравни грижи, София, 2015г., бр. 2, с.5
45. Чаушев, Н., Качество на живот при пациенти с мигрена, Централна медицинска библиотека, МУ, София, 2012, с.36-38
46. Шмелёва, С., Состояние здоровья и качества жизни у женщин с естественной менопаузой, Автореферат дис., Москва, 2010, с.127
47. Щъркалев, И., Гинекология, София, Медицина и физкултура, 1978
48. Afsar Omid, Rafat. Bakht, Abbas Moghimbeigi, Zahra Balali, A Study of Menopausal Age and Related Factors, Life Science Journal 2013; 10 (3), p.1295
49. Alejandra Araya Gutierrez, Maria Theresa Urutia Soto, Climaterio y Postmenopause: Aspectos de la educación y consideración de la etapa del período, Ciencia y enfermería, 19-27, 2006
50. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice, Diagnosis and Treatment of Menopause, Endocrinological Practice, 2011, 17, supp. 6
51. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics - 2005 Update Dallas, Texas: American Heart Association, 2005
52. Anastasiadis A, Salomon L, Ghafar M, Burchardt M, Shabsigh R: Female sexual dysfunction: State of the art. Curr. Urol. Rep. 3, 484–491 (2002)

53. Aso T. Equol improves the symptoms of menopause in Japanese women. *J Nutr.* 2010; 140: 1386S-1389S
54. Avis NE, Crawford SL, Bromberger JT, Everson-Rose S, Greendale G, Gold EB. Duration of vasomotor symptoms during menopausal transition, *J Womens Health* 2015; 531-539
55. Ayers B, Hunter MS. Quality of life and health of women with menopausal hot flashes and night sweats. *Climacteric* 2013; 16: 235-239
56. Baber RJ, Panay N, Fenton A and IMS Writing Group. 2016 IMS, Recommendations on mid-life women's health and hormone therapy in menopause. *Climacteric* 2015; 19: 109–50
57. Bachmann GA, Leiblum SR. The effect of hormones on menopausal sexuality: a review of the literature. *Menopause* 2004; 11: 120-130
58. Blumel JE, Castello-Branco C, Binfa L, et al. Quality of life after menopause: a population study. *Graduation* 2014; 17; -235 – 241
59. Boyanov M, Popivanov P, Protich M. Average age of menopause in Bulgarian women. *Akush Gynecologist (Sofia)*. 2001 42 (2) 3-6
60. Bromberger J, Matthews K, Schott L, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: The Women's Health Survey (SWAN). *J Affect Disord* 2007; 103: 267-272
61. Bromberger JT, Matthews KA, Kuller LH, et al. Prospective study of the determinants of menopausal age. *Am J Epidemiol* (2015) 145: 124-33
62. Burger H, de Laet CE, van Daele Risk factors for increased bone loss in the adult population: the Rotterdam study. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 871–879
63. Burr, D. B., A. G. Robling, and C. H. Turner. Effects of biomechanical stress on bone in animals. *Bone*. 30: 781-786, 2002
64. Butler L, Santoro N. Reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Steroids*. 2011 June 76 (7): 627-35

65. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. *Gynecol Endocrinol* 2012; 28: 273-277
66. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P and others. Age of menopause in Latin America. *Menopause*.2006; 13: 706-12.Erat in: *Menopause*, 13: 850
67. Childs E, de Wit H. Subjective, behavioral, and physiological effects of acute caffeine in light, independent caffeine users. *Psychopharmacology* 2006; 185: 514-523
68. Cohen L, Soares C, Vitonis A, Otto M, Harlow B. Risk of recurrence of depression during the menopausal transition: The Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 385-390
69. Cook, J. D., Hepworth, S. J., Wall, T. D., & Warr, P. B. (1981). *Work experience*. London: Academic Press
70. Cramer DW, Xu H, Harlow BL. Family history as a predictor of early menopause. *Fertil Steril* (1995) 64: 740-5
71. Crawford S. *Epidemiology: Methodological Challenges in the Study of Menopause*. In: *Menopause: Biology and Pathobiology* - Lobo RA, Kelsey JL, Marcus R, eds. (2000) San Diego, CA: Academic Press, Inc. 159-74
72. Daley A, Stokes-Lampard H, Macarthur C. Exercise for symptoms of vasomotor menopause. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 11: CD006108
73. De Bruin JP, Bovenhuis H, van Noord PA, et al. The role of genetic factors in age in natural menopause. *Hum Reprod* (2001) 16: 2014-18
74. Dennerstein L, Guthrie J, Clark M, Lehert P, Henderson V. A population-based study of depressed mood in middle-aged women born in Australia. *Menopause* 2004; 11: 563-568
75. Ellen B. Gold, *The Age of Natural Menopause*, *Obstetrician Gynecologist* *Clint North Am*. September 2011; 38 (3): 425–440
76. Ellen B. Gold, Joyce Bromberger, Sybil Crawford, Steve Samuels, Gail A. Greendale, Sioban D. Harlow, and Joan Skurnick, *Factors Related to Natural*

