

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

Д-Р ЯРОСЛАВ ДИМИТРОВ ДИМИТРОВ

**НОВИ ПОДХОДИ
ЗА ПОДДЪРЖАНЕ И ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО НА
ЖЕНИТЕ В ПОСТРЕПРОДУКТИВНА ВЪЗРАСТ**

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

**Област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт
Професионално направление 7.4. Обществено здраве
Докторска програма Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията**

Научен ръководител:

проф. д-р Анжелика Велкова-Монова, дмн

Рецензенти:

Проф. Деляна Хаджиделева, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

София, 2024 г.

Дисертационния труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на катедра „Социална медицина“ при Факултет по общественото здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински университет - София. Дисертационният труд съдържа 224 страници и е онагледен с 44 фигури и 14 таблици. Включени са 3 приложения. Библиографската справка включва 351 източника, от които 7 на кирилица и 344 на латиница.

Научно жури:

Вътрешни членове:

1. Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм
2. Проф. Деляна Хаджиделева, дм

Външни членове:

3. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм
4. Проф. д-р Мария Семерджиева-Филипова, дм
5. Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, дмн

Резервни членове:

1. Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм
2. Доц. д-р Стела Людмилова Георгиева, дм

Публичната защита ще се състои на 15.05.2024 г. от 12.00 часа във Факултет по общественото здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София. Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ - София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
Цел.....	7
Задачи.....	7
МЕТОДИКА	8
РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ДИСКУСИЯ	14
1. Демографски, социални и здравни характеристики.....	14
2. Резултати и дискусия относно менопаузални симптоми при жените в пострепродуктивна възраст.....	24
3. Анализ на знанията, убежденията, и разбиранията относно менопаузата.....	31
4. Здравно поведение и участие в профилактични дейности.....	35
5. Проучване сред стажант-лекари.....	44
ПРЕПОРЪКИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ ЗДРАВЕТО НА ЖЕНИТЕ В ПОСТРЕПРОДУКТИВНА ВЪЗРАСТ	48
ИЗВОДИ	58
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	61
СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ	63

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ В ТЕКСТА:

СЗО – Световна здравна организация;

НЗОК – Национална Здравноосигурителна Каса

ХЗТ – Хормонална Заместителна Терапия

ВМІ – Body Mass Index

МЕТ - Metabolic equivalent of task;

ВЪВЕДЕНИЕ

Настъпването на менопаузата и проявата на свързаната с нея симптоматика варира в много големи граници между отделните индивиди поради наличните генетични, културни, поведенчески, социално-икономически, здравни, образователни и диетични различия. Много от жените в пострепродуктивна възраст се оплакват, че изпитват различна по тип и тежест симптоматика, а при част от тези жени качеството на живот е отрицателно повлияно от тези симптоми. Най-значимите менопаузални симптоми могат да бъдат разделени на вазомоторни, психически, физически, урогенитални и сексуални, като за пострепродуктивната възраст са характерни и множество типични здравни проблеми като сърдечно-съдови, онкологични, ендокринологични и костно-ставни заболявания.

Проблематиката на пострепродуктивните години, комбинирана с високите нива на полиморбидност и хронични заболявания сред възрастните жени, определя първостепенното значение на въпроса за качеството на живот и постигането на оптимално здраве през менопаузалния период. Качеството на живот и здравето на жените в пострепродуктивните години представляват сериозен проблем на общественото здраве и оптимизирането на грижата за тази част от популацията трябва да бъде сред основните цели на здравеопазването. Поради нарастващата продължителност на живота и увеличаването на относителния дял на жените в пери- и постменопауза, като важен приоритет на здравеопазването се оформя подобряването на здравната грижа и осигуряването достъп до качествени здравни услуги за тази голяма социална група. Подобреното разбиране на менопаузалната

симптоматиката, на свързаните с напредналата възраст здравни състояния и комплексния им ефект върху живота на менопаузалните жени ще спомогне за редуцирането на тяхната заболяемост и симптоматика, както и за подобряване на благосъстоянието и качеството им на живот. Така през спечелените допълнителни години живот менопаузалните жени ще се радват на по-добро здраве. Трябва да бъдат вложени всички възможни усилия в разработването и прилагането на профилактични, образователни и лечебни дейности за жените в пострепродуктивна възраст, така че периодът на менопаузата да се модифицира в един здравословен и позитивен етап от женския жизнен цикъл.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Целта на настоящата дисертационна работа е *въз основа на анализ на здравното състояние, здравната култура, здравното поведение и участието на жените в профилактични дейности, да се направят препоръки за промоция на здравето и оптимизиране на здравните грижи за жените в пострепродуктивна възраст.*

ЗАДАЧИ

За постигане на целта на дисертационния труд си поставихме следните основни задачи.

1. Да се проучат някои специфични демографски, социални и здравни характеристики на жените в пострепродуктивна възраст.

2. Да се определи честотата на свързаните с менопаузата симптоми при жените в пострепродуктивна възраст.

3. Да се анализират знанията, убежденията и разбиранията относно менопаузата на изследваните жени.

4. Да се изследва здравното поведение на жените в пострепродуктивна възраст и да се анализира участието им в профилактични дейности.

5. Да се анализира информираността, отношението и мнението на стажант-лекарите относно важни проблеми на здравето на жените в пострепродуктивна възраст и да се дадат препоръки относно обучението по тези проблеми.

6. Да се дадат препоръки относно промоция на здравето и оптимизиране на здравните грижи при жените в пострепродуктивна възраст на територията на Република България.

МЕТОДИКА

Обект и предмет на проучването

Обект на настоящия дисертационен труд е **женското здраве**.

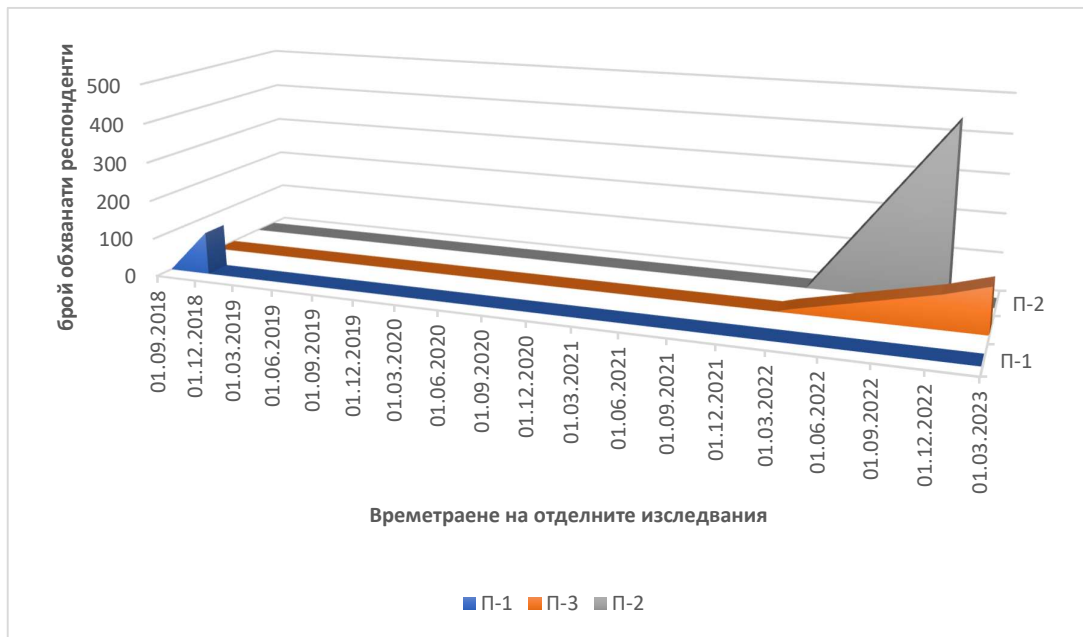
Предмет на проучването е здравето и профилактичните дейности при жените в пострепродуктивна възраст.

Постановка на проучването, времева и териториална рамка

Проведено е комплексно социално-медицинско проучване, обхващащо три научни изследвания:

- Първото изследване (накратко занапред „П₁“) е пилотно проучване, което бе част от предхождаща настоящата дисертация научна разработка, изучаваща **промените в здравето и субективния здравен статус на жените в периода на менопауза**. То ни помогна да оценим проблематиката на менопаузата и окончателно да планираме основното изследване.
- Основното второ изследване (обозначено в дисертацията като „П₂“) изучава **знанията, схващанията и информираността на жените в пострепродуктивна възраст относно менопаузата, тяхното здравно поведение и участието им в профилактични дейности**.
- Третото изследване (занапред „П₃“) **анализа информираността, отношението и мнението на лекарите стажанти относно здравните проблеми на жените в пострепродуктивна възраст**.

В проучванията са обхванати общо **762** респондента и е проучена многостранно сложната проблематика на женското здраве в пострепродуктивните години. **Фигура 1** графично изобразява времевата рамка на провеждане на трите отделни изследвания в състава на комплексното социално-медицинско проучване.



Фиг. 1. Графично представяне на провеждането на трите изследвания

Първото **популационно-базирано срезово проучване** П₁ е проведено чрез пряка индивидуална анкета (РАР - Pen and Paper) в периода 24.09.2018 – 05.11.2018 г. и включва като **единици на наблюдението** 110 жени на възраст между 45 и 65 години.

Критерии за включване в проучването: предвид характера на проучването и поставените цели и задачи, критериите за включване бяха: лица от женски пол между 45 и 65 години, лица от женски пол под 45 години с ранна менопауза, готовност и съгласие за участие в проучването

Критерии за изключване от проучването: нашите единствени критерии за изключване на жени от проучването бяха: лица от женски пол на възраст под 45 години, които не са в ранна менопауза; лица от женски пол на възраст над 65 години; отказ за участие в проучването

Анкетата беше проведена на територията на град София, град Варна и град Разград. В град София анкетните карти бяха разпространени в частните лекарски практики на четирима общопрактикуващи лекари и един кабинет по ортопедия и травматология. В град Варна анкетните карти бяха

разпределени между практиките на един общопрактикуващ лекар и един лекар по дентална медицина. В Разград анкетните карти бяха раздадени на служители в държавни и общински учреждения.

Второто основно **популационно-базирано срезово проучване** П₂ също бе проведено чрез пряка индивидуална анкета. При този метод гарантирано се достига до респонденти, които отговарят на рекрутиращите критерии, а именно живущи на територията на република България лица от женски пол с долна възрастова граница от 45 години.

Предвид характера на проучването и поставените цели и задачи, **критериите за включване** бяха: лица от женски пол над 45 годишна възраст, живущи на територията на Република България и готовност и съгласие за участие в проучването. Нашият единствен критерий за изключване на жени от проучването бе отказ за участие.

Теренната работа по проучването протече в периода месец март – месец декември 2022 г. След приключването на полевата дейност бе извършен теренен контрол и логически оглед на набраната информация. Ефективно са проведени 445 индивидуални анкети. Реализираният обем отговаря на планирания и е адекватен за решаване на поставената цел на настоящия дисертационен труд.

Генерирана е **псевдорандомизирана, репрезентативна за генералната популация извадка**, като анкетата беше проведена в населени места от цялата територията на Република България. Теренната работа е изпълнена от автора на дисертационния труд, от опитни и надеждно обучени анкетъори на агенция НАСОКА на територията на цялата страна, както и от медицински специалисти и определени служители в държавни и общински учреждения. Анкетирани са жени на възраст 45+ от всички области на страната. Териториално разпределение на реализираните анкети е представено.

С цел да се анализира информираността, отношението и мнението на

стажант-лекарите относно важни менопаузални теми проведохме онлайн-базирано анкетно проучване П₃. То бе проведено в периода месец февруари 2022 – месец март 2023 г, като в него взеха участие 117 обучаващи се към Медицински Университет София стажант-лекари.

Методика на регистрацията на данните

За да обхванем адекватно единиците на наблюдение в определение обем на проучването П₁ избрахме **репрезентативен дизайн**. Като най-подходящ **метод на регистрация** определихме анкетния метод. Основен **инструментарий** в проведеното изследване е анкетна карта. За събиране на първичната информация от единиците на наблюдение избрахме пряка индивидуална анкета.

Степен на идентификация: предвид деликатната същина на задаваните въпроси нашата анкета е абсолютно анонимна и не съдържа каквато и да е идентифицираща личността на анкетираната информация.

Метод на разпространение и органи на наблюдението: анкетните карти бяха лично предавани на респондентите от автора на дисертационния труд, нашите колеги в техните практики, както и от определени служители в държавните и общински учреждения. Участващите в анкетата жени са били информирани относно незадължителния, доброволен характер на участие в проучването и им е била гарантирана пълна конфиденциалност за споделената информация.

