

**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**

**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**

**София, 2024 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР</b> .....	9
1.1. Етапи в жизнения цикъл на жената. Класификация и основни дефиниции.....	9
1.2. Симптоматика в менопаузата.....	18
1.3. Значими здравни проблеми през менопаузата.....	25
1.4. Свързана с менопаузалната симптоматика и качество на живот.....	35
1.5. Начин на живот и здравно поведение.....	37
1.6. Профилактични програми.....	40
1.7. Здравно образование.....	50
1.8. Хормонална заместителна терапия.....	56
1.9. Алтернативна медицина и холистични методи.....	59
1.10. Физическа активност.....	64
<b>Заключение от прегледа на литературата</b> .....	70
<b>ГЛАВА II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО</b> .....	72
<b>2.1. ЦЕЛ</b> .....	72
<b>2.2. ЗАДАЧИ</b> .....	72
<b>2.3. РАБОТНИ ХИПОТЕЗИ</b> .....	73
<b>2.4. МЕТОДИКА</b> .....	74
2.4.1. Обект и предмет на проучването .....	74
2.4.2. Постановка на проучването, времева и териториална.....	74
2.4.3. Методика на регистрация на данните.....	77
2.4.4. Статистическа обработка.....	80
<b>ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ДИСКУСИЯ</b> .....	82

3.1. Демографски, социални и здравни характеристики на изследваните жени.....	82
3.2. Резултати и дискусия относно менопаузални симптоми при жените в пострепродуктивна възраст.....	102
3.3. Анализ на знанията, убежденията и разбиранията относно менопаузата.....	116
3.4. Здравно поведение и участие в профилактични дейности.....	127
3.5. ПРОУЧВАНЕ СРЕД СТАЖАНТ-ЛЕКАРИ.....	146
<b>3.6. Препоръки за оптимизиране здравето на жените в пострепродуктивна възраст.....</b>	<b>159</b>
3.6.1. Препоръки към Министерството на здравеопазването.....	159
3.6.2. Препоръки към НЗОК.....	160
3.6.3. Препоръки към здравните специалисти .....	160
3.6.4. Препоръки към медицинските университети на територията на Република България.....	173
3.6.5. Приложение на иновациите в здравните грижи за жените в пострепродуктивна възраст.....	175
<b>ИЗВОДИ.....</b>	<b>179</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>182</b>
<b>ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....</b>	<b>185</b>
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ.....	187
БИБЛИОГРАФИЯ.....	188
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	212

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ В ТЕКСТА:**

СЗО – Световна здравна организация;

НЗОК – Национална Здравносигурителна Каса

ХЗТ – Хормонална Заместителна Терапия

ВМІ – Body Mass Index

МЕТ - Metabolic equivalent of task;

## ВЪВЕДЕНИЕ

Феноменът на менопаузата е бил известен на хората още от дълбока древност. През IV век преди новата ера в своята творба „*Historia Animālium*” Аристотел засяга темата за менопаузата [223]. Той споменава менопаузалните симптоми и посочва 50 години за средната възраст за преустановяване на менструацията [223]. Подобна менопаузална възраст е спомената по-късно през вековете и от Плиний Стари и гинеколога Соран от Ефес. През шести век прочутият византийски лекар Паулус Егинета написва засягащ остеопорозата подробен медицински сборник от седем книги „*Eritomes iatrikes biblio hepta*“ [223]. През 1150 година Хилдегард фон Бинген също посочва в своята книга „*Causae et cures*“, че възрастта за навлизане в менопауза е 50-та година [223]. Същата възраст е посочена по-късно в енциклопедичния труд „*De Natura Rerum*“ на Thomas of Cantimpré, в „*Compendium Medicinae*“ на Gilbertus Anglicus, в „*Lilium Medicinae*“ на Бернар де Гордън, както и в „*Rosa Medicinae*“ на Джон Гадзедън [223]. Запазилата се през вековете информация ни показва, че възрастта за настъпване на менопаузата е била сравнително постоянна за последните 2500 години.

През огромна част от съществуването на човешкия вид Хомо сапиенс менопаузата е настъпвала относително късно в живота на жените. Това се променя с рязкото увеличаване на средната продължителност на живота от средата на 19 век. Подобрените хранене и условия на живот, напредъкът на медицината и техническата революция позволяват на много голяма част от живеещите днес хора да доживеят до старините си, като така се достига до процес на застаряване на населението с увеличение дела на възрастните хора [327]. Данните в страните с най-високо социално-икономическо развитие очакваната продължителност на живота при жените вече достига

86-88 г. През 2010-2015 г. жените в 41 страни са имали продължителност на живота над 80 години, като само преди две десетилетия това е било валидно за 12 държави [326]. Демографското състояние и тенденции несъмнено доказват твърдението, че жените занапред ще прекарват все по-голяма част от живота си в пострепродуктивна възраст от когато и да било по-рано в човешката история.