Menopausal Age in a Multiethnic Sample of Middle-aged Women, *American Journal of Epidemiology*, 2000 , Volume 153, pp. 865-874

77. Ensieh Noroozi, Nayereh Kasiri Dolatabadi, Knowledge and attitudes towards the phenomenon of menopause in women aged 40–45 years, *Journal of Education and Health Promotion*, 2013, 2, 25
78. Erwin RB. Indices for healthy eating among adults, aged 60 and over, by sociodemographic and health characteristics: United States, 1999–2002. *Adv Data* 2008; 395: 1–16
79. Finkelstein JS, Brockwell SE, Mehta V, Greendale GA, Sowers MR, Ettinger B, et al. Changes in bone mineral density during the menopausal transition into a multiethnic cohort of women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008. 93: 861-868
80. Fisher TE, Chervenak JL. Lifestyle changes to improve hot flashes. *Graduation*. 2012; 71: 217-220
81. Fayers, P., Machin, D. *Quality of life: evaluation, analysis and interpretation*, John Wiley & Sons, 2007, p. 544
82. Freeman E, Sammel M, Lin H, Nelson D. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women without a history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375-382
83. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR. Anti-Mullerian hormone as a predictor of menopausal time in women of late reproductive age. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97 (5): 1673–1680
84. Freeman EW. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause* 2010; 17: 823-827
85. Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juang KD. Quality of life and transition to menopause for middle-aged women on Kinmen Island. *Qual Life Res* 2003; 12: 53-61

- 86.** Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T, Schneider HP. Hormone replacement therapy in menopausal and aging brain. Expert Workshop of the International Society for Menopause, March 15-18, 2003, Pisa, Italy. *Climacteric*. 2003 September 6 (3): 188-203
- 87.** Gloria Richard-Davis, PhD, FACOG; Melissa Wells, Ph.D. Racial and Ethnic Differences in the Physiology and Clinical Symptoms of Menopause, *Semin Reprod Med*. 2013; 31 (5): 380-386
- 88.** Gold EB, Bromberger J, Crawford S, et al. Factors related to age at natural menopause in a multiethnic sample of middle-aged women. *Am J Epidemiol* 2001; 153 (9): 865–874
- 89.** Goodman, N. et al - American Association of Clinical Endocrinologists Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. - *Endocr. Pract.*, 17, 2011, Suppl. 6
- 90.** Goth M: Sexual health and new aging. *Aging* 35, 106–107 (2006)
- 91.** Grodstein F., Manson J.E., Stampfer M.J. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of postmenopausal time and age at the onset of the hormone. *Women's Health* 2006; 15: 35–44
- 92.** Hall, J. And Jacobs, R., *Holistic Menopause: A New Approach to Changing Middle Life*. Forres: Findhorn Press, (1998)
- 93.** Hayes R, Dennerstein L: The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J. Sex. Med.* 2, 317–330 (2005)
- 94.** Hefler LA, Grimm C, Heinze G, et al. Estrogen-metabolizing gene polymorphisms and age at natural menopause in Caucasian women. *Hum Reprod* (2005) 20: 1422-7
- 95.** Heinemann, L. Menopause Rating Scale (MRS) - Scale Development. Patient - reported baseline measures., 2006

96. Heinemann, LAJ .; Make Minh, et al., Validity of the menopause rating scale as a measure of outcome. Clinical outcome study. Health and quality of life results. 2004a; 2 (45)
97. Heinemann, K, Ruebig, A. et al., Menopause Assessment Scale (MRS): A Methodological Review. Health and quality of life results. 2004b
98. Henderson KD, Bernstein L, et al., Predictors of natural menopause time in a multiethnic cohort study. *Am J Epidemiol* 2008; 167 (11): 1287–1294
99. Im EO, Ko Y, Hwang H, Chee W. "Symptom-specific or holistic": managing menopausal symptoms. *Health Care Women Int* 2012; 33 (6): 575–592
100. Jane FM, Davis SR. A set of tools for the treatment of menopause, Climacteric, July 6, 2014, 1-16
101. Kapoor AK, S. Kapoor effects of high altitude on age at first menstruation and menopause. *J Biometeor.* 1986; 30:. 21-6
102. Kravitz HM, Janssen I, Lotrich FE, Kado DM, Bromberger JT. Gene polymorphisms of sex steroid hormones and depressive symptoms in middle-aged women *Am J Med* 2006; 119 (9 Suppl 1): S87-S93
103. Louis R. Menopause's "toolkit" debuted. *Medcape Medical News.* July 10, 2014
104. Luoto R, Kaprio J, Uutela A. Natural menopausal age and sociodemographic status in Finland. *Am J Epidemiol* 1994; 139 (1): 64–76
105. Matthews K, Wing R, Kuller L, et al. Influences of natural menopause on the psychological characteristics and symptoms of healthy middle-aged women. *J Consul Clin Psychol* 1990; 58: 345-351
106. McCoy NL, Davidson JM. Longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7: 203-210
107. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopausal transition. *Maturitas* 199; 14 (2): 103–115