Въпросникът е разработен от автора на дисертационната работа. Анкетната карта е формулирана след обстоен преглед на наличната по темата литература, като са взети предвид целта и задачите на изследването.

Основни **признаци на наблюдение** в нашето проучване са социално-демографските и антропометрични характеристики, общите здравни характеристики, специфични акушерски и гинекологични характеристики, сексуални характеристики, както и честотата и тежестта на свързаните с менопаузата симптоми, проявили се при нашите единици на наблюдение.

За да обхванем адекватно единиците на наблюдение в определения обем на основното проучване П₂ избрахме **репрезентативен дизайн**. Като най-подходящ **метод на регистрация** определихме анкетния метод. Основен **инструментариум** в проведеното проучване е анкетна карта. За събиране на първичната информация от единиците на наблюдение избрахме пряка индивидуална анкета.

Метод на разпространение и органи на наблюдението: анкетните карти бяха лично предавани на респондентите от автора на дисертацията, опитни и надеждно обучени анкетъори от собствената анкетъорска мрежа на агенция НАСОКА, от наши колеги в техните медицински практики, както и от определени служители в държавните и общински учреждения.

Основни **признаци на наблюдение** са социално-демографските и антропометрични характеристики, общите здравни характеристики, специфични гинекологични характеристики, сексуални характеристики, характеристики свързани със здравето поведение, хранителните навици и проведените профилактични мероприятия сред нашите единици на наблюдение.

Като най-подходящ **метод на регистрация** в проучването П₃ определихме анкетния метод. Основен **инструментариум** в проведеното изследване е **анкетна карта**. За събиране на първичната информация избрахме **онлайн-базирана анкета**, която е абсолютно анонимна. Респондентите попълваха сами анкетните карти онлайн.

Статистическа обработка

Събраните в допитванията данни бяха въведени в работен лист на MS Excel и статистически анализирани със софтуер за статистическа обработка SPSS (**Statistical Package for the Social Sciences**). Резултатите биват представени като относителен дял на категориите за качествените променливи и минимум, максимум, средна аритметична стойност и

стандартно отклонение за нормално разпределени количествени променливи. Използван е алтернативен и вариационен анализи, непараметричен анализ с тест на Pearson (Chi-square тест) за проверката на хипотези за наличие на зависимост. Ниво на значимост на нулевата хипотеза H_0 се определя при $p \leq 0.05$, при което приемаме, че различията между сравняваните групи са статистически значими. Приложен е графичен метод при организация и представяне на данните .

РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ДИСКУСИЯ

1. Демографски, социални и здравни характеристики

Възраст

Средната възраст на жените, участвали в П₂ е 56.63 ± 8.00 години (45 – 89 години). Възрастовото разпределение на изследваната група жени е представено на **Фиг. 2**.



Фиг. 2. Възрастово разпределение на изследваните жени

Образование

Образователният статус на жените има важно значение за тяхното здравно поведение и предприеманите профилактични дейности в пострепродуктивния период. Разпределението по ниво на образование е представено на **Фиг. 3**.



Фиг. 3. Разпределение на анкетираните жени по образователно ниво

При проведеното от нас анкетно проучване П₂ прави впечатление високият процент респонденти с висше образование, представляващи цели 51,6 %. Данните от проведеното проучване са консистентни с тези от П₁, проведено малко преди началото на пандемията от Ковид-19.

Здравен статус

Изследвани се някои параметри на общия здравен статус, като ръст, тегло, индекс на телесна маса, наличие на хронични заболявания, падания и фрактури, прием на медикаменти, фамилна обремененост за основни социално-значими заболявания. Изследвана е и самооценката на здравето като важен елемент на здравния статус.

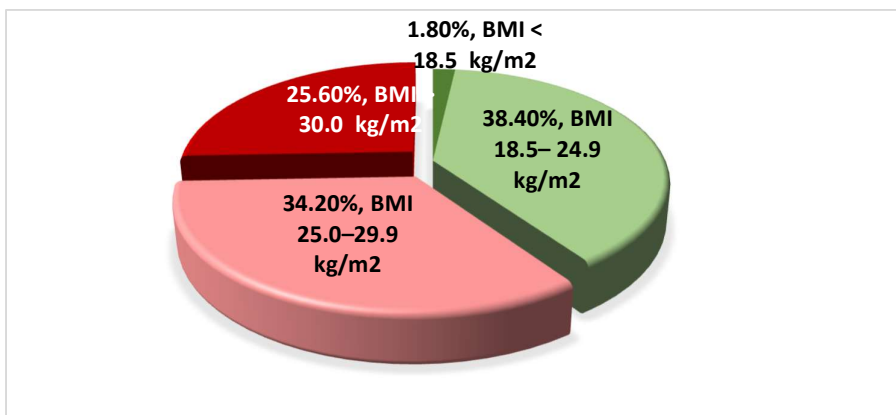
Ръст

Средният ръст на изследваните жени в П₂ е 163.14 ± 8.361 см (143 – 187 см), като той не се различава съществено от установения среден ръст на жените, включени в П₁ - 164.28 ± 6.73 см (150 – 180 см).

Тегло и индекс на телесна маса (ВМІ)

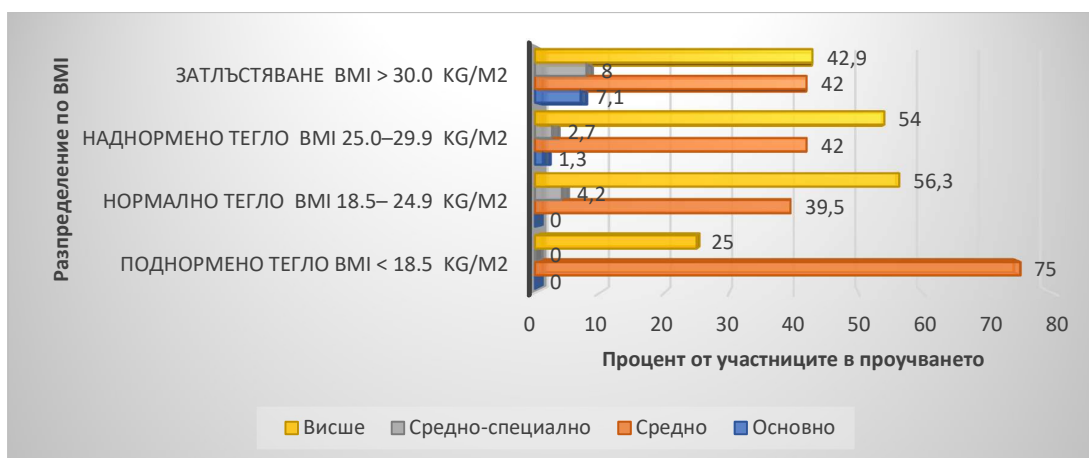
Средното тегло на обхванатите жени е 71.69 ± 14.85 килограма (43 – 130 килограма), като то не се различава съществено от средното тегло на жените в П₁ - 69.20 ± 13.22 килограма (40 – 100 килограма).

За всяка жена е изчислен индексът на телесна маса. Средният ВМІ в проучването П₂ за жените е 27.25 ± 9.79 kg/m² (16.55 – 52.07 kg/m²). В предходното проучване П₁ преди пандемията от Ковид-19 средният ВМІ на репондените е значително по-нисък 25.71 ± 4.11 kg/m² (15.63 – 35.25 kg/m²). Разпределение на жените по категории на ВМІ е представено на **Фиг. 4**. Близо две трети от жените са с наднормено тегло и затлъстяване. Обезпокоителен е фактът, че само 38,4% от анкетираните са с нормално тегло.



Фиг. 4. Разпределение на жените по индекс на телесната маса (BMI)

При сравнението на разпределението по BMI сред жените с различно ниво на образование открихме статистически значимо разлики ($\chi^2 = 26,6488$, $p = 0,002$), като данните са представени графично на **Фиг.5**. Прави впечатление, че жените с основно образование са предимно в групите с наднормено тегло и затлъстяване.



Фиг. 5. Разпределение на жените по BMI и ниво на образование

Наднорменото тегло и затлъстяването очевидно са осъзнавани от жените като потенциална заплаха за здравето, което се потвърждава от статистическата обвързаност на желанието за промяната на личното тегло с BMI ($\chi^2 = 144,128$, $p = 0,001$). Желание да редуцират теглото си имат 92% от жените със затлъстяване и 68 % от жените с наднормено, тегло, докато само 27.7 % от респондентите с нормално тегло изявяват подобно желание.

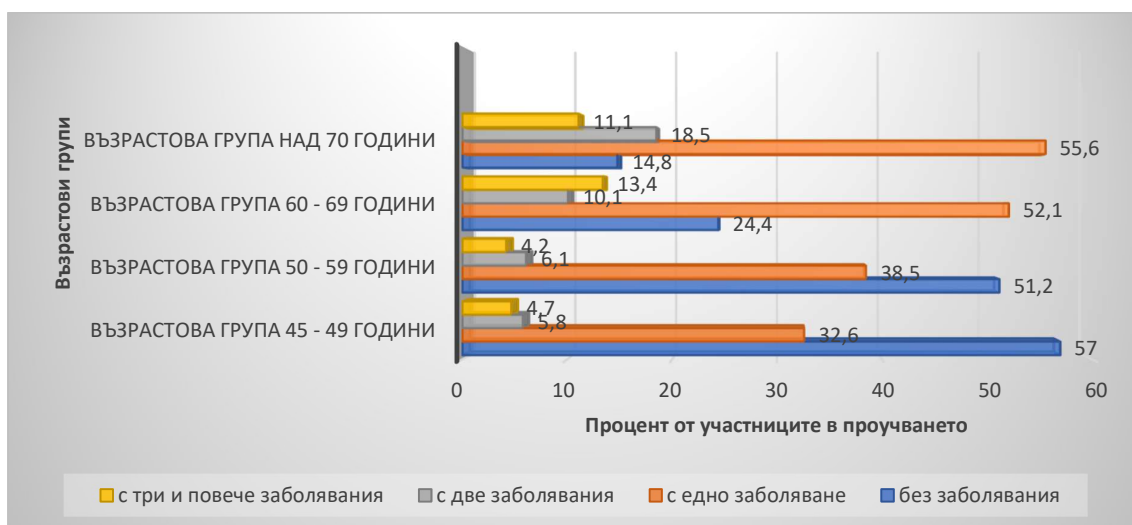
Хронични заболявания

Хроничните неинфекциозни заболявания са доминиращият тип болести с напредване на възрастта при жените. Те са резултат както от генетични и биологични предиспозиции и рискови фактори, така и от кумулирането на редица поведенчески рискове, действащи в по-ранните фази на жизнения цикъл. На **Фиг. 6** е представено разпределението на хронични заболявания сред жените в проведеното проучване.



Фиг. 6. Разпределение на жените по наличие на хронични заболявания

Полиморбидност с наличие на две или повече хронични заболявания се установява при 15,10 % от участничките в проучването.

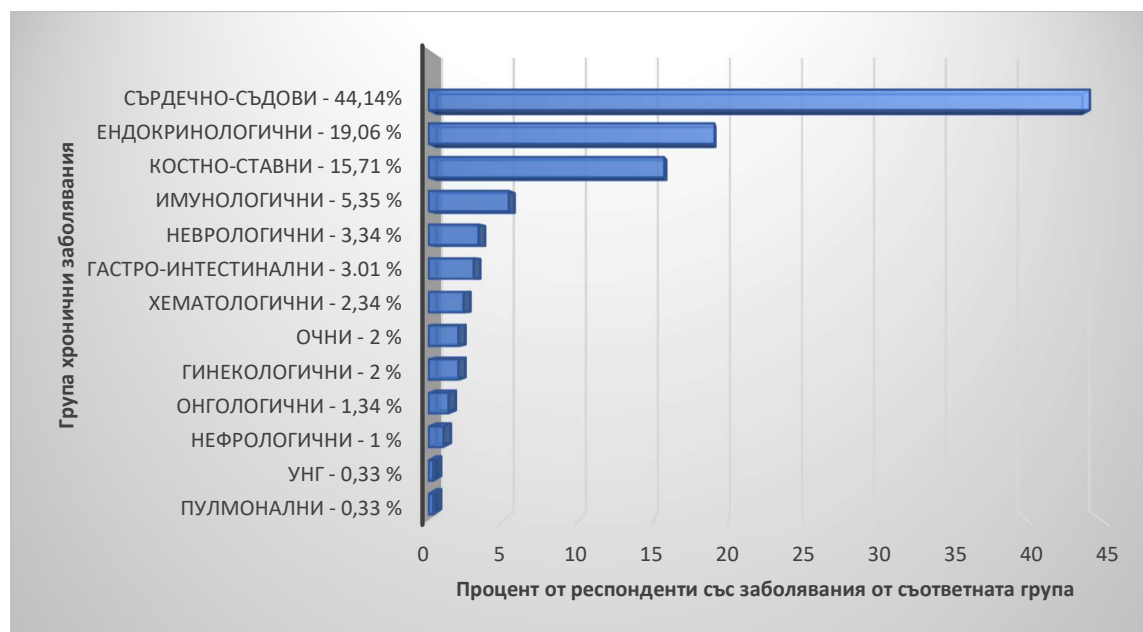


Фиг. 7. Разпределение на брой заболявания по възраст

Делът на жените с хронични заболявания се увеличава с възрастта (χ^2)