Менопаузата представлява един естествен преход в ново биофизиологично състояние, обхващащ множество свързани със стареенето биологични и психосоциални промени [133]. Въпреки че менопаузата е нормален физиологичен процес, отбелязващ края на репродуктивната фаза на женския живот, тя би могла да е свързана с различна по интензивност неприятна симптоматика. От друга страна през пострепродуктивните години с напредването на възрастта жените страдат от все по-голям брой заболявания, като сред тях особено значение имат сърдечно-съдовите, ендокринологичните, тези на двигателния апарат, неврологичните и онкологичните. Повечето от тези заболявания могат да бъдат идентифицирани и предотвратени чрез превантивни дейности и мотивация за промяна на здравното поведение [130]. При жени след средната възраст на менопауза се препоръчва да се извършва скрининг за костни и сърдечни заболявания, както и първична и вторична профилактика в съответствие с националните и международни предписания [227]. Чрез подходяща превенция може да се редуцира болничния престой, амбулаторните посещения и разходите за здравеопазване [101]. 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“ [349].

Проявата на симптомите през менопаузата варира в много големи граници между отделните индивиди поради наличните генетични, културни, поведенчески, социално-икономически, образователни и диетични различия. Приблизително 85% от жените в периода на менопауза се оплакват, че изпитват различна по тип и тежест симптоматика, а при повече от половината от тези жени качеството на живот е отрицателно повлияно от тези симптоми [147]. Днес знаем, че менопаузата зависи от количеството първични фоликули на яйчниците и жените навлизат в нея, когато броят на първичните фоликули е спаднал до решаващия критичен брой. Също така широко известен факт е, че вариацията във възрастта при естествената менопауза, естеството, честотата и тежестта на симптомите могат да бъдат свързани с генетични, поведенчески, социално-икономически, образователни, диетични, географски, екологични и културни фактори [111]. Най-значимите менопаузални симптоми могат да бъдат разделени на вазомоторни, психически, физически, урогенитални и сексуални. Някои от тях са познати от дълбока древност, но останалите до наши дни сведения не показват ефективни мерки за справяне с оплакванията чак до 20 век. Едва през 30-те години на миналия век менопаузалните симптоми могат ефективно да бъдат лекувани с изолирани от урината на бременни жени естрогени [44].

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. Страдащите от менопаузални симптоми жени съобщават за значително по-ниски нива на качество на живот, повече проблеми на работното място, смущения в социалното функциониране,

както и високи нива на използване на здравни грижи [338]. 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 на достъп до качествени здравни услуги за тази голяма социална група. Неизменна част от този процес са както идентифицирането на здравните нужди на жените в пострепродуктивните години, така и предоставянето на адекватен отговор на нововъзникналите им здравни потребности с осигуряването на максимално ефективни и компетентни профилактични, терапевтични и рехабилитационни грижи [106]. 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. Подобряването на качеството на живот на жените в пострепродуктивна възраст ще редуцира значително разходите в сферата на здравеопазването и ще увеличи тяхното участие и производителност в професионалния живот [23]. 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.

# ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

## 1.1. Етапи в жизнения цикъл на жената. Класификация и основни дефиниции

През 1981 г. СЗО изготвя определение за менопаузата, което през 1986 е ревизирано от международната група учени в Коркилампи, Финландия [160]. В тази дефиниция естествената менопауза бива определяна ретроспективно с изтичането на период от 12 месеца аменорея след настъпването на последния (окончателния) менструален период (ПМП (ОМП)). През 1996 г. ревизиите на Научната група на СЗО добавят определени критерии към дефиницията за менопауза с цел създаването на подходяща международна номенклатура [340]. Към момента актуални са предложенията на Международното общество по менопауза от 1999 г. и приетото определение от Stages of Reproductive Aging Workshop (дефиниция на STRAW) Юта, САЩ 2001 [303]. Женският жизнен цикъл бива класифициран по дефиницията на STRAW в 3 фази: репродуктивна фаза, преходна фаза и фаза на постменопауза. Тези три фази включват общо 7 етапа представени подробно в **Таблица 1** [123].