- 108.** Menopause: New Insights for the Healthcare Professional: 2011 Edition, Atlanta, Georgia
- 109.** Moravcová, M., Mareš, J., Postoje k hodnocení kvality života postmenopauzálních žen. *Zdraví a sociální vědy*, 2011, strany 434-442. ISSN 1212-4117
- 110.** Moravtsova, M; Mareš, J .; Donát, J. (2007). Metody hodnocení kvality života postmenopauzálních žen, *Hygiena*. 2007, č. 3, str. 82–83.
- 111.** Moons, P., Budts, W., De Geest, S. Critique of the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing*, 2006, 43, 891-901
- 112.** Morrison MF, Ten Have T, Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA. DHEA-S levels and depressive symptoms in a cohort of African Americans and Caucasian women at the end of the reprimand. years. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 705-711
- 113.** Murabito JM, Yang Q, Fox CS, et al. Analysis of the association of the whole genome with age at natural menopause in a community-based sample: The Framingham Heart study. *Fertil Steril* (2005) 84: 1674-9
- 114.** Murabito JM, Yang Q, Fox C and others. Heredity of age at natural menopause in the Framingham Heart study for. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90: 3427-30
- 115.** Nagata C, Kabuto M, Shimizu H. Association of coffee, green tea and caffeine intake with serum concentrations of estradiol and sex hormone binding globulin in Japanese menopausal women. *Nutr Cancer* 1998; 30: 21-24
- 116.** Nagel G, Altenburg HP, Nieters A, et al. Reproductive and dietary determinants of menopausal age in EPIC-Heidelberg. *Graduation*. 2005; 52: 337–47

117. Statement of the National Health Institution on the state of science: management of menopausal symptoms. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1003-1013
118. Nelson HD. Menopause. *Lancet* 2008; 371: 760-770
119. Newton KM, Buist DS, Keenan NL, Anderson LA, LaCroix AZ. Use of alternative therapies for menopausal symptoms: results from a population study. *Obstet Gynecol* 2002; 100 (1): 18–25
120. Nilssona P, L. Möllerb, A. Kösterb & H. Hollnagelc Social and biological predictors of early menopause: a model for premature aging, *Journal of Internal Medicine* 1997; 242: 299–305
121. North American Menopausal Society. Basic curriculum for menopause. (2002) Cleveland, Ohio: The North American Society for Menopause
122. North American Menopausal Society. Estrogen and progestogen use in menopausal women: 2010 position statement *Menopause: NAMS* 2010; 17, 2, 242–255
123. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of life satisfaction: Evidence for the convergence of welfare methods to different methods. *J Personal assessment*. 1991; 57: 149-161
124. Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Perceived control, lifestyle, health, socio-demographic factors and menopause: effects on hot flashes and night sweats. *Graduation*. 2011; 69: 338-342
125. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revision of the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1507-1513
126. Pouilles JM, Tremollieres F, Bonneu M, Ribot C. Influence of early menopause on vertebral bone mass. *J Bone Miner Res* 1994; 9: 311–315

- 127.** Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology* 2007; 69: 1074-1083
- 128.** Royal College of Nursing Menopause: Lifestyle and Therapeutic Approaches, 2014
- 129.** Sammel MD, Freeman EW, Liu Z, Lin H, Guo W. Factors influencing the entry into the stages of menopausal transition. *Menopause* 2009; 16: 1218-1227
- 130.** Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, Danaceau MA, St Clair L. Basal Plasma Hormone Levels in Depressed Perimenopausal Women, *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27: 907-920
- 131.** Schneider, H.P.G, Proceedings Quality of Life Assessment Systems, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Münster, Germany, 2006, pp. 8-12
- 132.** Sherman S. Determination of menopausal transition. *Am J Med* 2005; 118: 3-7
- 133.** Sherwin B. Menopause: Myths and Realities. Stotland NL, Stewart DE, eds. Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology. 2nd ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing; 2001. 241-59
- 134.** Code JL, Gass ML. The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care for Middle-Aged Women. *Menopause*. 2014 Oct. 21 (10): 1038-62
- 135.** Spinelli MG. Depression and hormone therapy. *Clin Obstet Gynecol*. 2004 Jun 47 (2): 428-36
- 136.** Stanford JL, Hartge P, Brinton LA, Brookmeyer R. Factors influencing age at natural menopause. *J Chronic Dis* 1987; 40 (11): 995–1002