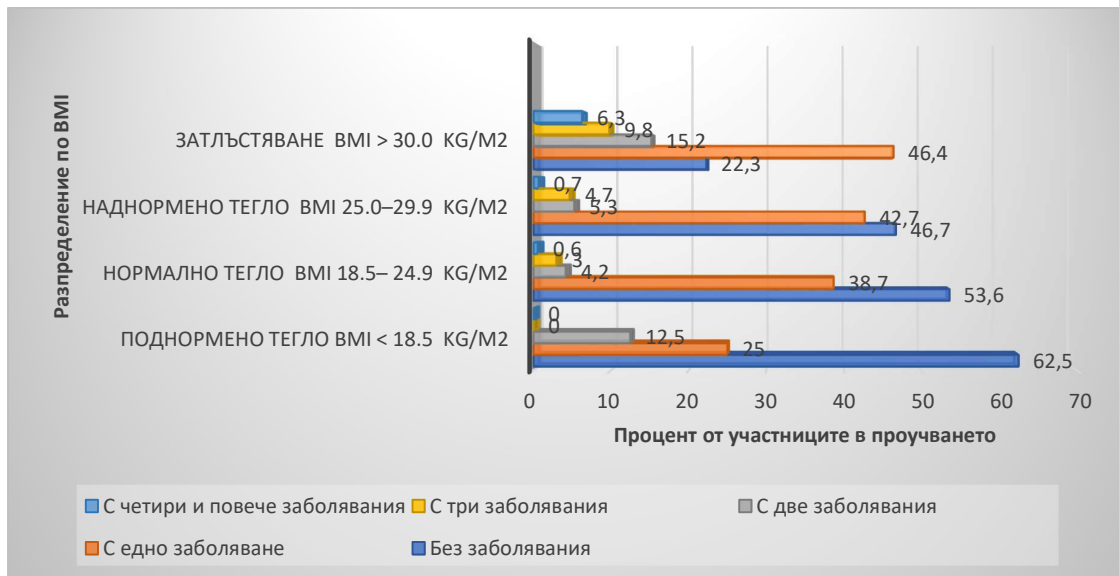
= 54,299 , $p = 0,001$). Наблюдава се ясен градиент на броя на хроничните заболявания с напредване на стареенето (**Фиг. 7**).

Фиг. 8. представя разпределението на съобщаваните хронични заболявания сред жените по системи.



Фиг. 8. Разпределение на хроничните заболявания по системи

Със значителна преднина пред останалите класове болести водещи са сърдечно-съдовите заболявания, следвани от ендокринологичните и костно-ставни заболявания. В предходното проучване П₁ класирането на заболяванията по системи е много сходно, но с по-нисък относителен дял поради лимитирането на горната граница на възрастта на участничките до 65 г. И в него сърдечно-съдовите болести са доминиращи (25%), следвани от ендокринологични (20,45%) и костно-ставни (15,91 %) заболявания. В проучването е проверена връзката между индексът на телесна маса и броя на хроничните заболявания, за които жените съобщават. При сравнението на разпределението по ВМІ сред респондентите с различен брой заболявания се установяват статистически значими разлики ($\chi^2 = 55,436$, $p = 0,001$), като данните са представени на **Фиг. 9**.



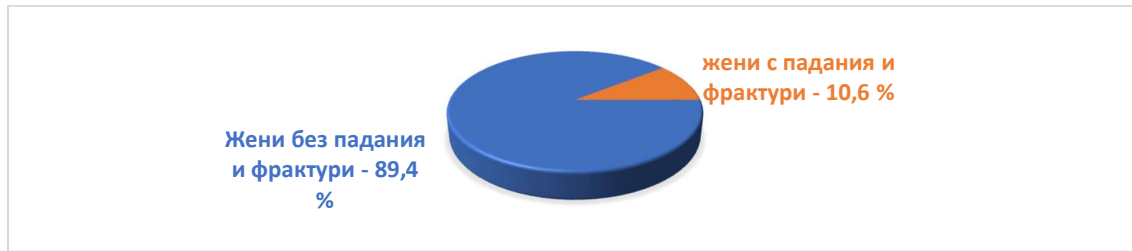
Фиг. 9. Разпределение на жените по BMI и наличие на хронично заболяване

Сравнително най-голям дял жени без заболявания (62,5 %) се открива в групата на жени с поднормено телесно тегло, като дялът на жените без заболявания намалява с покачване на BMI и е съответно 53,6 % при жените с нормално телесно тегло, при жените с наднормено телесно тегло е 46,7 % и само 22,3 % сред жените със затлъстяване.

Броят на хроничните заболявания също се различава при жените по категории на BMI. Всяка десета жена със затлъстяване има по три различни заболявания, докато при жените с нормално тегло техният дял е едва 3%. Четири или повече различни заболявания имат 6.3 % от жените със затлъстяване, докато във всички други групи подобна полиморбидност е под 1 %.

Падания и фрактури

Паданията и фрактурите зачестяват сред жените в пострепродуктивна възраст в резултат от промени в баланса и в костната плътност през менопаузата. На **Фиг. 10** е представено разпределението на респондентите според наличието на падания и фрактура след 45-годишна възраст.



Фиг. 10. Падания и фрактури след 45-годишна възраст

Малко повече от 10 % от всички участвали в проучването жени са имали тежки падания или фрактури след 45-годишна възраст. Това доказва нуждата от целенасочени тренировки за подобряване на баланса на жените в пострепродуктивна възраст, както и от силови тренировки с тежести за подобряване на костната плътност и здравина. От първостепенно значение за пострадалите жени са физиотерапевтични и рехабилитативни мероприятия за възстановяване на загубена или влошена моторна функция.

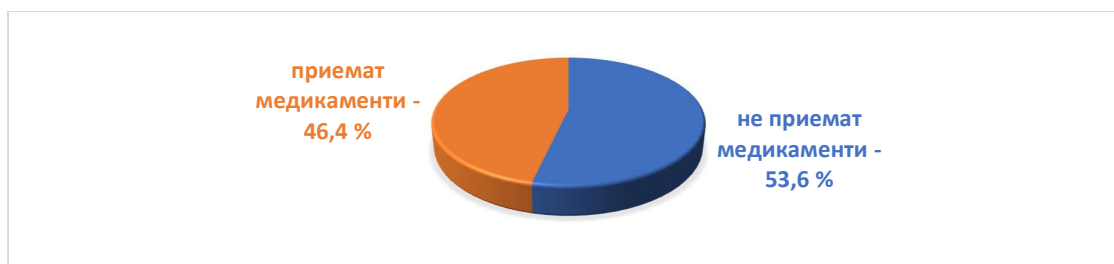
При сравнението на разпределението по възраст сред респондентите, които са имали тежки падания или фрактури след 45-годишна възраст се установяват статистически значими разлики ($\chi^2 = 34,605$, $p = 0,001$). Делът на жените, които са имали тежки падания или фрактури е по-голям сред жените в старшите възрастови групи – 22,7% в групата 60-69 г. и 22,5% при жените над 70-годишна възраст.

Статистическа значима разлика в ВМІ ($\chi^2 = 12,847$, $p = 0,005$) се открива сред жените, претърпели тежки падания или счупвания след 45-годишна възраст. Всяка шеста жена със затлъстяване и 13.3 % от жените с наднормено телесно тегло отговарят, че са имали подобни инциденти, докато в групите с нормално тегло делът на тези жени е 4.8 %.

Прием на медикаменти

От всички респонденти близо половината 46,4 % приемат поне един медикамент, а 4,94 % от анкетираните жени приемат два или повече медикамента. **Фиг. 11** представя приема на медикаменти от участващите жени в П₂.

Анализът на приема на отделни групи медикаменти намира, както очакваме, че най-използваната група медикаменти са антихипертензивните средства предвид на преобладаващата сърдечно-съдова патология в структурата на заболяемостта в напреднала възраст. Тази група медикаменти представляват 67,52% от всички приемани лекарства и биват използвани от 17,75 % от всички участници в проучването. Сред тях най-често споменавани са АСЕ-инхибитори, бета-блокери, калциеви антагонисти и комбинирани препарати.



Фиг. 11. Разпределение на жените по прием на медикаменти

На второ място по вид на лекарствените средства са йодотиронините и антидиабетните медикаменти с по 8,55 %. Тези медикаменти биват приемани съответно от 2,25 % от анкетираните жени. От йодотиронините най-често използват е L-thyroxin. Сред антидиабетните медикаменти най-често използвани са метформин, инсулин и оземпик. На трето място по използваемост се нареждат антикоагулантите с 2,56% процента, като те биват приемани от 0,67 % от респондентите в проучването. Тук биват споменати Синтром, Еликвис и Ксарелто. . Делът на жените, които взимат медикаменти се увеличава в групите в по-напреднала възраст ($\chi^2 = 45,739$, $p = 0,001$). Статистически значими влияния върху приема на медикаменти има ВМІ, като се установява, че 68.5 % от жените със затлъстяване приемат медикаменти, следвани от тези с наднормено тегло - 44.7 %. При жените с нормално и поднормено тегло се провежда медикаментозна терапия само при съответно 32.7% и 25% от жените. Това ясно показва тенденцията на влошаване на здравното състояние и нуждата от прием на медикаменти с

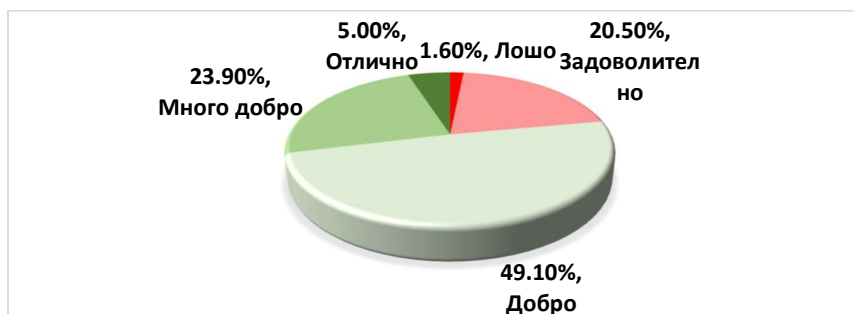
покачване на телесната маса.

Фамилна обремененост

Фамилната предиспозиция за някои соматични заболявания е неразделна част от здравното състояние на жените. Сред участничките в П₂ 18,9 % споделят за фамилна анамнеза с наличие на сериозни хронични неинфекциозни заболявания сред роднините от първо коляно В позитивната фамилна анамнеза преобладават онкологичните заболявания, следвани от сърдечно-съдовите и ендокринологичните болести.

Здравна самооценка

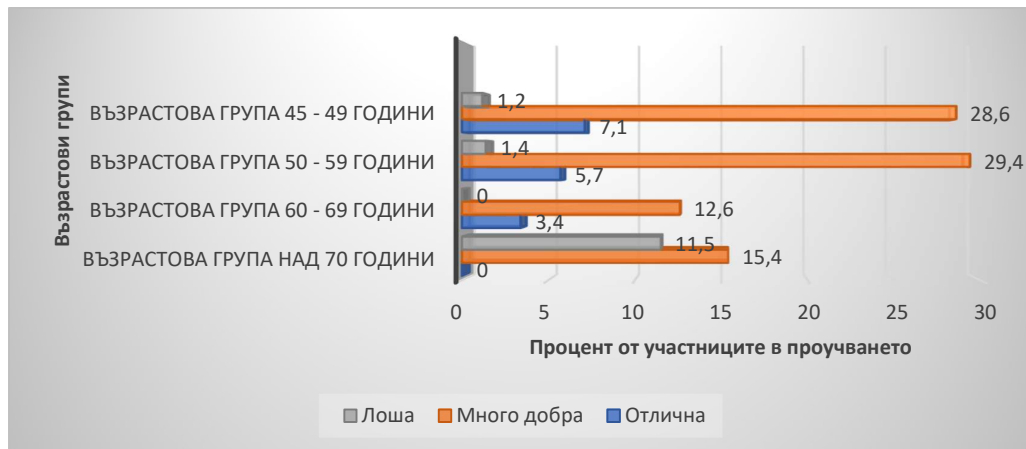
Здравната самооценка е важен субективен интегрален индикатор за здравето на жените, с доказан предиктивен ефект относно бъдещите здравни резултати. **Фиг. 12** представя данните от здравната самооценка на анкетираните жени



Фиг. 12. Разпределение на жените по самооценка на здравето

При анализ на данните за здравна самооценка от проведената анкета се забелязва тенденция за нормално разпределение, въпреки позитивната формулировка на 3 от възможните 5 отговора в класификацията.