ReSTAGE Collaboration впоследствие извършва емпирични анализи за оценка на валидността и надеждността на критериите на STRAW в няколко кохортни проучвания (TREMIM, Melbourne Women's Midlife Health Project (MWMHP), Seattle Midlife Women's Health Study (SMWHS) и Women's Health Across the Nation (SWAN), които подкрепят препоръките на STRAW, добавят прецизни спецификации на критериите за ранен и късен преход, и препоръчват количествена граница за нивата на FSH на късния преходен период [124].

**Табл. 1. Фази на женския жизнен цикъл според STRAW**

Фаза	Характеристика
1. Репродуктивна фаза	Разделя се на 3 етапа: Етап -5 (ранен), Етап -4 (пиков) и Етап -3 (късен)
-Етап - 5 (ранен)	Вариабилен или редовен менструален цикъл. Начален етап за фертилността на жената.
-Етап - 4 (пиков)	Редовен менструален цикъл. Пиков период във фертилността на жената.
-Етап - 3 (късен)	Този етап се характеризира с редовни менструални цикли и повишаване на нивата на FSH.
2. Преходна фаза	Разделя се на 2 етапа: Етап -2 (ранен) и Етап -1 (късен)
-Етап - 2 (ранен)	Ранният преходен етап се характеризира с повишена променливост на продължителността на менструалните цикли, дефинирана като персистираща разлика от повече от 7 дни във времетраенето на последователните цикли. Циклите в ранния менопаузен преход се характеризират с повишени променливи нива на FSH (follicle stimulating hormone) в ранна фоликуларна фаза и ниски нива на АМН (anti-mullerian hormone) и AFC (antral follicle count).
- Етап - 1 (късен)	Късният преходен етап се характеризира с наличието на аменорея от 60 или повече дни. Менструалните цикли в късния менопаузален преход се характеризират с променливост на дължината на цикъла, колебания в хормоналните нива и понякога ановулация. В този стадий нивата на FSH се колебаят между менопаузалния диапазон и характерните за по-ранните репродуктивни години граници. През този период АМН пада до неустановими нива. Международните стандарти за FSH в този етап са > 25 IU / L [[1] [310]]. Продължителността на този етап се оценява на средно 1-3 години въз основа на проучвания на менструалните календари и на промените в FSH и естрадиола [123].
3. Постменопауза	Разделя се на 2 етапа: Етап +1 (ранен) и Етап +2 (късен)
-Етап +1 (ранен)	Ранната постменопауза може да бъде разделена на 3 подетапа (+ 1a, + 1b и + 1c). Етапи + 1a и +1b траят по една година и приключват със стабилизирането на нивата на FSH и естрадиол. Етап + 1a отбелязва края на 12-месечния период на аменорея, определящ ретроспективно настъпването на последния менструален период. Етап + 1b включва остатъка от периода на бързи промени в средните нива на FSH и естрадиол. Етап + 1c представлява период на стабилизиране на високите нива на FSH и ниските стойности на естрадиола, който трае от 3 до 6 години. Така цялата ранна постменопауза продължава приблизително 5-8 години
-Етап +2 (късен)	През този етап настъпват ограничени промени в репродуктивната ендокринна функция. Той отразява на първо място процесите на соматично стареене.

Менопаузалният преход е термин, който може да се използва синонимно с „перименопауза“, като СЗО съветва терминът „климактериум“ да не бъде употребяван поради възможност за настъпване на объркване. Менопаузалният преход представлява период, простиращ се от началото на менопаузалните симптоми до последния менструационен цикъл. Перименопаузата се характеризира с увеличена променливост на менструационните цикли и ендокринологични, биологични и клинични признаци на приближаващата менопауза. Перименопаузалните жени имат променлива продължителност на цикъла с повече от 7 дни вариация от обичайното, пропуснали са два или повече цикъла и са имали интервал на аменорея от повече от 60 дни [254].

Въпреки че менопаузата се свързва с промени в хипоталамусните и хипофизните хормони, които регулират менструалния цикъл, менопаузата не е ЦНС-свързано събитие, а по-скоро първична яйчникова недостатъчност. Менопаузалният преход отразява самото стареене на яйчниците и е следствие на намаляването на капацитета на овариалната строма да произвежда стероидни хормони с прогресивния спад на яйчниковата фоликуларна популация [10]. Яйчниците вече не могат да отговорят на хормоните на хипофизата (фоликулостимулиращия хормон (FSH) и лутеинизиращия хормон (LH)) и производството на овариалния естроген и прогестерон постепенно спира [299]. Перименопаузата се характеризира с ниска концентрация или липса на прогестерон и повишаване на нивата на фоликулостимулиращия хормон (FSH), което често води до ирегулярностите в менструационния цикъл [158]. Ниво на FSH над 30 IU/l се счита за менопаузално, но концентрацията в този период често може да варира [18]. Секретцията на лутеинизиращ хормон също се повишава, а нивото на естрадиол (E2) се понижава бавно за да достигне накрая до хипоестрогенното състояние на постменопаузата [11].