- 137.** Stepaniak, U., R. Kubinova, S. Malyutina, A. Peasey, H. Pikhart, A. Pająk, and M. Bobak, Natural menopausal age in three urban populations of Central and Eastern Europe: The HAPIEE study, *Maturitas*. May 2013; 75 (1): 87–93
- 138.** Sternfeld B, Quesenberry CP, Husson G. Habitual physical activity and menopausal symptoms: a case study and control. *J Womens Health* 1999; 8: 115-123
- 139.** Stolk L, Jay G, Van Meurs JB and others. The loci of chromosomes 13, 19 and 20 affect the age of natural menopause. *Nat Genet*. 2009; 41:. 645
- 140.** Stram, D.O., Y. Liu, K.D. Henderson [et al.], Age-Specific Effects of Hormone Therapy on Overall and Ischemic Heart Disease Mortality in Women in a California Teacher's Study, *Menopause*, 2011. - V. 18 (3). - P. 253-261
- 141.** Sun L, Tan L, Yang F, Luo Y, et al. Meta-analysis shows that smoking is associated with an increased risk of early natural menopause. *Menopause*. 2012, 19 (2): 126-32
- 142.** North American Menopause Society. Exposition of the position for hormone therapy from 2012 to: North American Society for Menopause *Menopause* 2012; 19: 257-271
- 143.** North American Menopause Society. Management of osteoporosis in menopausal women: Statement of the 2006 position of the North American Menopausal Society. *Menopause* 2006; 13: 340–367
- 144.** Tom SE, Kuh D, Guralnik JM, Mishra GD. Reported sleep difficulties during the menopausal transition: results from a prospective cohort study. *Menopause*. 2010 November-Dec. 17 (6): 1128-35
- 145.** Torgerson DJ, Thomas RE, Campbell MK, et al. Alcohol consumption and the age of menopause in the mother are associated with the onset of menopause. *Maturitas* (2015) 26: 21-5

146. Torgerson DJ, Avenell A, Russell IT, et al. Factors associated with the onset of menopause in women aged 45-49 years. *Maturitas* 1994; 19: 83–92
147. Van Asselt KM, Kok S, Pearson PLC and others. Heredity menopausal age in mothers and daughters. *Fertil Steril*. 2004; 82:. 1348-51
148. Waidysakera H, Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T. Symptoms of menopause and quality of life during menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause*. 2009; 16 (1): 164–170
149. Weel AE, Uitterlinden AG, Westendorp IC and others. Estrogen receptor polymorphism predicts the onset of natural and surgical menopause. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84:. 3146-50
150. WHO Scientific Group for the Study of Menopause in the 1990s. WHO technical report series. Geneva, Switzerland: WHO, 1996: 86
151. WHO Strengthening Obstetrics Tools 2011
152. WHO, Strategic Guidance Analysis Opportunity Report for Nurses and Obstetricians 2016-2020
153. Wiklund I, Karlberg J, Lindgren R, Sandin K, Mattsson LA. Swedish version of the issue of women's health. Postmenopausal payment measure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 648-655
154. Woods NF, Mitchell ES, Landis C. Anxiety, hormonal changes and vasomotor manifestations during the menopausal transition. *Menopause* 2005; 12: 242-245
155. World Population Perspective, 2015 Revision, UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division
156. http://www.menopause-rating scale.info/documents/MRS_Bulgarian.pdf
157. <http://www.medscape.com/viewarticle/714984>
158. <http://tip.fusabil.org/text>
159. <http://www.rcn.org.uk/Menopause>
160. <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/>

161. <http://www.psy.msu.ru/science/autoref/doc/ovsyani/>
162. <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/menopausia>
163. <http://mimenopausiaytuandropausia.blogspot.bg/2012/06/los-entresijos-de-la-historia-de-la.html>
164. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi16408.pdf>
165. <https://academic.oup.com/humrep/article/33/10/1960/5077232> - Physical activity is not related to risk of early menopause in a large prospective study Mingfei Zhao, Brian W Whitcomb, Alexandra C Purdue-Smithe, JoAnn E Manson, Susan E Hankinson, Bernard A Rosner, Elizabeth R Bertone-Johnson, *Human Reproduction*, Volume 33, Issue 10, October 2018, Pages 1960–1967
166. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20831431/> Ayelet Ziv-Gal, Jodi A Flaws, J Factors that may influence the experience of hot flushes by healthy middle-aged wome, *Womens Health*, 2010 Oct; 19(10): 1905–1914
167. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6910086/> Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review, Masoumeh Namazi, Rasoul Sadeghi, and Zahra Behboodi Moghadam, *International Journal of Women's Health*, 2019, 11: 637–647
168. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-1061-1_40, Sociocultural Issues in Menopause, Collins Aila, *Women’s Health and Menopause*, 2002, pp 339-344
169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092036/> Fiona C. Baker, PhD, Laura Lampio, MD, PhD et al., Sleep and sleep disorders in the menopausal transition, *Sleep Med Clin*. 2018 Sep; 13(3): 443–456.
170. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00411/full> Yan Wang, Yuqian Li, Xiaotian Liu, et al., Prevalence and Influencing Factors of Coronary Heart Disease and Stroke in Chinese Rural Adults: The Henan Rural Cohort Study, *Public Health*, 21 January 2020