При сравнението на разпределението по възраст сред респондентите с различна здравна самооценка открихме статистически значими разлики ($\chi^2 = 60,854$, $p = 0,001$). На **Фиг. 13** е представено разпределението на жените с различна здравна самооценка по възрастови групи.



Фиг. 13. Здравна самооценка на жените по възрастови групи

Прави впечатление сравнително по-ниският дял на жени с отлична здравна самооценка в групите на жените над 60 в сравнение с групите на жените между 45 и 49 години (7,1 %) и между 50 и 59 години (5,7 %).

Специфични гинекологични характеристики

Менструална история и менопаузален статус

Менархе

Средната възраст на менархе сред жените в П₂ е 13.75 ± 2.91 години (9 – 18 години). Получените резултати са почти идентични с данните за участничките в П₁ - 13.51 ± 1.41 години (11 – 18 години).

Менопаузален статус

Жените са класифицирани според менопаузалния статус по дефиницията на STRAW в 4 категории. Жените в категория 4 (ранния етап на преходната фаза) и категория 5 (късния етап на преходната фаза) са общо 19.03% от участниците. Значителната част (80.09%) са в менопауза, на възраст между 45 и 89 години. От тях 33.48% са в Категория 6 (реферираща към ранния етап на постменопаузата). В категория 7 (съвпадаща с късния етап на постменопауза) попадат 46.61% от респондентите.

Средната възраст на настъпване на менопауза е 48.08 ± 5.52 г. Тази възраст в П₁ е 49.37 години (32 – 58 години), като разликата в настъпването на менопаузата от 1.29 години между двете проучвания може да се обясни с различията в популациите от жени, сред които те са проведени.

Сексуална активност

Повече от половината (55,5%) от анкетираните жени съобщават, че са сексуално активни към дадения момент. Това показва, че и в по-късните години на женския жизнен цикъл сексуалността продължава да играе важна роля. От омъжените жени 72.7% съобщават, че са сексуално активни, докато сред неомъжените, разведените и овдовелите жени относителните дялове са съответно 33.3%, 27.3% и 30.8% ($p=0,002$). Това показва значението на брака за поддържането на здравословни сексуални взаимоотношения с напредването на възрастта. С напредване на възрастта делът на сексуално активните жени намалява ($\chi^2 = 83,014$, $p= 0,001$).

Заместителна терапия с женски полови хормони

Хормонозаместителна терапия е малко прилагана сред изследваните жени. Никога не са ползвали ХЗТ 92.9% от тях, а 5,5% от респондентите са използвали такава в миналото, но не и към дадения момент. Сходни са резултатите от П1, при което 94.9% заявяват, че не използват ХЗТ. Получените от проведените анкети много ниски стойности на използване на ХЗТ много вероятно се дължат на подбора на участващите жени от генералната популация, като по-високи стойности на употреба на ХЗТ биха могли да се очакват при провеждане на допитване сред пациенти в гинекологична практика или отделение.

2. Резултати и дискусия относно менопаузални симптоми при жените в пострепродуктивна възраст

Вазомоторни симптоми

Вазомоторните симптоми са едни от най-често срещаните и същевременно с най-голям ефект върху качеството на живот при жени на средна възраст в прехода към менопауза и ранна постменопауза.

Горещите вълни са най-широко известният менопаузален симптом. Те са се появявали поне веднъж при 74.2% от анкетираните от нас жени. В

групата на постменопаузалните жени горещите вълни присъстват ежедневно в живота на 29.3%, докато в групата на перименопаузалните този симптом не се среща ежедневно при нито един респондент ($\chi^2 = 15,707$, $p = 0,008$). При 9.7% от участвалите в допитването жени горещите вълни са имали „силен“ ефект и при 9.7% „много силен“ ефект върху качеството на живот.

Друг често срещан симптом сред жените на средна възраст е **обилното нощно потене**. Въпреки сравнително по-рядката си проява той е имал „силен“ или „много силен“ ефект върху качеството на живот при 11.2% от жените. Жените, оценяващи качеството си на живот след настъпването на менопаузалните промени като по-лошо, съобщават за „силен“ или „много силен“ ефект на обилното нощно потене върху качеството им на живот в 20% от случаите, докато оценяващите промяната като позитивна не докладват за „силен“ или „много силен“ ефект на обилното нощно потене върху качеството на живот ($\chi^2 = 2,086$, $p = 0,015$). менопаузалните симптоми.

Соматични симптоми

Множеството неблагоприятни физически промени през периода на менопаузален преход могат да повлияят в значителна степен качеството на живот на засегнатите жени.

Един от най-разпространените соматични симптоми през менопаузалните години е **физическата умора**. Близко 80% от жените посочват, че са имали по-тежка от обикновено умора, като в групата на постменопаузалните жени умората присъства на всекидневна база в живота на 17.6% от анкетираните, докато в групата на перименопаузалните този симптом не се среща ежедневно ($\chi^2 = 14,547$, $p = 0,012$).

От участвалите в проучването респонденти 18.9% съобщават за „силен“ или „много силен“ ефект на физическата умора върху качеството на живот. Оценяващите здравословното си състояние като „лошо“ или

„задоволително“ жени са изпитвали по-тежка от обикновено умора в 95.5% от случаите, докато сред жените с „много добра“ и „отлична“ здравни самооценки симптомът се е случвал на 77.1% от респондентите ($\chi^2 = 20,351$, $p = 0,026$).

Сред анкетираните от нас жени 86.5% са имали **болки и схванатост в ставите и мускулите** и цели 84.7% съобщават, че качеството им на живот е било повлияно от тези симптоми. В групата на пре- и перименопаузалните респонденти 33.3% съобщават, че този симптом не повлиява качеството им на живот, докато при постменопаузалните жени само 10.3% отговарят, че качеството им на живот не е повлияно от болки и схванатост в ставите и мускулите ($\chi^2 = 11,798$, $p = 0,038$).

Много от жените в пострепродуктивна възраст наддават на тегло, като 77.3% от респондентите в нашето проучване са съобщили за такова увеличение.

Сред анкетираните от нас жени 62.5% са заявили, че наддаването на тегло е влошило качеството им на живот. При значителен процент ефектът върху качеството на живот е бил „силен“ (17.0%) или „много силен“ (9.1%). От омъжените жени 29.6% са отбелязали, че наддаването на тегло е имало „силен“ или „много силен“ негативен ефект върху качеството на живот, като същата оценка са дали 9.1% от овдовелите жени ($\chi^2 = 26,862$, $p = 0,030$). Оценка за „силен“ или „много силен“ ефект е много по-честа в групите на неомъжените и разведени жени, като процентите са съответно 60% (неомъжени) и 75% (разведени). Обяснение на този резултат може да бъде желанието на неомъжените и разведени жени да са атрактивни, за да намерят партньор, докато външния вид и личното тегло нямат толкова голямо значение за омъжените и овдовели жени . в отношенията им с другия пол.

От жените- непушачи 69% съобщават за покачване на килограмите, от бившите пушачи процентът е 83.3%, докато за настоящите пушачи той е

86.8% ($\chi^2 = 19,907$, $p = 0,030$). Феноменът може да се обясни с тенденцията пушачите да водят като цяло по-нездравословен начин на живот. Горепосочените факти са силен довод за целенасочени усилия в посока подобряване на хранителните навици и двигателната активност на жените в пострепродуктивна възраст.

Силните главоболия са често срещани при жените в пострепродуктивна възраст, като 70.8% от анкетираните жени са съобщили за наличието на този симптом. Повече от две трети (69.3%) са посочили, че този симптом има ефект върху качеството им на живот.

Усещането за прескачане на сърцето се среща при 76% от анкетираните жени, а при 72.2% от участвалите в допитването жени симптомът е имал ефект върху качеството на живот

Сърбежите по кожата са соматичен симптом, засягащ 61.8% от анкетираните жени. Ефект върху качеството на живот има при 46.2% от респондентите

Нововъзникнало окосмяване в областта на лицето има при 48.7% от участвалите в проучването жени, като при 30.9% от тях симптомът е имал ефект върху качеството на живот, но само при 2.9% той е оценен като „силен“.

Психологични и психосоциални симптоми

Сред анкетираните от нас жени 63.9% съобщават за наличие на депресивни настроения, като за 57.1% от участниците в проучването депресивните настроения имат ефект върху качеството на живот. Сред жените със „силно негативно“ и „негативно“ отношение към менопаузалните симптоми 33.3% съобщават за „умерен“ и 25% за „силен“ ефект на симптома върху качеството на живот, докато при тези с позитивно отношение към свързаните с менопаузата промени 8,3% докладват за „умерен“ ефект на депресивните разстройства върху качеството на живот и нито една жена не е имала „силен“ ефект ($\chi^2 =$

24,129 , $p = 0,002$).

Нарушенията на съня

Сред участниците в анкетата 82.5% съобщават за проблеми със съня. Тази висока честота е тревожна, имайки предвид отражението, което тя би могла да има върху физическото и социално функциониране, работоспособността, общото здраве и имунитета. От респондентите 76.7% отговарят, че нарушенията на съня имат ефект върху качеството им на живот, а за 4.1% от тях този ефект е бил „силен“ и за 15.1% „много силен. Имащите „много добра“ и „отлична“ здравна самооценка жени съобщават само в 11.5% от случаите за всекидневни и постоянни нарушения в съня, докато тези с „лошо“ и „задоволително“ здравно състояние са докладвали за ежедневна или постоянна проява на тези симптоми в 31.8% от случаите ($\chi^2 = 18,846$, $p = 0,042$). Този феномен има лесно и логично обяснение. Добрият и пълноценен нощен сън е предпоставка за добро функциониране на имунната система, докато нарушенията на съня могат да доведат до високи нива на стресови хормони, които от своя страна да нарушат оптималното функциониране на имунната система и да доведат до болестни състояния.

Сред анкетираните от нас жени 59.7% докладват за **проблеми в концентрацията**. За 59.7% от жените влошената концентрация е имала влияние върху качеството им на живот

Влошаването на паметта с напредване на възрастта е широко известен факт, като 74% от анкетираните от нас жени са съобщили за наличието на този симптом. При 5.4% от респондентите **лошата памет** е имала „силен“ или „много силен“ ефект върху качеството на живот. Ежедневно проявление на този симптом е съобщено от неомъжените и разведените жени в 25% от случаите, като всекидневна проява на симптома е имало само при 4.8% от омъжените и 7.7% от овдовелите жени ($\chi^2 = 25,748$, $p = 0,041$). Евентуално обяснение на този феномен може да бъде

протективната функция на чувството за сигурност в семейството относно стрес, като корелацията стрес – лоша памет е широко известен научен факт.

Раздразнителността и тревожността са чести в годините на хормонални промени през менопаузалния преход. От участниците в анкетата „П-1“ за наличието на раздразнителност съобщават съответно 79.2%, а за тревожност 84.2%. От анкетираните 8.7% посочват, че раздразнителността е имала „силен“ ефект върху качеството на живот, а за 2.9% ефектът е бил много силен.

Сред респондентите за **често и бързо променящи се настроения** съобщават 66% от анкетираните, като за 19.2% от жените непостоянните настроения са ежедневие. При 52.7% от анкетираните жени тази симптоматика е имала ефект върху качеството на живот, а за 7.5% ефектът е бил „силен“ или много силен“.

Урогенитални и сексуални симптоми

От участвалите в нашето проучване жени 30.4% съобщават за неконтролируемо изпускане на урина при закашляне или физическо натоварване, а 18.9% докладват за неконтролируемо изпускане на урина при позив за уриниране. Стрес инконтиненцията е имала негативен ефект върху качеството на живот при 28,3% от анкетираните жени, а императивната уринарна инконтиненция при 18,9%.

От анкетираните жени 31.6% съобщават за неконтролируемо изпускане на фекалии или газове, като при 3.2% от респондентите това се случва ежедневно. От участвалите в проучването жени 27.5% съобщават, че фекалната инконтиненция има ефект върху качеството им на живот, като за 4.2% този ефект е бил „силен“ или „много силен“. В групата на пре-/перименопаузалните жени само 10.5% съобщават, че са имали подобна симптоматика, докато в тази на постменопаузалните процентите са значително по-високи и достигат 36.5% ($\chi^2 = 8,821, p=0,032$). Сред жените, дали отрицателна оценка на промяната на качеството си на живот в

менопаузалните години, 9.1% съобщават за всекидневно проявление на фекална инконтиненция, докато от жените, за които няма промяна в качеството им на живот в менопаузата, само 1.7% са съобщили за постоянна поява на този симптом ($\chi^2 = 16,184$, $p = 0,040$).