Естествената менопауза настъпва след 12 последователни месеца на аменорея при отсъствието на друга очевидна патологична или физиологична причина. Последния менструален период е известен със сигурност само при ретроспективен преглед повече от 1 година след настъпване на събитието [246]. Периодът от последния менструационен цикъл до настъпването на смъртта се обозначава като постменопауза, като първите 5-8 менопаузални години се определят като ранна постменопауза, която е последвана от късната постменопауза [246].

#### 1.1.1. Менопаузата – период на промяна в женския живот

Менопаузата е нормален физиологичен адаптационен процес, който обикновено настъпва на възраст между 45 и 55 години [215]. Началото на това физиологично състояние не само отбелязва края на репродуктивната функция на жените, но и ги въвежда в нова фаза от живота им [340]. Този процес е придружен от много биологични и психосоциални промени, като жените преминават в ново биофизиологично състояние [33]. Менопаузата може да се разглежда като естествен преход, обхващащ не само биологичните промени, но и свързаните с естествения процес на стареене социални промени, включително това как една жена гледа на себе си и как тя бива възприемана от обществото [133]. Жените виждат менопаузата като загуба на младост, привлекателност и възможности. Често те са недостатъчно подготвени да се справят с настъпващите физиологични и психологични промени [77]. Проблематиката се задълбочава допълнително поради прогресивното удължаване на продължителността на живота, при което жените ще трябва да се справят с все по-дълги периоди на менопауза [157].

Менопаузата не трябва бъде разглеждана едностранно. Позитивните аспекти на този период са документирани в много квалитативни и антропологични изследвания [135]. Времето на менопаузата може да се

разглежда и като позитивна промяна в живота, като възможност да се оценят свързаните със здравето модели на поведение и да се направи реорганизация в тях [308]. Менопаузата представлява период на съществена трансформация за жените, не само по отношение на репродуктивния капацитет и физическите системи, но и по отношение на добиването на нови свободи. Жените в менопаузата имат сексуална свобода с естествено избягване на бременността, социална свобода от отглеждане на деца и произтичащо от промените в житейските нужди подобряване на благосъстоянието [35].

### **1.1.2 Отношение към менопаузата. Модели, обясняващи възприемането на менопаузата и отношението към нея**

По данни от проучване на Murphy et al. в Катар жените приемат менопаузата като житейски преход, прекратяване на репродуктивните задължения, период за справяне с пременопаузалната симптоматика, време за приемане и отпразнуване на остаряването, време за израстване и помъдряване [222]. Много жени считат менопаузата за период на освобождаване от ангажиментите по възпроизвеждането, време на зрялост и човешка израстване [271]. Жените приемат прехода към менопаузата като нормална част от развитието на живота, въпреки наличната симптоматика [151]. Някои жени дори съобщават, че преживяват положително менопаузалното време [135].

От друга страна, по данни на Smirnova et al. в западния свят жените се чувстват безсилни пред менопаузата и я възприемат като загуба на привлекателност [297]. Част от менопаузалните жени се чувстват „стари“ и определят менопаузата като неприятен период [271]. Намаляващата майчинска роля при постменопаузалните жени води до чувства на безполезност, неадекватност, самота и безпокойство [183].

Възприемането на менопаузата в повечето западни страни като свързано с ниски нива на хормони болестно състояние води до употребата

на хормонална заместителна терапия [256]. Според някои учени обаче, менопаузалната симптоматика не може да се отдава само на хормонален недостиг, а на сложен комплекс от фактори, и затова при справянето с нея трябва да се обърне внимание и на психологическите, социалните и културни проблеми на постменопаузалните жени [256]. По данни на Seyedfatemi et al. част от медицинския персонал разглежда менопаузата едностранчиво, като болестно състояние, и не подкрепя жените в други проблемни аспекти на този период, като например психологичния [287].

Начинът на възприемане от жените на социалните и лични промени може да окаже влияние върху моделите на справяне със свързаните с менопаузата симптоми [34]. В **Таблица 2** са представени различни често цитирани фактори, които могат да модифицират значително на отношението на жените към менопаузата и преживяванията им в този период.