171. https://ens.mil.ru/files/morf/military/files/Chernichenko_textdiss.pdf
172. <https://www.imsociety.org/about-us/mission/> International Menopause Society
173. <https://thebms.org.uk/publications/bms>, British Menopause Society
174. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621230/Petra Stute 1, Iuliana Ceausu, Herman Depypere et al., A model of care for healthy menopause and ageing: EMAS position statement, 2016 Oct;92:1-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.06.018](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621230/Petra%20Stute%201,%20Iuliana%20Ceausu,%20Herman%20Depypere%20et%20al.,%20A%20model%20of%20care%20for%20healthy%20menopause%20and%20ageing:%20EMAS%20position%20statement,%202016%20Oct;92:1-6.%20doi:10.1016/j.maturitas.2016.06.018). Epub 2016 Jul 9
175. <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/>, Funmilola M. OlaOlorun, and Wen Shen, Menopause, Published online: 19 November 2020, Global Public Health, Oxford Research Encyclopedias
176. <https://womensmidlifehealthjournal.biomedcentral.com/articles/>, Claire Hardy, Eleanor Thorne et al., Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment, Women's Midlife Health, 2018, Article number: 3
177. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> National Center for Biotechnology Information, The Stages of Reproductive Aging Workshop + 10 staging system for reproductive aging in women
178. <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.googleusercontent.com/translate/pmc/> Siobán D. Harlow, PhD, Margery Gass, MD, NCMP, et al. For the STRAW + 10 Collaborative Group, Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging, Menopause. 2012 Apr; 19(4): 387–395.
179. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21961710/> The SWAN Song: Study of Women's Health Across the Nation's Recurring Themes
180. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/> Ministerio de salud, Gobierno de Chile, Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud

- 181.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555027/Bharti>
Kalra, Swati Agarwa et al., Holistic care of menopause: Understanding the framework, *Jornal Mid-Life Healt, Official of The Indian Menopause Society*, 2012 Jul-Dec; 3(2): 66–69
- 182.** <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/K. Samarasinghe>, Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study *BMC Women's Health* volume 21, Article number: 47 (2021)
- 183.** <https://www.dovepress.com/the-effect-of-a-midwife-based-group-discussion-education-on-sexual> Maryam Sasanpour, Nezal Azh et al., The Effect of a Midwife-Based Group Discussion Education on Sexual Dysfunction Beliefs in Rural Postmenopausal Women, *International Journal of Women's Health*, ay 2020 Volume 2020:12 Pages 393—397
- 184.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052783/> Mahboubeh Taebi, Somayeh Abdollahian et al., Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review, *J Educ Health Promot.* 2018; 7: 93
- 185.** <https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/683> S Tork-zahrani, M Lotfipour-Rafsanjani et al, Midwives' views regarding educational needs in perimenopausal health and care *Advances in Nursing & Midwifery*, Vol. 17 No. 57 (2007), 4 January 2007 , Page 26-31
- 186.** <https://www.scielo.cl/scielo/> A Gutierrez , M. Teresa, Y baltica cabieses valdes, climacteric and postmenopause: educative aspects to consider according to the stage of the period, *cienc. enferm.*, 2019 v.12 n.1
- 187.** <https://mu-plovdiv.bg/wp-content/uploads/2020-2021/10>
- 188.** <https://www.mu-varna.bg/BG/Students/Documents/FOZ%202020-2021/>
- 189.** <https://www.mh.government.bg/media/>, Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62/9.07.1999 г., изм. ДВ, бр. 85/2.10.2020 г.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми дами, с тази анкетна карта бихме искали да проучим Вашата информираност относно промените, настъпващи в женския организъм по време на периода на климактериума. Това е независимо проучване и само изследователите ще имат достъп до данните.

Анкетата е анонимна и информацията ще бъде разглеждана като строго поверителна!

Благодарим Ви за оказаното съдействие!

1. Моля, посочете Вашата възраст ?

- а/ 40-45 години
- б/ 46-55 години
- в/ 56-60 години

2. Какво е Вашето образование ?

- а/ научна степен (асистент, главен асистент, доцент, професор)
- б/ висше образование
- в/ средно образование
- г/ основно образование

3. Какво е семейното Ви положение?