При проведеното от нас проучване 32.1% от жените се оплакват от чести **уринарни инфекции**, като всички от тях съобщават, че качеството им на живот е бил повлияно. Респондентите с „негативно“ отношение към менопаузата съобщават за наличие на чести уринарни инфекции в 69.2% от случаите, 35.1% от жените с „неутрално“ отношение се е случвало да имат чести уринарни инфекции, докато при жените с „позитивно“ отношение към менопаузалните промени чести уринарни инфекции се появяват само при 23.1% от респондентите ($\chi^2 = 16,866$, $p = 0,032$).

От участвалите в нашето проучване респонденти 41.3% се оплакват от чести **вагинални инфекции**. От жените 37.9% заявяват, че честите вагинални инфекции имат негативно влияние върху качеството им на живот, като при 7.6% ефектът е бил „силен“ или „много силен“.

В значителен процент от жените в пострепродуктивна възраст настъпват анатомични изменения при тазовото дъно и урогениталната система: десцендиране на матката, латерални дефекти, цистоцеле, уретроцеле, ентероцеле, ректоцеле и др. Тези анатомични промени често са съпътствани от неприятно **чувство за натиск или усещане за чуждо тяло във влагалището**. От анкетираните жени 15.2% съобщават за подобна симптоматика.

Други два симптома, неразделно свързани с хипоестрогенното състояние на менопаузата и резултиращите от нея атрофия, нарушена лубрикация, намалена еластичност и загубата на вагиналните руги, са диспареунията и вагиналната сухота. От участниците в анкета „Менопауза“ 33.7% съобщават за **усещане за сухота във влагалището**, а 34.4% се оплакват от **болка и неприятни усещания при полов контакт**.

Вагиналната сухота е имала „силен“ или „много силен“ ефект върху качеството на живот при 7% от респондентите, а диспареунията при 3.3% от анкетираните жени. В групата на жените с негативно отношение 72.7% от респондентите съобщават за негативен ефект върху качеството на живот от вагиналната сухота, при жените с позитивно отношение докладваните проценти за негативен ефект върху качеството на живот са значително по-ниски - 33.3% ($\chi^2 = 20,237$, $p = 0,027$).

От участвалите в нашето проучване жени 53.3% съобщават за **загуба на интерес към сексуална активност**. Загубата на интерес към сексуална активност повлиява негативно качеството на живот на 47% от анкетираните жени, като ефектът е бил „силен“ или „много силен“ при 9.1% от тях.

От друга страна, 34,1% от анкетираните докладват за **намалена задоволеност от сексуалния живот**, което е повлияло отрицателно качеството на живот на 31.2% от участвалите в проучването жени.

3. Анализ на знанията, убежденията и разбиранията относно менопаузата

Оценка на свързаната с менопаузата промяна в качеството на живот

Качеството на живот при жените в пострепродуктивните години до голяма степен е функция от обективните настъпили промени и субективната психологическа оценка, която те дават на настъпилите промени според адаптационните си способности, факторите на жизнената среда и други съпътстващи живота събития.

На **Фиг. 14** са представени данните за самооценката на свързаната с менопаузата промяната в качеството на живот на анкетираните жени в П₂.



Фиг. 14. Оценка на жените за качеството на живот след настъпване на менопаузалните промени

От данните е видно, че близо 4 пъти повече жени оценяват качеството на живот като влошено в сравнение с тези, които чувстват позитивна промяна в менопаузата. Данните са много сходни с предходно наше проучване, при което, 25% оценяват качеството на живот като по-лошо и само 6.8 % го описват като по-добро. При мнозинството жени и в двете проучвания менопаузата е настъпила без съществена промяна в качеството на живот.

Делът на жените с по-лошо качество на живот след настъпване на менопаузалните промени е сравнително по-висок в групите с по-напредналата възраст, като за жените на възраст между 60 и 69 г. този процент е 30,5 %, а за жените над 70 г. е 22,2 % ($\chi^2 = 21,332$, $p = 0,002$). В по-младите възрастови групи по-лошо качество на живот след настъпване на менопаузалните промени имат 10,3 % от жените между 45 и 49 години и 15,9 % от жените между 50 и 59 години.

Отношение към менопаузалните промени

Всяка една жена преживява менопаузалните промени специфично и уникално в зависимост от здравното и психологичното си състояние. Някои гледат на тях като на болестно състояние, докато други ги приемат като нормална част от живота. **Фиг. 15** предоставя информация за процентното разпределение на отговорите на анкетираните жени относно отношението им към свързаните с менопаузата промени в П₂.

Прави впечатление нормалното разпределение на отговорите, като най-много жени са посочили, че имат „неутрално“ отношение към

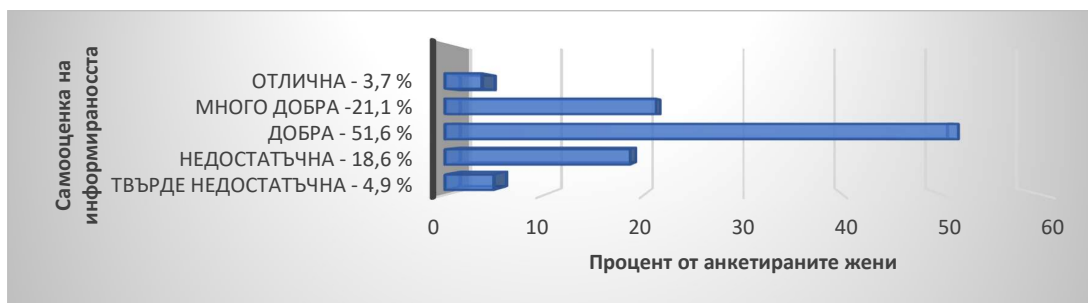
свързаните с менопаузата промени. Резултатите от проучването са идентични с тези от предходното наше изследване П₁, проведено преди началото на пандемията от Ковид-19. Вниманието на здравните специалисти трябва да се насочи към тези близо 15 % от жените, които имат отрицателно отношение към менопаузалните симптоми, тъй като те са лицата, които с най-голяма вероятност преживяват менопаузата като отрицателно събитие. Основна причина за това могат да бъдат недостатъчна или лоша адаптация към промените, висока честота и/или силен ефект на менопаузалната симптоматика, неадекватна стратегия за справяне със стресорите, наличие на допълнителни стресори и др.



Фиг. 15. *Отношение на анкетираните жени към менопаузалните промени*

Самооценка на информираността относно свързаните с менопаузата промени и оплаквания

На **Фиг. 16** са представени данните за самооценката на анкетираните жени относно информираността им за свързаните с менопаузата промени и оплаквания.



Фиг. 16. *Самооценка на информираността относно менопаузалните промени*

Важно е да се отбележи, че висок дял от респонденти дават позитивна самооценка на информираността си.

Източници на информация относно менопаузата

От данните на проучването става ясно, че най-голям процент от жените използват интернет като източник на информация относно менопаузата. На второ и трето място се нареждат приятелите на анкетираните жени и консултациите с медицинско лице.

Впечатление прави големият дял участници в проучването, които биха се консултирали с медицински лица и биха използвали писмени материали. Това показва нуждата от подобряването на достъпа до медицински специалисти, както и изготвянето и разпространението на писмени материали с информация в областта на менопаузата.

Здравно-образователни теми, от които жените в пострепродуктивна възраст се интересуват

Най-голям интерес проявяват респондентите към здравословното хранене и здравословния начин на живот. Поддържането на теглото се нарежда на трето място сред интереса на анкетираните жени. Сравнително малък интерес имат анкетираните жени относно свързани с менопаузата обучения, като това показва нуждата от активна дейност от страна на здравните специалисти за мотивиране на жените да участват в обучителни мероприятия.

Участниците в П₂ бяха попитани чрез отворен въпрос какво биха променили в грижата за тяхното здраве. Най-голям дял от анкетираните жени биха желали повече превенция и профилактика. След анализа на данните относно извършените скрининг изследвания можем да заключим, че жените имат нужда от повече информираност относно обхвата на предвидените за тях профилактични дейности и достъпа до съответните институции, тъй като голяма част от анкетираните не са посещавали дори

задължителните прегледи.

4. Здравно поведение и участие в профилактични дейности

Хранене

Данните илюстрират стремеж на жените към здравословно хранене, в което те се придържат най-много към редовен прием на течности и консумацията на повече плодове и зеленчуци. Приблизително една трета от жените са включили тези хранителни навици като постоянен елемент на поведението си. Подобен е относителният дял на жените, които постоянно ограничават консумацията на алкохол, на сокове и газирани напитки, на храни със съдържание на „много Е-та“.

Честота на определени хранителни навици

Проучването установява, че между 12-25% от жените не прилагат позитивни хранителни практики, като напр. приема на фибри и на сол, ограничаване на съдържанието на мазнините и на консумацията на алкохол. Консумацията на обезмаслени млечни продукти не се практикува от 35,7 % от респондентите в проучването. Този хранителен навик би могъл да е особено полезен за редуцирането на калориите и поддържането на здравословно тегло.

Най-рядко жените се стремят да консумират соя и соеви продукти, като 37,2 % никога не консумират тези продукти и само 1,7 % постоянно се стремят да включват в диетата си тези важни за жените в пострепродуктивна възраст храни.

Друг хранителен навик, който не е особено широко застъпен сред анкетираните жени, е проверката на съдържанието на хранителните продукти, като 25,3 % от респондентите никога не го правят. Тези жени трябва да бъдат информирани за ползите от проверката на съставките на храните, като от особено значение са калоричността на храните, количеството готварска сол и захар, наличието на консерванти, транс

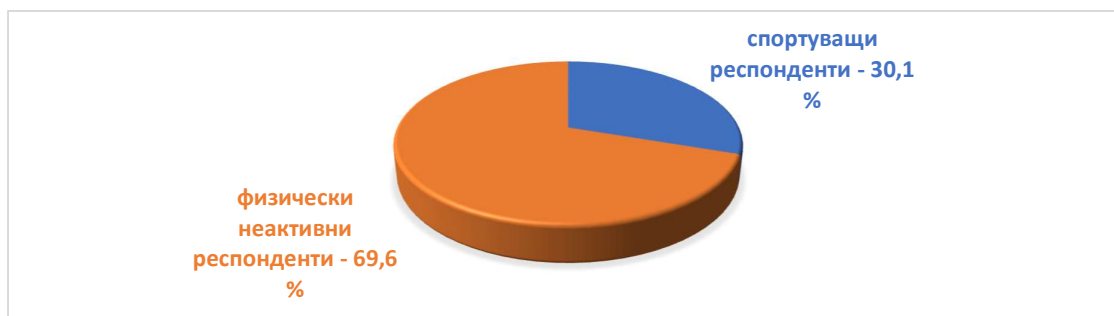
мазнини и потенциално опасни за здравето химикали, срокът на годност, както и количеството на полезни вещества като фибри, протеини и витамини.

Направен е анализ на зависимостите между хранителните навици и ВМІ на жените. При жените с нормално тегло се установяват с по-висока честота редица позитивни хранителни практики: консумация на пълнозърнести хранителни продукти ($\chi^2 = 25,624$; $p = 0,042$); при консумацията на плодове ($\chi^2 = 24,449$; $p = 0,058$); консумация на зеленчуци ($\chi^2 = 30,207$; $p = 0,011$); консумация на фибри ($\chi^2 = 25,913$, $p = 0,039$). В същото време жените с наднормено тегло и затлъстяване съобщават по-често за ограничаване консумацията на захар ($\chi^2 = 28,062$; $p = 0,021$); консумацията на обезмаслени млечни продукти ($\chi^2 = 28,267$; $p = 0,020$) и консумацията на готварска сол ($\chi^2 = 24,483$; $p = 0,033$).

Физическа активност и спорт в пострепродуктивна възраст

Физическа активност и занимания със спортни дейности

Фиг. 17 отразява разпределението на жените в П₂ според физическата им активност. От данните ясно се вижда, че близо 70 % от анкетираните жени не са физическа активни, като това трябва да е таргетната група, която да бъде мотивирана да промени навиците си.



Фиг. 17. Разпределение на жените по физическа активност

Видове спортни дейности

Жените в нашето проучване посочват като най-практикувана физическа активност продължителното ходене, което представлява 36,30% от всички спортни дейности. На второ и трето място се нареждат гимнастическите упражнения и танците, които представляват съответно 12,33 % и 9,59 % процента от всички спортни дейности. Прави впечатление изключително рядкото практикуване на важни в напредналата възраст спортни дейности като упражнения за баланс и разтягане, които се практикуват от единични респонденти. Силовите упражнения също не са широко застъпени сред респондентите в нашето проучване, като фитнес зала посещават само 2 % от жените, а упражнения с тежести или спортни уреди се практикуват само от отделни индивиди.