**Табл. 2. Фактори, влияещи върху отношението към менопаузата**

Социодемографски фактори	Физическа активност
Тютюнопушене	Стресови събития
Тегло и ВМІ	Професия
Анамнестични данни за здравни проблеми в миналото	Анамнестични данни за психологични проблеми в миналото
Отношение към менопаузата и остаряването	Настъпването на видими признаци на остаряване
Образователното ниво	Продължителност на менопаузата
Брой родени деца	Наличие на аборти в анамнезата
Възраст на менопаузалните жени	Семейно финансово състояние

Няколко психологически и поведенчески теории са приложими при обясняването на отношението към менопаузата и свързаната с нея симптоматика. Моделът на Bandura за самоефикасността е проучен в изследванията за адаптиране към нови ситуации, включително и към

перименопаузалното здраве [28]. Според тази концепция личната самостоятелност зависи до голяма степен от индивидуалното възприемане на способността за упражняване на контрол над собственото поведение и жизнената среда. Индивидите с висока самостоятелност и възможност за контрол се чувстват по-способни да се адаптират към промяната, като такива жени преживяват менопаузата като положително събитие и имат по-висока оценка за личното здраве по време на перименопаузата [266].

Моделът „The transactional model of stress and coping“ е използван в изследвания, за да се екстраполират факторите, които са в основата на адаптирането към продължителните физиологични промени, включително към менопаузалните такива [258]. Според тази теория адаптацията към определен стресор зависи от психологическата оценка на дадено събитие като стресиращо, както и от използваните стратегии за справяне. Личните фактори, факторите на жизнената среда, допълнителните стресори и резултатът от използваната стратегия за справяне медиират адаптирането към физиологичната промяна.

### **1.1.3. Възраст при настъпване на менопаузата**

Много проучвания са извършени, за да се определи възрастта при настъпване на естествената менопауза. Голяма част от тези изследвания са проведени на кавказки тип жени от западните страни. В западния свят най-типичният възрастов диапазон за навлизане в този период е на възраст между 40 и 61 години, като докладваната средна възраст е 51 години [159].

Проучванията върху жени от други раси съобщават за по-ранна възраст на настъпване на менопаузата [19]. В проучване на Sharma et al. за Индия съобщената възраст за започване на менопаузата е 40-49 години [291]. В проучване на СЗО средната възраст на менопаузата в Индия е била около 48 години, като менопаузата би могла да засегне дори млади жени на 30-35 години [340]. Средната възраст за настъпване на менопаузата в

Пакистан е 47 години [336]. Средната възраст на менопаузата в Египет е  $46,35 \pm 4,8$  години, а средната възраст в Саудитска Арабия е  $49,9 \pm 2,23$  [106]. В изследване проведено от El Sabagh et al. се показва, че възрастта за навлизане в менопауза варира от 40 до изумителните 70 години [88]. Интернационално проучване в 11 държави установява, че средната възраст за започване на менопаузата е 50 години [219].

Менопаузата би могла да настъпи и по-рано от съобщените по-горе години. Ранната менопауза или преждевременната яйчникова недостатъчност (POF) се отнася до ранното или преждевременното прекъсване на менструацията преди навършване на естествената възраст за менопаузата, започвайки по всяко време след менархе до 45-годишна възраст [10]. Ранната менопауза или преждевременна яйчникова недостатъчност могат да бъдат опустошителни за тези жени, които все още не са започнали или не са завършили планираната репродукция [10]. Преждеременно настъпилата менопауза се свързва с по-голяма обща смъртност, докато по-късната менопауза се свързва с намалена смъртност от сърдечно-съдови заболявания, но с повишена вероятност за развитие на рак [243].

#### **1.1.3.1. Модифициращи фактори**

В много проучвания се наблюдава, че менопаузата е силно променлива по отношение на времето и модела си. Възрастта на жените при естествена менопауза се определя до голяма степен от броя на първичните фоликули на яйчниците и жените изпитват менопауза, когато броят на първичните фоликули е спаднал до критичен брой (често определян на около 1000 фоликула). В същото време вариацията във възрастта при естествената менопауза, естеството, честотата и тежестта на нейните симптоми могат да бъдат свързани с географски, екологични, хранителни, културни и генетични фактори [111]. Възрастта при

естествената менопауза и отношението към менопаузалните симптоми варират не само сред индивидите на различни страни, но и в същото население с различни култури и етноси. Концепциите за локални биологични и репродуктивни параметри, както и социално-културни аспекти във връзка с различията на симптомите и възрастта за настъпване на менопаузата са обсъдени в множество изследвания [263].

В проучване на Soberon et al. е доказано, че необвързаните жени имат по-ранна менопауза, отколкото обвързаните жени [300]. Други фактори, наблюдавани по отношение на ранната възраст при менопаузата, са по-ниското образователно равнище и безработицата [111]. Корелацията между възрастта при появата на менопауза и паритет показва, че менопаузата започва значително по-късно при мултипари от нулипари, като такава връзка е открита само при жени с висок социално-икономически статус [[111] [300]].