- а/ омъжена
- б/ неомъжена
- в/ разведена
- г/ съжителство на семейни начала
- д/ вдовица

4. Имате ли деца?

- а/ имам едно дете
- б/ имам две деца
- в/ имам повече от две деца
- г/ нямам деца

5. С какво работно време е свързана Вашата професионална заетост ?

- а/ с нормална продължителност
- б/ работно време с променливи граници
- в/ работа на смени /дневна и нощна смяна
- г) не работя

6. Намирате ли промяна в теглото си?

- а/ напълняла съм
- б/ отслабнала съм
- в/ нямам промяна

7. Колко пъти дневно се храните?

- а/ веднъж дневно
- б/ два пъти дневно
- в/ три пъти дневно
- г/ повече от три пъти дневно

8. Кои от посочените храни и продукти присъстват в седмичното Ви меню?

- а/ мляко и млечни продукти
- б/ месо и месни продукти
- в/ риба
- г/ зърнени храни
- д/ плодове и зеленчуци
- е/ бобови храни и варива
- ж/ захарни изделия

9. Колко често ги консумирате? Моля, отбележете с отметка „✓”

<i>Храни</i>	<i>ежедневно</i>	<i>веднъж седмично</i>	<i>два пъти седмично</i>	<i>три пъти седмично</i>	<i>не употребявам</i>
Мляко и млечни продукти					
Месо и месни продукти					
Риба					
Зърнени продукти					
Плодове и зеленчуци					
Бобови храни и варива					
Захарни изделия					

10. По колко цигари пушите дневно ?

- а/ по-малко от 10
- б/ повече от 10
- в/ рядко пуша
- д/ не пуша

11. Употребявате ли алкохол ?

- а/ да, ежедневно
- б/ да, един път седмично
- в/ да, повече от един път седмично
- г/ много рядко
- д/ не употребявам

12. Спортувате ли ?

- а/ спортувам ежедневно
- б/ спортувам 3 пъти седмично
- в/ спортувам по-малко от 3 пъти седмично
- г/ не спортувам

13. Бихте ли определили кои от следните спортове и техники са подходящи за вас ?

/може да посочите повече от един отговор/

- а/ йога
- б/ плуване
- в/ колоездене
- г/ фитнес
- д/ аеробика
- е/ други

14. Посочете кои от изброените събития сте преживели в последната една година /

може да посочите повече от един отговор/

- а/ промяна на работата/ работното място
- б/ конфликти в семейството
- в/ напускане на децата от семейството
- г/ загуба на близък/развод
- д/ смяна на местоживеенето
- е/ не съм преживяла от посочените събития

15.Знаете ли какво означава терминът климактериум?

- а/ да
- б/ не
- в/ отчасти

16.Според Вас еднакво значение ли имат термините климактериум и менопауза?

- а/ да
- б/ не
- в/ не мога да отговоря

17.Запознати ли сте, че климактериумът е продължителен с времето процес, който преминава през няколко етапа?

- а/ да
- б/ не
- в/ не съм запозната

18.Смятате ли, че менопаузата е етап от климактериума, когато в рамките на една година липсва менструация?

- а/ да
- б/ не
- в/ не мога да отговоря

19.Според Вас в коя от посочените възрастови групи най-често настъпва по естествен начин менопаузата?

- а/ 35 - 45 години б/ 45 - 55 години в/ 55 – 65 години

20. Според Вас с кои от посочените хормонални промени може да бъде свързано настъпването на климактериума?

- а/ намалена функция на яйчниците
- б/ продължителността на менструалния цикъл е удължена или скъсена
- в/ менструациите са по-обилни или продължителни
- г/ намалява способността за забременяване
- д/ други
- е/ не съм запозната

21. Наясно ли сте кои от посочените прояви могат да съпътстват настъпването на климактериума?

- а/ горещи вълни и изпотяване
- б/ сърцебиене
- в/ нарушения на съня
- г/ тревожност и безспокойство
- д/ раздразнителност и лесна плачливост
- е/ други
- ж/ не съм запозната

22. Запознати ли сте кои от изброените състояния предизвикват дискомфорт у жените след настъпване на менопауза?

- а/ косопад и чупливост на ноктите
- б/ атрофия на влагалището и пикочния мехур
- в/ спонтанно изпускане на урина и дискомфорт при уриниране
- г/ намалено либидо и болка при полов контакт
- д/ други
- е/ не съм запозната

23. Възможно ли е в дългосрочен план след менопаузата да бъде нарушена функцията на отделни органи и системи в женския организъм?

- а/ да
- б/ не
- в/ не съм запозната

24. Кои от посочените профилактични прегледи е необходимо да се извършват редовно в периода на климактериума?