Най-предпочитана форма на спортна дейност за жените е продължителното ходене, посочена от 55,7% от групата. На втори и трето място се нареждат танците и йогата, получили съответно 36,9 % и 21,6 % одобрение от жените.

Най-често занимаващите със спортни дейности жени посочват с еднакъв дял, че спортуват два пъти седмично или ежедневно. Следващата популярна честота на тренировки е три пъти седмично. В съчетание с данните за средната седмична продължителност на спортните занимания, става ясно, че повечето жени не постигат препоръките на СЗО за занимания от поне 150-300 минути седмично със средна по интензивност физическа активност.

Прием на алкохол

Употребата на алкохол при жените в менопауза е свързана с повишен риск от сърдечно-съдови заболявания, метаболитни нарушения, остеопороза, рак на гърдата, рак на колона и други неблагоприятни здравни ефекти. В **Табл. 1** са представени данните за алкохолна консумация на анкетираните жени в П₁ и в П².

При анализиране на горепосочените данни става видно, че процентите на неприемащи алкохол жени в двете изследвания са близки: 45.3 % и 51.6%. Средното количество употребяван алкохол на попълните анкетната карта в П₁ жени е 3.36 ± 2.02 питиета седмично, а при проучването П₂ е 1.58 ± 2.75 питиета седмично. Не се установява статистическа корелация между приема на алкохол и ВМІ.

Табл.1. Данни за алкохолна консумация

Прием на алкохол	Отн. дял жени в П1	Отн. дял жени в П2
Въздържатели	45.3%	51,6 %
Приемали алкохол в миналото	4.2%	3,5 %
Приемащи алкохол	50,5%	44,9 %

Тютюнопушене

В **Табл. 2** са представени данните за тютюнопушене на анкетираните жени в нашите две анкетни проучвания.

Табл. 2. Данни за тютюнопушене

Тютюнопушене	Отн. дял жени в П1	Отн. дял жени в П2
Непушачи	45.2%	53,7 %
Бивши пушачи	7.5%	5,6 %
Пушачи	47.3%	40,7 %

От посочените данни се установява, че тютюнопушенето при жените в пострепродуктивна възраст е вреден навик с доста широко разпространение – над 40% са настоящите пушачи в двете проучвания. Средното количество изпушени цигари сред жените-участнички в П₂ е 5.5 ± 7.6 цигари дневно (1-30 цигари дневно) и 10.93 ± 6.65 цигари дневно (1-30 цигари дневно) при жените в П₁.

При сравняване на приема на алкохол сред пушачи и непушачи в П1“ се откриват статистически значими различия ($\chi^2 = 16,958$; $p = 0,002$). Близко една трета от жените (33.70%) са пушачи и употребяват алкохол. Прави впечатление тенденцията на групиране на жените с вредни навици, като приемащите алкохол пушачи са повече отколкото пушещите въздържатели (14,13%) и пиещите алкохол непушачи (16.30%), взети заедно. Т.е. жените имащи един вреден навик е по-вероятно да имат втори такъв, като е възможно този тип хора да са по-склонни като цяло да имат по-нездравословен начин на живот. От друга страна, забелязва се тенденция за групиране на непушачите въздържатели (35,87%), което показва, че хората са по-склонни да нямат вредни навици, отколкото да имат само един от тях, т.е. определен дял от обществото се опитва целенасочено да живее по-здравословно.

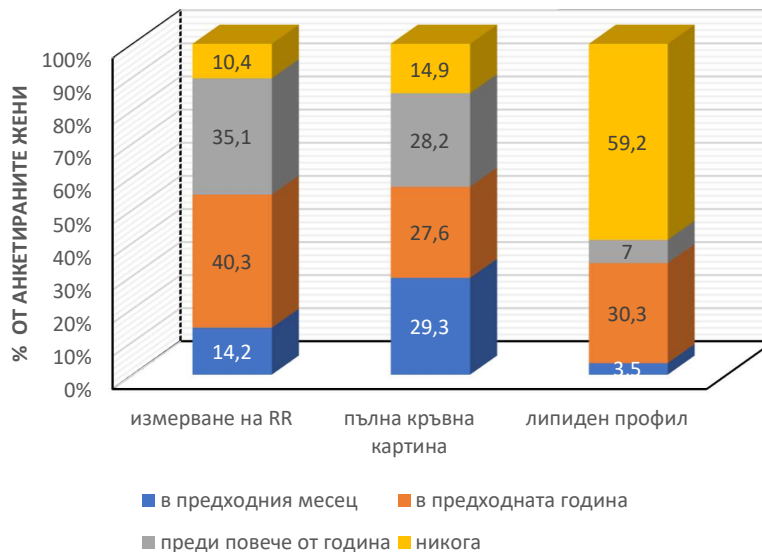
Профилактични дейности в пострепродуктивна възраст

Данните от П₂ показват, че жените на възраст над 45 г. най-често извършват профилактични прегледи, които са в обхвата на дейност на общопрактикуващите лекари, както и такива за здравна самогрижа, каквито са измерването на артериалното налягане и самоизследване на гърдите. Относителният дял на жените, участвали в профилактичните дейности, е представен на **Табл. 3**.

Профилактичен преглед при личния си лекар са провели повече от три четвърти от жените в проучването, като при 66.51% от респондентите това се е случило през последната година. Консултации с лекар относно промените през менопаузата са осъществили само 40.22% от жените. Повече от половината жени (58.20%) са измервали теглото, талията и ханша си, като 17.75% правят това веднъж месечно.

Табл. 3. Относителен дял на жените, участвали в профилактичните дейности

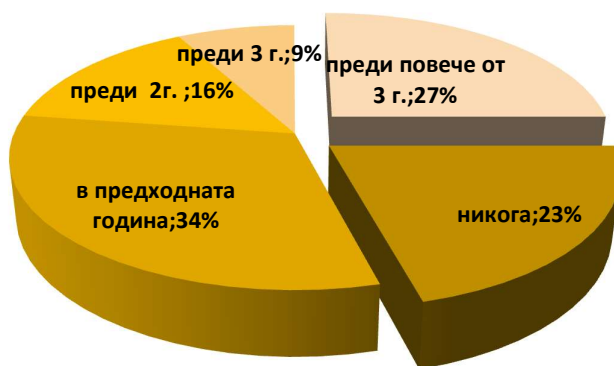
Профилактична дейност	Отн. дял %	Профилактична дейност	Отн. дял %
Консултация с лекар относно промените в менопаузата	44.22	Профилактичен преглед при личен лекар	77.30
Измерване на тегло, обиколка на талия и ханш	58.20	Измерване на артериално кръвно налягане	85.17
Изследвания на пълна кръвна картина	89.66	Липиден профил	40.67
Цитонамазка (PAP-Тест)	77.30	Колпоскопско изследване	13.9
Ултразвуково изследване на матка и яйчници	53.93	HPV-Тест	9.44
Самоизследване за образувания на гърдите	46.52	Мамография на гърда	63.37
Ултразвуково изследване на гърда	52.13	Профилактична колоноскопия	9.66
Тест за окултно кървене	2.91	Остеоденситометрия за остеопороза	27.19



Фиг. 18. Честота на извършване на рутинни профилактични изследвания

Разпределението на жените по честота на измерване на артериалното налягане, липидния профил и кръвна картина е представено на **Фиг. 18**. Въпреки че определянето на липиден профил е част от задължителните профилактични прегледи на всеки 5 години, 59.33% от жените никога не са провеждали това изследване.

В нашето проучване 50% от жените са провели цитонамазка по Папаниколау преди повече от 3 год. или никога не са били обхванати с това изследване. На **Фиг. 19**. е онагледено провеждането на натривка по Папаниколау



Фиг. 19. Провеждане на PAP-Тест

По наши данни изследване за наличие на човешки папиломен вирус е било проведено само при 9.44 % от жените. При 4.49% от респондентите подобно изследвано е извършвано през последната година и при 2.95 % през предходните 2 години.

Ултразвуково изследване на матка и яйчници е проведено при 53.93% от жените. Само при малко повече от четвърт от анкетираните (28.53 %) то е извършено през последната година, а при 15.96 % е реализирано в предходните 2 до 4 години.

Друг важен фокус на профилактиката при жените е ракът на гърдата, който има най-висока честота на възникване и е основна причина за ракова смъртност. Прави впечатление, че 53.49% от жените никога не са

провеждали самоизследване на гърдите. Този относителен дял е сигнификантно по-висок от дела на жените, които никога не са провеждали мамографско изследване ($p=0,001$). Провеждането на мамографско изследване сред респондентите в нашето проучване е представено на **Фиг. 20**.



Фиг. 20. Провеждане на мамографско изследване

Субгрупата на жените, които никога не са имали мамографско изследване, има по-ниски нива на участие за всяка от 16-те профилактични дейности, в сравнение с общата група респонденти, напр., самоизследване на гърдите са осъществили 36.40% срещу 46.52%, остеоденситометрия – 13.26% срещу 27.19%, ултразвуково изследване на гърдите – 35.73% срещу 52.13%.

Ултразвуково изследване на гърдите са осъществили повече от половината жени, като при 29.21% то е проведено в предходната година, а при 17.30% - в предходните 2 до 4 години.

Един от социалнозначимите здравни проблеми, свързани с менопаузата, е загубата на костна плътност. По данни от нашето изследване остеодензитометрия е проведена при 27.19% от респондентите. При 11.91% от жените костната плътност е изследвана през последната година, при 7.64% - преди две години.

Скринингът за рак на дебелото черво чрез колоноскопия не е популярен, като е провеждан само при 9.66% от анкетираните жени. При болшинството от провешите изследването, то е осъществено през последните три години - 7.64% Изследване за окултно кървене от гастроинтестиналния тракт е със съвсем ограничено използване и е извършено само при 2.92% от анкетираните жени.

За всички проучвани профилактични дейности е потърсена връзка между участието на жените и възрастта, образованието и самооценката на здравето. Възрастта влияе върху участието в: изследване с цитонамазка по Папаниколау, като с нарастване на възрастта то значимо намалява ($p=0.035$); мамографските изследвания при по-възрастните жени, въпреки че не показват съществено различие като честота, са провеждани преди повече от 5 години ($p=0.014$).

По-високото ниво на образование позитивно повлиява превантивните поведения на самогрижа – самоизследване на гърдите ($p=0.026$), измерване на тегло, обиколка на талия и ханш ($p=0.003$) и измерване на артериалното налягане ($p=0.001$).

Самооценката на здравето има влияние върху превантивното поведение на жените по отношение на рака на гърдата, като по-високата самооценка на здравето е свързана с по-висока честота на самоизследване на гърдите ($p=0.008$) и по-чести мамографии ($p=0.001$). По-лошата здравна самооценка е свързана с по-висока честота на участие в скринингови дейности за рак на дебелото черво ($p=0.001$).

Получените от нас резултати за участието на жените в специфичните скринингови изследвания може да са повлияни от пандемията от COVID-19 и да отразяват въздържане от търсенето на профилактични изследвания поради страх от заразяване. Това налага да се извършва редовно наблюдение на обхвата със скринингови тестови и профилактични прегледи на жените в пострепродуктивна възраст и в следващите години.

5. ПРОУЧВАНЕ СРЕД СТАЖАНТ-ЛЕКАРИ

Проучването със стажант-лекарите е проведено онлайн по време на държавния преддипломен стаж по социална медицина. Участниците в него са отзовали се студенти от VI курс, като повече от две трети (67,5%) са от женски пол. Тази структура по пол вероятно отразява интересът като представители на същия пол към проблемите на здравето в специфична част от живота на жените.

Мнение на стажант-лекарите относно менопаузата като тема в обучението на студентите по медицина

Мнозинството от стажант-лекарите считат, че темата за менопаузата не е засегната достатъчно при обучението им по медицина. Само 2.6 % от обучаващите се медици считат, че темата е засегната подробно, и нито един стажант-лекар не е отговорил, че темата е засегната изключително подробно.

Самооценката на стажант-лекарите за нивото на информираност относно свързаните с менопаузата промени и оплаквания е представена на **Фиг 21**. Само 1,7 % от обучаващите определят информираността си като отлична и 14,5 % като много добра. Тук също ясно си проличава нуждата от по-подробно засягане на темата за менопаузата в обучителния процес на младите медици.



Фиг. 21. Информираниост на стажант-лекарите за свързаните с менопаузата промени и оплаквания

Мнение на стажант-лекарите относно промяната в качеството на живот на жените в менопауза

Мнозинството стажант-лекари (91,4 %) мислят, че качеството на живот на жените след настъпването на свързаните с менопаузата промени е по-лошо, само 8,6 % от анкетираните считат, че качеството на живот не се променя, и нито един обучаващ се медик не очаква, че качеството на живот може да е по-добро.