Изучаването на социално-икономическия статус и връзката му с възрастта при менопаузата показва, че бедните и недохранените жени навлизат в менопауза 4 години по-рано от жените с адекватно хранене [31]. Освен това възрастта при менархе корелира значително с възрастта при менопауза [300]. От друга страна при проучване на Nusrat et al. в Пакистан анализът на връзката между възрастта при естествена менопауза и различните демографски и репродуктивни параметри, като социално-икономическия статус, възрастта при менархе и паритет, не показва никаква значима корелация [240].

Оценката на възрастта при менопаузата и модулиращите я фактори са важни за клиницистите поради повишения риск от свързаните с тях заболяемост и смъртност. Например, рискът от сърдечно-съдови заболявания и остеопороза е по-висок при жени с ранна менопауза, докато късната менопауза е свързана с повишен риск от рак на гърдата и ендометриума [[164] [180]].

## 1.2. Симптоматика в менопаузата

Повечето жени са наясно, че менопаузата неминуемо ще се случи в живота им, но въпреки това, началото често е неочаквано и жените може да са неподготвени за съпътстващите промени. Характерните за менопаузалния преход колебания в хормоналните нива могат да предизвикат множество различни симптоми, като влиянието на това колебание е различно при отделните индивиди [157]. Една част от жените не изпитват особено изявена симптоматика, докато други биват сериозно засегнати, което може да затрудни извършването дори на ежедневните дейности и да наруши личното и социалното им функциониране [157].

Продължителността, тежестта и въздействието на симптоматиката през менопаузата варират в много големи граници. Проучванията показват, че менопаузалните симптоми могат да траят от няколко месеца до няколко десетилетия [195]. Това продължаващо с години перименопаузално състояние би могло да повлияе значително на качеството на живот на жените [10]. Приблизително 85% от менопаузалните жени съобщават, че изпитват симптоми от различен тип и тежест, а при повече от половината от тези жени качеството на живот е отрицателно повлияно от симптоматиката [179].

Социалните въздействия на менопаузата се осъществяват в контекста на индивидуалната култура, социалната среда, кариерата и семейството [77]. Индивидуалният отговор към менопаузата и дефицита на естроген варира значително поради генетични, културни, поведенчески, социално-икономически, образователни и диетични фактори [215]. Някои проучвания предполагат, че културните фактори определят честотата на съобщаване на менопаузалните симптоми, други обвиняват негативните медийни описания на менопаузалния дискомфорт за възприемането от жените на менопаузалната симптоматика като отрицателна [[42] [99]].

Продължителността, тежестта и въздействието на менопаузалните симптоми се различават значително при жените в различните популации. Според скорошен систематичен преглед на Henderson et al. честотата на симптомите варира до известна степен в зависимост от географския регион и етническата принадлежност [247]. В проучване на Sharma et al. се разкрива, че соматичните, психологическите и урогениталните симптоми са по-чести при жени, обитаващи селски райони, отколкото при жени в градовете [290]. Различията могат да бъдат обяснени с факта, че живеещите в изолирани или селски райони жени нямат лесен достъп до здравни грижи и необходима информация.

### 1.2.1. Най-често срещани симптоми в менопаузата

Най-важните симптоми, които жените могат да изпитат по време на менопаузалния преход, са систематизирани в четири основни измерения:

- вазомоторна симптоматика
- психически и психосоциални проблеми
- соматични проблеми
- урогенитални и сексуални проблеми

Проведени са множество проучвания относно честота на симптоматиката в менопаузата, като в **Таблица 3** са представени данни за най-релевантните симптоми.

**Табл. 3. Основни проучвания върху менопаузалните симптоми**

Провеждащи проучването	Проучване	Най-чести оплаквания
Ashrafi M, Ashtiani S, Malekzadeh F, Amirchaghmaghi E, Kashfi F, Eshrati B.	Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran [20]	нощни изпотявания, болки в ставите и мускулите и горещи вълни
Jahanfar S, Abdul Rahim A, Shah Reza B, Nor	Age of Menopause and menopausal symptoms among malaysian women	мускулен дискомфорт (84,3%), последвани от тревожност (71,4%), физически и