- а/ цитонамазка
- б/ самоизследване на млечните жлези
- в/ мамография
- г/ измерване на костната плътност
- д/ проследяване на метаболитната обмяна
- е/ контрол на теглото и артериалното налягане
- ж/ всички изброени
- з/ не мога да отговоря

25. Смятате ли, че хормонозаместителната терапия влияе благоприятно на симптомите и съпътстващите климактериума оплаквания?

- а/ да
- б/ не
- в/ не мога да отговоря

26.Знаете ли други допълнителни и алтернативни методи за повлияване на симптомите и повишаване на качеството на живот на жени в климактериум ?

а/ да

б/ не

в/ не мога да отговоря

27.Откъде получавате информация, относно въпросите свързани с климактериума?

а/ интернет

б/ книги и списания

в/ медицински специалист

г/ не получавам

28. Считате ли , че информацията Ви е достатъчна?

а/ да, напълно

б/ не съвсем

в/ не мога да преценя

29.Под каква форма предпочитате да се информирате относно въпросите, свързани с климактериума?

а/ по електронен път

б/ чрез брошури

в/ наръчник

г/ участие в здравно-образователни програми

30.Вашият менструален цикъл е:

а/ редовен

б/ нередовен в последните 1-2 години/с различна продължителност и интервал/

в/липсва в последните 12 месеца или повече

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

*Уважаеми дами,
моля да посочите кои от следните симптоми се отнасят за Вас!
Наличието и степента на симптомите отбележете с отметка „✓“, като
използвате цифрово скалата от 0 до 4.*

Симптом	Липсва проява 0	Слаба проява 1	Умерена проява 2	Силна проява 3	Много силна проява 4
<i>Горещи вълни , изпотяване (пристъпи на изпотяване)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Сърдечни проблеми (необичайно сърцебиене, прескачане на сърцето, ускорен пулс, стягане в сърдечната област)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Проблеми със съня (трудно заспиване, нощно събуждане, проблем със събуждането, по-ранно будене)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Потиснато настроение(душена отпадналост, чувство на тъга, плачливост, липса на енергия, промяна в настроението)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Раздразнителност (чувство за притеснение, вътрешно напрежение, агресивност)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Тревожност (вътрешно вълнение, чувство на паника)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Физическо и психическо изтощение(намалена способност за извършване на дейности, намалени памет и концентрация, забравяне, умора)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Сексуални проблеми (промяна в сексуалното желание)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Проблеми с пикочния мехур (трудности при уриниране, чести позиви за уриниране, изпускане на урина)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Влагалищни проблеми (усещане за сухота и парене във влагалището, трудности при полово сношение)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Проблеми със ставите и мускулите (болка в ставите и мускулни спазми)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

АНКЕТНА КАРТА

*Уважаеми дами,
с тази анкетна карта бихме искали да проучим Вашето мнение относно възприемането на климактериума и промените, настъпващи в този период.*

Анкетата е анонимна и информацията ще бъде разглеждана като строго поверителна!

Благодарим Ви за оказаното съдействие!

1. Как възприемате климактериума/ критическата възраст/?

- а/ като нормален период от живота
- б/ като край на възпроизводителната способност на жената
- в/ свързан с проблеми в сексуалния живот
- г/увеличава риска от заболявания
- д/ всичко изброено
- е/ не мога да преценя

2. С кого най-често споделяте проблемите, свързани с вашите симптоми и оплаквания?

- а/ със семейството
- б/ с приятели и колеги
- в/ с медицински специалисти
- г/ с никого

3. Този период промени ли начина Ви на живот?

- а/ да /опишете как/
- б/ не
- в/ донякъде

**4. Посочете оказват ли влияние Вашите симптоми на изброеното по-долу.
/Можете да посочите повече от един отговор/**

- а/ изпълнение на служебните задължения
- б/ взаимоотношенията Ви с колегите
- в/ на отношенията Ви в семейството
- г/ на извършване на домашните отговорности

5. Получавате ли разбиране и подкрепа на работното място?

- а/ да, винаги
- б/ само понякога
- в/ не, изобщо не получавам

6. Намирате ли разбиране и подкрепа в семейството?

- а/ да, винаги
- б/ само понякога
- в/ не, изобщо

АНКЕТНА КАРТА

*Уважаеми колеги,
молим за Вашето участие в анкетно проучване относно мнението и готовността Ви за предоставяне на здравно-промотивни и профилактични грижи при жени в климактериум.*

Благодарим Ви за оказаното съдействие!

- 1. Вие работите в:**
 - а/ лечебно заведение за болнична помощ
 - б/ лечебно заведение за извънболнична помощ

- 2. Вие сте на възраст:**
 - а/ 20-30 г.
 - б/ 31-40г.
 - в/ 41-50г.
 - г/ над 50 г.