Като сравним мнението на стажант-лекарите с това на анкетираните жени по същата тема става ясно, че младите медици имат нереалистична представа относно промяната на качеството на живот в менопаузалните години, тъй като мнозинството жени (75 %) считат, че качеството на живот не се е променило и дори 5.5 % от жените оценяват качеството си на живот като по-добро. Въпреки ясното разминаване между мнението на обучаващите се медици и жените по дадената тема, можем да заключим, че стажант-лекарите не подценяват темата за менопаузата, но има тенденция в голяма степен да възприемат като патологичен един абсолютно нормален процес на постепенно редуциране и спиране на репродуктивните функции на жените

Източници на информация за подобряване на здравните знания на жените в пострепродуктивна възраст

Според младите медици най-важен източник на информация са консултациите с медицинско лице, като 76.1 % са посочили този източник като задължителен. Анкетираните жени са класифицирали този източник на 3-то място, като по-малко от половината от тях (43,5 %) черпят информация по този начин. Това показва надценяване от студентите на реалната роля на медицинските специалисти като източник на информация за менопаузата и нуждата от по-активно участие на лекарите и професионалистите по здравни грижи в подобряването на познанията на

жените.

На второ място по важност стажант-лекарите поставят Интернет, като 23,1 % са го окачествили като задължителен, а 29,9 % като много важен източник на информация.

Важност на определени теми за здравното образование на жените в пострепродуктивна възраст

Проучено е мнението на стажант-лекарите относно важността на определени теми за здравното образование на жените в пострепродуктивните години. Скринингът за ракови заболявания убедително заема първото място като най-важна тема с 64,1 % отговори „задължително“ и нито една оценка „маловажно“ или „не е важно“. Остеопорозата се нарежда на второ място, като 60,7 % от стажант-лекарите са определили темата като задължителна и отново никой не е дал оценка „не е важно“.

Важност на определени хранителни навици

На първо място по важност стажантите са оценили приема на повече зеленчуци, като 51,3 % са го определили като задължителен, само 0,9 % като маловажен и никой не го е определил като не важен. Второто място по важност младите медици са отредили на приема на повече плодове, като 47 % са го определили като задължителен, а едва 1,7 % като маловажен. На трето място се нарежда приемът на повече течности, когато 46,2 % от студентите са оценили като задължителен и нито един не е дал оценка „маловажен“ или „не е важен“. Сходна е подредбата в ТОП 3 на хранителните навици при жените в пострепродуктивна възраст, където присъстват същите три хранителни навика с малки размествания на поредността.

Важност на определени профилактични методи

Младите медици оценяват рака на млечната жлеза като сериозен

здравен проблем и са поставили самоизследването на гърдите и мамографията на първо и второ място по важност от всички скрининг методи в пострепродуктивна възраст. Почти три четвърти (74,4%) от обучаващите се медици са класирали самоизследването на гърдите като задължително, като за мамографията този процент е съответно 70,9 %.

На трето и четвърто място по важност, с много близък резултат до предходните изследвания, стажант-лекарите са определили две ултразвукови изследвания: на матка и яйчници и това на гърда, като съответно за задължителни са ги определили 70,9 % и 70,1 % от участващите в проучването медици.

Кариера в медицинска специалност с насоченост към жените в пострепродуктивна възраст

Стажант-лекарите са попитани дали биха посветили кариерата си на медицинска специалност, насочена към здравето на жените в пострепродуктивна възраст. Близко половината от респондентите (43,6 %) дават позитивен отговор и биха се занимавали професионално със специалност, свързана със здравето на жените в менопауза.

При сравнението на мнението на стажантите по пол за кариера в медицинска специалност с насоченост към жените в пострепродуктивна възраст се наблюдава статистически значима разлика ($\chi^2 = 11,625$, $p = 0,001$). Убедително по-голям е делът на стажант-лекарите от женски пол (54,4 %), които биха се посветили на такава кариера, в сравнение с дела на стажант-лекарите от мъжки пол (21 %)

Препоръки за оптимизиране здравето на жените в пострепродуктивна възраст

Поради комплексния характер на грижата за жените в пострепродуктивна възраст и многото и различни участници при нейното осъществяване, сме дали отделно препоръки към Министерство на здравеопазването, медицински университети, НЗОК и осъществяващи здравна помощ за менопаузалните жени здравни специалисти.

Препоръки към Министерството на здравеопазването

Спешно е необходимо предприемането на организационни мерки за **повишаване на обхвата със скринингови програми и редовно наблюдение на женското здраве**. Сред тях препоръчваме създаването на специализирани **профилактични звена** за реализиране на активен обхват на женското население със **скринингови процедури, премахване на икономическите бариери** за участие на жените в скринингови изследвания, **създаването на специализиран уеб-базиран портал за промоция на здравето на жените**, вкл. и в пострепродуктивна възраст, както и **прилагане на предвидените в закона санкции при неоснователно неявяване на профилактичен преглед**.

В Националната здравна стратегия трябва да бъде обърнато **специално внимание на жените в пострепродуктивна възраст, на техните специфични нужди и подобряването на тяхното здраве**. Препоръчваме Наредбата за обхвата на профилактичните прегледи на територията на Република България да бъде актуализирана редовно, така че да отговаря на най-добрите медицински практики, като се имат предвид препоръките на водещите медицински общества по света и новите изследвания в областта.

Препоръки към НЗОК

От особено значение е актуализирането и оптимизирането на здравните пътеки, отнасящи се до обгрижването на възрастното население и в частност на жените в пострепродуктивните години, така че заплащането на медицинските дейности да отговаря на реалните разходи за осъществяването им. Само по този начин може да се гарантира адекватно медицинско обслужване на тази уязвима част от населението.

Препоръки към здравните специалисти

Несъмнено всяка една жена в пострепродуктивна възраст има свои собствени, уникални индивидуални нужди и представи за това какво е здравословна менопауза и затова грижите от страна на здравните специалисти трябва да са строго персонализирани към конкретния пациент.

Препоръки към здравните специалисти за здравословна менопауза, необходимите умения при грижата за жените и провеждане на скрининг програми и профилактични прегледи

Нашето изследване показва, че част жените в пострепродуктивна възраст биха желали по-добро и достъпно здравеопазване и повече внимание от страна на лекарите. За да се помогне на здравните специалисти в тази не лека задача могат да бъдат направени някои основни препоръки, които са изведени на база резултатите от нашите проучвания, личния клиничен опит на автора на дисертацията и анализ на наличната в областта литература.

От особено значение е между жените и обслужващите ги специалисти да съществуват хармонични взаимоотношения, базиращи се на доверие, разбиране и емпатия. Това може да се постигне с **тесен контакт** между специалист-пациент, **последователност в обслужването от едни и същи лица, прегледи на регулярни периоди и с предварително уговорени часове за следващите консултации**. За самите здравни специалисти воденето на **изрядна документация** има първостепенно

значение, както от медицинска така и от юридическа гледна точка, особено при онкопрофилактичните мероприятия. Документацията (независимо дали на хартиен или електронен носител) трябва да се съхранява спрямо законово предвидените минимални срокове. Емпирично добре се е доказало информирането на пациентите с комбинация от телефонни прозвънявания и изпращане на писмени покани, като препоръчваме всеки опит за известие също да бъде добре документиран.

Важно е участващите в грижата на жените в пострепродуктивна възраст да имат съответните знания и експертиза при предоставянето на медицинско обслужване. Да снемат подробна лична анамнеза и фамилна анамнеза и да са запознати с остеопорозата и определянето на менопаузален статус .

Специално внимание трябва да се отдели на жените в пострепродуктивна възраст, които никога не са участвали в **профилактични изследвания**, тъй като при тях това е утвърден поведенчески модел. Те имат по-висока честота на неучастие за всички изследвани дейности, показваща статистическа достоверност при дейностите за профилактика на рака и на сърдечно-съдовите заболявания. Особено внимание трябва да се обърне на по-модерните и не толкова известни на жените методи на профилактика, като HPV тест и тест за окултно кървене.

Най-разпространеното желание за промяна в грижата на жените са провеждането на повече профилактични и превенционни мероприятия, като същевременно нивата на посещаемост на подобни мероприятия са незадоволителни. Това доказва нуждата от **по-добра информираност на жените за вече предвидените за тях в закона изследвания** (кога и къде могат да бъдат те проведени, как да бъдат получени резултатите и какви последици носят позитивните скрининг резултати). Обхватът на профилактичните прегледи на територията на Република България е

определен в **Наредба Номер 8 от 3 Ноември 2016 г. на Министерството на Здравеопазването за профилактичните прегледи и диспансеризацията**, както и в **Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията в приложение № 2 към чл. 8, ал. 1 „Вид и периодичност на профилактичните прегледи и изследвания при лица над 18 години“**

Проучването ни потвърждава важната роля на здравните специалисти в профилактиката на болестите при жените в пострепродуктивна възраст. Ние препоръчваме на всички специалисти, които обгрижват жените в пострепродуктивна възраст, да се запознаят добре с горепосочените наредби, да информират пациентите си по темата и ги мотивират да се придържат към дадените препоръки. Необходимо е здравните специалисти активно да канят жените за провеждане на годишните профилактични прегледи на задължително здравноосигурените лица, както и да препоръчват и съдействат за участие в **специализирани профилактични програми и скринингови изследвания на женското здраве. Провеждането на здравнообразователни кампании** сред жените в пострепродуктивна възраст по въпросите на профилактиката, особено тази на сърдечно-съдовите болести, злокачествените новообразувания и остеопорозата, ще съдейства за увеличаване на **здравната им грамотност** и за **подобряване на мотивацията** за участие в профилактични дейности.

Препоръки относно затлъстяването в пострепродуктивните години

Високата честота на затлъстяването сред жените в пострепродуктивна възраст обуславя голямото социално значение на този здравен проблем. Очевидна е нуждата от правилно хранене, режим на физическо натоварване и баланс между приети и изгорени калории, така че индивидите да имат оптимално спрямо височината и възрастта си тегло, без

да се достигат екстремни ситуации с прехранване и обездвижване с натрупване на мастна тъкан. Едновременно с това не са препоръчителни изтощителни дълготрайни хипокалорийни диети с недохранване, хиповитаминози, електролитен дисбаланс и редуцирана костна плътност.

Водещо значение има предоставянето на възможности жените в пострепродуктивна възраст да се придържат към съответни диети и да участват в програми за редуция на телесното тегло.

Въпреки че количеството приети калории има основно значение за редуцирането на телесна маса и мастна тъкан, енергийната стойност на приетата храна не е единственият критерий за контролиране. Хранителната плътност, разпределението на микро и макронутриенти са не по-малко важни от калорийната плътност на приеманите с храната вещества. Горното твърдение може да се илюстрира със сравнението на 500 калории рафинирана хидрогенирана растителна мазнина с еквивалента им под формата на зеленчуци или плодове. От една страна, степента на достигната ситост е коренно различна заради разликата в обема на приетата порция, от друга страна празните лишени от хранителна стойност калории имат единствено енергиен принос и не помагат за посрещането на дневните нужди от витамини, минерали и други жизнено важни вещества.

Основна роля при борбата с излишните килограми в пострепродуктивна възраст има и физическото натоварване. Особено важни тук са както аеробните упражнения, така и силовите тренировки. Аеробното физическо натоварване има основна роля в поддържането на сърдечното здраве и изгарянето на калории, докато силовите упражнения спомагат за поддържането на мускулната маса и костна плътност. Степента на натоварване също трябва да се съобразява с индивидуалните физически характеристики на всяка възрастна жена, като обемът и интензитетът на физическа активност трябва да се покачват постепенно под наблюдение на здравни специалисти по кинезитерапия и рехабилитация.

В справянето с излишните килограми в менопаузата могат да се използват също средства на фармако- и психотерапията. На последно място при резистентни на терапия случаи известна роля би могла да има и бариатричната хирургия.

Намаляването на честотата и здравни ефекти на затлъстяването изисква да се познават механизмите, есенциални за натрупването на излишни мазнини в пострепродуктивна възраст. От една страна това ще изгради солидна база познания сред здравните специалисти, позволяваща логично обяснение на случващите се соматични и метаболитни промени, и възможността за предоставянето на тези знания в синтезиран вид на жените преди и по време на менопауза. От друга страна бъдещите изследвания по проблема ще позволят откриването на нови методи и медикаменти, които да бъдат успешно инкорпорирани в борбата с излишните килограми.