Azura I, Sharifah D, Siti R.	who referred to health clinic in Malaysia [140]	психически дискомфорт (67,2% горещи вълни и изпотяване (67,1%)
Madhukumar S, Gaikwad V, Sudeepa D. A Nayak G, Kamath A, Kumar P, Rao A.	A community based study on perceptions about menopausal symptoms and quality of life of post-menopausal women in Bangalore rural [201] A study of quality of life among perimenopausal women in selected coastal areas of Karnataka, India [230]	физическите и психосоциални симптоми
Nisar N, Sohoo NA.	Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: A hospital based survey. [233]	болка в тялото (81,7%), горещи вълни (66,3%), липса на енергия (68,8%) и намалена физическа сила (66,3%)
Rahman SA, Zainudin SR, and Kar Mun VL	Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia [260]	сексуалните проблеми, проблеми с пикочния мехур и вагиналната сухота
Sagdeo MM, Arora D.	Menopausal symptoms: A comparative study in rural and urban women. [278]	симптомите на ставите и мускулите (60,4%), горещи вълни и нощно изпотяване (37%)
Sarkar A, Pithadia P, Goswami K, Bhavsar S, Makwana NR, Yadav S, et al  Poomala GK, Arounassalame B.	A study on health profile of postmenopausal women in Jamnagar district, Gujarat [280] The quality of life during and after menopause among rural women [255]	болка в гърба (79%) и мускулни болки (77,2%)
Vijayalakshmi S, Chandrababu R, Eilean Victoria L.	Menopausal transition among Northern Indian women [334]	(92.90%), главоболие (88.80%), дискомфорт на ставите и мускулите (76.20%), физическо и психическо изтощение (60.09%), безсъние (54.40%). , депресивно настроение (37,30%), раздразнителност (36%), горещи вълни и изпотяване (35,80%) и тревожност (34,50%)

Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, Aessen T.	Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women [335]	ставен и мускулен дискомфорт, физическото и психическо изтощение и горещите вълни
--	--	---

## 1.2.2 Вазомоторни симптоми

Вазомоторните симптоми са често срещани при жени на средна възраст в прехода към менопаузата и ранната постменопауза [317]. В популациите на развитите западни страни тези симптоми са сред основната проблематика на менопаузата. Сред вазомоторните симптоми преобладават горещи вълни и нощни изпотявания, като анализът на множество изследвания показва, че около 57% от жените на възраст 40-64 години в света съобщават за тяхната проява [203].

Горещите вълни представляват внезапен епизод на вазодилатация в областта на лицето и шията, който трае 1-5 минути и е придружен от обилно изпотяване [74]. Те обикновено се появяват в края на перименопаузата и в първите постменопаузални години. Понякога се срещат горещи вълни още в края на репродуктивните години [105]. Някои жени могат да продължат да получават вазомоторни симптоми в продължение на много години след менопаузата [96].

Проучване на Bansal et al. сред жени на средна възраст от Индия установява, че главоболието (94,1%) и замаяването (81,5%) са сред най-често съобщаваната вазомоторна симптоматика [29]. Интересни са резултатите от проучване на Chim et al. в Сингапур, които показват, че честотата на горещите вълни и нощните изпотявания е изключително ниска - съответно 17,6% и 8,9% [61].

В проучванията от САЩ на Woods et al. е установено, че появата на горещи вълни сред перименопаузалните жени е свързана с нарушения на съня, стрес, депресивни разстройства, болки в мускулите и ставите [339].

Появата на вазомоторни симптоми е повлияна от климата, диетата, начина на живот на жените и тяхното отношение към процеса на стареене [95].

### **1.2.3. Соматични симптоми**

Физическите симптоми се различават значително по честотата си, като най-често срещани са усещане за умора, намаляване на физическата сила и липса на енергия, проявени при около 93% от менопаузалните жени [157]. Те са последвани от спад на издръжливостта (88%), болки в мускулите или ставите (84%) и метеоризъм (81%) [157]. Други физически симптоми като болки в гърба или главата се срещат при 76% от изследваните жени [157]. Болки ниско в гърба са характерни за 69%, често уриниране при 63%, суха кожа и промени във външния вид, текстурата, тонуса на кожата в 40% от изследваните случаи [157]. Голяма част от жените наддават на тегло, особено около корема по време на перименопаузата и постменопаузата [235]. Значително по-рядко при около 5% от менопаузалните жени се появява засилено окосмяване на лицето [157].

Kalahroudi et al. съобщават, че усещането за липса на енергия е най-честото соматично оплакване, а мускулните и ставни болки най-сериозното оплакване от този домейн, докато в проучване на Hoda et al. се показва, че най-голяма част от жените се оплакват от силни болки ниско в областта на гърба [[152] [215]].