- 3. Какво е Вашето образование?**
 - а/ Полувисше
 - б/ Бакалавър „Акушерка“
 - в/ Бакалавър „Управление на здравни грижи“
 - г/ Магистър „Управление на здравни грижи“

- 4. Трудовият Ви стаж по специалността е:**
 - а/ 1- 5 години
 - б/ 6-10 години
 - в/ 11- 10 години
 - г/ над 20 години

- 5. Как оценявате компютърните си умения?**
 - а/ отлични
 - б/ добри
 - в/ задоволителни

- 6. В базовото Ви професионално обучение беше ли засегнат въпросът за здравето на жените в периода на климактериума?**
 - а/ да, напълно
 - б/ да, донякъде
 - в/ не

- 7. Случвало ли се е жени да Ви задават въпроси за проблемите им, свързани с промени в менструалния цикъл, проблеми с горещи вълни, нощно изпотяване, проблеми със съня и други?**
 - а/ да, много често
 - б/ само понякога
 - в/ никога

- 8. Необходимо ли Ви е било да търсите допълнителна научна информация, за да може да отговорите на потребностите, отнасящи се до здравните грижи на жени в периода климактериума?**
- а/ да, много често
 - б/ понякога
 - в/ никога
- 9. Намирахте ли такава информация, разработена в България ?**
- а/ да, винаги
 - б/ да, но само отчасти
 - в/ никога
- 10. Удовлетворявала ли Ви е тази информация?**
- а/ да
 - б/ донякъде
 - в/ не
- 11. Запознати ли сте с нормативните документи, регламентиращи повишаване на квалификацията на акушерките?**
- а/ да, напълно
 - б/ само донякъде
 - в/ не
- 12. Запознати ли сте с нормативните документи, които регламентират дейностите на акушерките и правото им за упражняване на самостоятелни дейности или работа в екип ?**
- а/ да
 - б/ донякъде
 - в/ не
- 13. Според Вас необходимо ли е акушерките в България да бъдат добре запознати с цялостните здравни грижи при жените в преходния процес от репродуктивен към нерепродуктивен период, осъществявани в първичната медицинска помощ?**
- а/ да, категорично
 - б/ не мога да преценя
- 14. Имате ли професионална нагласа за прилагане на дейности по промоция на здраве и превенция на заболяванията по отношение на грижите при жени в климактериум?**
- а/ да
 - б/ донякъде
 - в/ не

15. Желаете ли да повишите квалификацията си чрез придобиване на знания относно периода на климактериума?

а/ да

б/ не

16. Съгласни ли сте, че акушерките трябва отлично да познават ендокринната и репродуктивната система при жената, както промените, рисковите фактори и превантивните подходи в процеса на стареене при жените?

а/ да, напълно съм съгласна

б/ да, донякъде

в/ не съм съгласна

17. Считате ли, че допълнителната Ви квалификация би подобрила информираността на жените и самоконтролът за тяхното здраве в периода на климактериума?

а/ да, категорично

б/ да, донякъде

в/ не мога да преценя

18. Считате ли, че акушерските консултации ще бъдат удачна форма за подобряване на качеството на живот на жените в периода на климактериум?

а/ да, напълно

б/ да, донякъде

в/ не мога да преценя

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН

Утвърждавам:

.....

У Ч Е Б Н А П Р О Г Р А М А
ЗА
СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ

**СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ ЗА
ОПТИМИЗИРАНЕ КАЧЕСТВОТО НА
ЖИВОТ ПРИ 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.

Анотация

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 здравно-профилактични грижи, и ще ги направят по-компетентни в предоставянето на услуги, подобряващи здравето и качеството на живот на жени в климактериум.

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.

Описание на курса

- ✓ Курсът се състои от 9 академични часа, реализирани в лекции, семинари и дискусии. */Приложение 5/*
- ✓ **Учебно-технически средства за преподаване:** схеми, таблици, данни от проучвания, интерактивни средства.

УЧЕБНА ПРОГРАМА

ТЕМА: СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ В КЛИМАКТЕРИУМ

ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ: курс

СРОК НА ОБУЧЕНИЕ:

МЯСТО НА ПРОВЕЖДАНЕ:

ОБЩА КРЕДИТНА ОЦЕНКА:

Дата / Час	Теми	Лектор	Акад. час
	Определени основни понятия в класификацията на климактериума		1
	Социално културен контекст – исторически сведения и теория		1
	Епидемиология и демографски аспекти на менопаузата		1
	Промени и симптоми през климактериума - анализ и оценка на риска		1
	Социално-психологически аспекти на климактериума		1
	Инструментариум за оценка на симптомите и отражението им върху качеството на живот		1
	Биомедицински подход на здравните грижи в климактериума		1
	Холистичен подход на здравни грижи в климактериума		1
	Модел за интегрирани грижи в периода на климактериума		1