Всички здравни специалисти, които участват пряко в грижата за жените в пострепродуктивна възраст, както и в създаването на програми за подобряване на тяхното здраве, трябва да бъдат оптимално информирани по основните теми, свързани със затлъстяването и неговата превенция. За клиницистите от водещо значение е възможността за количествена оценка на степента и определяне на типа на затлъстяване, познаването на наличните диагностични методи, използвани индекси и величини, както и терапевтични възможности. За специалистите по промоция на здравето и за здравните мениджъри допълнително релевантни са възможностите за създаване на подходящи политики, здравни програми и законодателни подобрения в областта.

Въпреки наличната солидна база от познания относно затлъстяването при жените в пострепродуктивна възраст, важно значение в бъдеще ще има продължаването на усилията за тяхното обогатяване, за обучението на компетентни в тази област здравни специалисти, както и за оптималното

инкорпориране и ефективно използване на наличните ресурси в борбата с излишните килограми и свързаното с тях лошо здраве.

Препоръки за храненето в пострепродуктивна възраст

Правилното хранене без съмнение стои в основата на доброто физическо, психологично и социално функциониране на хората. За поддържането и дори подобряването на качеството на живот в пострепродуктивните години би могло да помогне съблюдаването на някои основни хранителни правила.

Данните от нашето поручване показват, че здравословното хранене е водещата тема на интерес сред жените в пострепродуктивна възраст в България. Здравословното хранене се класира на първо място като желание за по-добра информираност, като само 18,1 % от анкетираните жени са заявили, че нямат интерес да получат повече информация по темата, а цели 30,4 % задължително биха желали да бъдат по-добре осведомени в тази област. Задълбочени познания относно здравословното хранене по наши данни имат 48,2 % от жените в пострепродуктивна възраст, което обособява една преобладаваща група от 51,8 % от жените, които биха могли да имат полза от допълнителна информираност в областта. Близо 5% от всички участници в проучването посочват здравословното хранене като желание за промяна в грижата за тяхното здраве. Анализът от данните за хранителните навици на анкетираните респонденти показва, че храненето на жените в пострепродуктивните години е далеч от оптимално и има нужда от подобрене.

Изобилието от противоречива информация относно храненето в медиите и интернет пространството би могло да доведе до дезинформираност сред жените в пострепродуктивна възраст, затова наличието на достоверни източници на информация в областта на

храненето е от първостепенно значение. Множество медицински общества и организации от цял свят публикуват наръчници с препоръки за храненето на жените след менопаузата, които могат да се от полза както за самите жени, така и за всички обгрижващи ги специалисти.

Допълнително бихме искали да обърнем внимание на някои важни хранителни навици, които не са особено широко застъпени сред анкетираните жени, като например проверката на съдържанието на хранителните продукти. По наши данни цели 25,3 % от респондентите никога не проверяват съдържанието на хранителните продукти. Тези жени трябва да бъдат информирани за ползите от проверката на съставките на храните, като от особено значение са калоричността на храните, количеството готварска сол и захар, наличието на консерванти, транс мазнини и потенциално опасни за здравето химикали, срокът на годност, както и количеството на полезни вещества като фибри, протеини и витамини. Консумацията на соя и соеви продукти също не е особено популярна сред жените в пострепродуктивна възраст в България и информационна кампания за достойнствата на тези продукти като заместител на месото и ползите от фитоестрогените в тези храни би могла да окаже позитивно влияние и да подобри приема им. Друг важен и често negliжирани хранителен навик е достатъчната консумация на фибри, които имат основна роля в регулацията на перисталтиката и чувството на ситост.

Само при правилен прием на витамини, достатъчно пълноценни протеини, комплексни въглехидрати, есенциални мастни киселини, макро- и микроелементи може да се очаква достигане на генетично заложен потенциал за дълголетието в пълноценно здраве.

***Препоръки относно физическата активност в
пострепродуктивните години***

Физическата активност е изключително важна както за оптимално

физическо, така и за добро психическо състояние и самочувствие. Физическото натоварване подобрява сензитивността към инсулин, помага за поддържането на оптимално тегло, намалява риска от развитие на диабет и сърдечносъдови заболявания, намалява стреса и се отразява благоприятно на множество болестни състояния. Препоръчват се упражнения за подобряване на позата. Безопасни движения и осъзнатост на позицията и позата на тялото могат да се практикуват по-всяко време с цел намаляване на вероятността за наранявания на гърба, падания и счупвания.

Режимите на натоварване трябва да са съобразени с индивидуалните възраст, възможност и предпочитания. Жените с заседнал начин на живот трябва да бъдат окуражавани да започнат физическа активност с бавно начало и постепенно прогресиране на натоварването.

Препоръки към медицинските университети

Имайки предвид важната роля на жените в пострепродуктивна възраст за обществото и все по-големият процент, който те представляват от това общество, е важно вниманието на здравеопазването да бъде насочено към техните проблеми и нужди.

Годините на обучение, които бъдещите здравните специалисти прекарват в учрежденията за здравно образование, са изключително важни за правилното възпитание и насочване на вниманието им към потребностите на жените в пострепродуктивна възраст. Необходимо е те да бъдат заинтересовани и мотивирани да се развиват кариерно в специалности, които обгрижват възрастните жени, като геронтология, гинекология, ендокринология, онкология, кардиология и др. Препоръчваме включването на повече образователно часове относно менопаузата в хорариума на студентското обучение (както лекционно обучение, така и повече практически упражнения включващи пряк контакт с жените).

Навременният и лесен достъп до добре обучени специалисти е от

първостепенно значение за жените в пострепродуктивните години. Това показва нуждата от адекватен анализ на недостига на специалисти в съответните медицински специалности, които обгрижват тази популация от женското население. Важно е да се отчита не само абсолютната бройка специалисти, но и териториалното им разпределение, защото често се забелязва струпването им в определени добре развити центрове и недостиг или липса в провинцията и по-малки населени места. Важно е да се отчете текучеството на медицински кадри към други страни и да се предприемат съответни мерки като подобряване на работните условия и заплащане, както и разкриване на достатъчно места за специализация. Препоръчваме програмите за специализация на обучаващите се кадри да бъдат постоянно актуализирани спрямо новите открития и световните медицински тенденции, като същевременно бъде развивана и система за следспециализационни обучения, която да мотивира и поддържа знанията на вече завършените специалисти на оптималното ниво.

ИЗВОДИ

Въз основа на проведените проучвания, статистическата обработка и анализ на събраните данни могат да се направят следните изводи:

1. Повече от половината жени в пострепродуктивна възраст страдат от хронични заболявания, а полиморбидност се наблюдава при 15 % от тях, като с най-висока честота са болестите на сърдечно-съдовата, ендокринната и костно-ставната системи. С напредване на възрастта и покачване на теглото делът на жени с хронични заболявания, падания, фрактури и приемащи медикаменти се увеличава. Същевременно близо две трети от жените в пострепродуктивна възраст са с наднормено тегло и затлъстяване, но жените осъзнават заплахата за здравето от натрупаните излишни килограми и мнозинството (почти всички със затлъстяване и над 2/3 с наднормено тегло) искат да отслабнат.

2. Специфичните гинекологична и акушерска анамнези отразява тенденциите на възпроизводството на населението, контрацептивната употреба и акушеро-гинекологичната практика в страната по време на фертилния период на изследваните жени. Използването на хормонозаместителна терапия е много рядко (при под 10% от жените), като не се познават добре техните приложения и съществува страх от възможни канцерогенни и други странични ефекти.

3. Честотата на поява на свързаните с менопаузата симптоми и техният ефекта върху качеството на живот на жените зависят статистически значимо от социално-демографските характеристики възраст, семеен статус и образование; от здравните характеристики тегло, прием на алкохол, тютюнопушене, здравна самооценка и от специфични гинекологични и акушерски характеристики - менопаузален статус, брой бременности.

4. Някои от свързаните с менопаузата симптоми са широко разпространени сред жените в пострепродуктивна възраст, като болки и схванатост в ставите и мускулите, тревожност, проблеми със съня, потезка от обикновено умора и раздразнителност, които засягат над $\frac{3}{4}$ от жените и повлияват негативно качеството на живот.

5. Приблизително $\frac{1}{5}$ от жените докладват за влошено качество на живот след настъпване на менопаузата и този дял нараства в старшите възрастови групи. Негативно отношение към менопаузалните промени имат 15 % от жените, като те са лицата, които с най-голяма вероятност преживяват менопаузата като отрицателно събитие.

6. Над $\frac{1}{5}$ от жените в пострепродуктивна възраст дават негативна оценка на информираността си относно менопаузата. Интернетът, приятелите и консултациите с медицинско лице се открояват като основни източници на информация. Жените споделят за множество важни за тях теми, като здравословният начин на живот и хранене, както и поддържането на теглото се нареждат на първите три места. Важно е до жените да достига достоверна информация по важните за тях теми чрез подходящите и предпочитани източници.

7. Значителна част от жените в пострепродуктивна възраст не участват в профилактични прегледи и скринингови програми. Установява се тенденция тези, които не участват в дадени профилактични мероприятия, да имат доказано по-ниски нива на участие във всички други профилактични дейности, което може да показва генерализиран поведенчески модел и по-ниско ниво на здравна култура. Доказва се групиране на жените с вредни навици, като това показва, че имащите един вреден навик е по-вероятно да имат и втори такъв. Забелязва се зависимост хората по-скоро да нямат вредни навици, отколкото да имат само един такъв, което вероятно отразява целенасочена мотивация за здравословен живот.

8. Данните показват нуждата от оптимизиране на хранителните и

двигателни навици при значителна част от жените в пострепродуктивна възраст, тъй като средно между 12% и 25% от тях не прилагат отделните позитивни хранителни практики, а над 2/3 не са физически активни. Това е таргетната група, която би имала позитивен ефект от мотивационни дейности за правилно хранене и участие в спортни занимания.

9. Обучаващите се студенти-медици имат нереалистична представа относно менопаузата и в голяма степен патологизират този нормален физиологичен процес. От друга страна стажант-лекарите не подценяват важността на профилактичните изследвания и определят мнозинството от тях като задължителни.

10. Мнозинството от стажант-лекарите считат, че темата за менопаузата не е засегната достатъчно в обучението им по медицина. Под 1/5 от тях дават позитивна оценка на информираността си за менопаузата. Същевременно близо половината от дипломантите изявяват готовност да се посветят професионално на кариера в специалност, свързана със здравето на жените в менопауза.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Научно-теоретични приноси:

1. Проведено е комплексно социално-медицинско проучване сред съвременната кохорта жени в пострепродуктивна възраст, осигуряващо специфични знания относно тяхната здравна информираност, убеждения, здравно поведение, промени във физическото и психично здраве, в субективния здравен статус и участието в общи и специализирани профилактични дейности по време на менопауза.
2. Установени са важни закономерности относно честотата на проява на 27 свързани с менопаузата симптоми и техния ефект върху качеството на живот на жените в пострепродуктивна възраст.
3. Чрез задълбочен анализ са доказани значителни пропуски в здравнообразователната работа относно съществени компоненти на здравословния начин на живот на жените в пострепродуктивния период. Идентифицирани са генерализирани негативни поведенчески модели и фактори, детерминиращи рисковите групи жени, които не участват в профилактични прегледи и скринингови програми.
4. Проучена е информираността, отношението и мнението на стажант-лекарите относно здравните проблеми на жените в пострепродуктивна възраст и са идентифицирани образователни дефицити в тази област, неадресирани от учебните програми по време на студентското обучение и преддипломния стаж по медицина.

Практико-приложни приноси:

1. Разработен е оригинален иновативен инструментариум, който позволява да се обхване и проучи цялостно проблематиката на здравето в пострепродуктивните години при жените.
2. Въз основа на установените важни закономерности на здравното състояние, здравната култура, здравното поведение и участието на жените в профилактични дейности, се дават подходящи иновативни препоръки за промоция на здравето и оптимизиране на здравните грижи за жените в пострепродуктивна възраст, насочени както към самите жени, така и към здравните специалисти в системата на здравеопазване в България, медицинските университети, Министерството на здравеопазването и НЗОК.

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ НА: Д-р Ярослав Димитров

Публикации по докторантурата:

1. Я. Димитров, А. Велкова, Влияние на свързаните с менопаузата симптоми върху качеството на живот при жени в пострепродуктивна възраст, Здравна политика и мениджмънт 2019, Том 19 No2, с. 18-24 ISSN 1313-4981

2. Я. Димитров, Затлъстяване и борба с излишните килограм при жените в пострепродуктивна възраст, Здравна политика и мениджмънт 2022, Том 22 No2, с. 26-31 ISSN 1313-4981

3. Я. Димитров, А. Велкова, Профилактични дейности при жените в пострепродуктивна възраст, Сборник доклади шеста научна конференция на БНДОЗ „Обществено здраве: предизвикателства пред здравната система " ПЛЕВЕН 26-27 МАЙ 2023 Г., с. 73-81, ISBN 978-954-756-335-3