### **1.2.4. Психологични и психосоциални симптоми**

Най-често срещаните психологични симптоми са чувство на тревожност/нервност (94%) и депресия (88%), като други често срещани психологически симптоми са усещане за намалена производителност (79%), нарушения на съня (68,9%) слаба памет (57%) и недоволството от личния живот (55%) [29]. В някои проучвания като най-разпространена

психологична симптоматика се посочва лошата памет, а Kalahroudi et al. посочват, че най-тежките симптоми са неспокойствие или нервност [152].

За пострепродуктивната фаза от живота на жената са характерни нарушенията в качеството на съня [341]. Инсомнията не осигурява адекватна почивка и създава затруднения при заспиване и поддържане на съня. Тя е често срещана в общата популация, което има тясна връзка с развитието на цивилизацията и отдръпването от естествените ритми на живота [181]. Нарушенията на съня обхващат: нарушения на продължителността и непрекъснатостта на съня, съкращаване на бавновълновия сън, аномалии на REM сън и ранно събуждане (характерно за депресивни разстройства), както и нарушения на съня при тревожните разстройства. Субективното усещане за влошаване на съня се съобщава по-често от перименопаузални и постменопаузални жени в сравнение с жените в пременопауза [319]. Проучванията показват, че нарушение на съня в периода преди менопаузата засяга около 16% до 42% от жените и 35% до 60% в постменопаузалния период [13].

Рискът от депресивни разстройства се увеличава в перименопаузалния период и намалява в постменопаузата. Промените около менопаузата и особено колебанията на хормоналните нива са отговорни за тази повишена честота на депресия, тъй като при жените тя има тенденция да достига връх на възраст между 45 и 54 години [166]. Жените в ранния постменопаузален период (до 2-3 години след менопаузата) изпитват депресивно разстройство по-често от тези жени, които са в менопауза 4-10 години или повече [322]. Наличието на предишни епизоди на депресия преди периода на менопаузата повишава риска от депресивни разстройства в перименопаузалната възраст до пет пъти. Проучванията разкриват, че 23% от жените в тази възраст са имали поне един епизод на депресия, а при 38,1% от случаите - напълно разгърнатата клинична депресия [146].

### **1.2.5. Урогенитални и сексуални симптоми**

С остаряването при жените анатомията и функцията на тазовото дъно и долния уринарен тракт се изменят значително, което от своя страна води до десцензусна симптоматика и пролапс на тазовите органи, свръхактивен пикочен мехур (ОАВ), уринарна инконтиненция и сексуална дисфункция [320]. Тези изменения се дължат на комплексното влияние на соматичното остаряване и намаляващите нива на женски полови хормони в пострепродуктивна възраст [261].

Женските генитални органи са естрогензависими и при спадането на нивата на женски полови хормони в менопаузата тъканите на влагалището, вулвата, пикочния мехур и уретрата претърпяват атрофия, която причинява множество симптоми, включително влагалищна сухота, диспареуния, сърбеж, парене и дискомфорт, както и рекурентни урогенитални инфекции [74]. За разлика от вазомотрната симптоматика, която се подобрява с течение на времето, симптомите на урогенитална атрофия продължават да съществуват по време на постменопаузата и могат да имат сериозно въздействие върху сексуалното здраве и качеството на живот [226].

По-голямата част от жените остават сексуално активни в периода на менопауза, но голяма група жени съобщават за наличието на различни сексуални симптоми [36]. Класификацията на Американската психиатрична асоциация DSM-IV включва следните често срещани сексуални нарушения при перименопауза: нарушения или липса на сексуалното желание, разстройство на сексуална възбуда, оргазмични нарушения и свързани с болка сексуални нарушения (диспареуния) [295].

По данни на Latif et al. честотата на сексуални нарушения при жените в пери- и постменопауза възлиза на 40-50% [188]. Според проучване на Merghati-Khoei, et al. сексуалното желание е понижено или липсва при 94.5% от постменопаузалните жени [212]. Omidvar et al. докладват, че след менопаузата 70% от жените съобщават за редукция в честотата на

сексуалната активност [242]. В проучване на Karmakar et al. 49% от жените в менопауза съобщават за избягване на интимност, 40% промени в сексуалното желание и 26% от тях се оплакват от вагинална сухота [157], а изследване на Chedraui et al. в Еквадор установява, че над 75% от жените избягват интимност [58].

Проучванията показват, че лечението на симптомите на генитоуринарен синдром може да подобри психологическото състояние на жените, като приемането на антидепресанти подобрява депресивните състояния на приблизително три четвърти от жените [347].

### **1.3. Значими здравни проблеми през менопаузата.**

Освен вече споменатите менопаузални симптоми, съществуват и множество значими здравни проблеми като възрастово покачване на телното, водещата до остеопороза загубата на костна тъкан, повишения риск от сърдечно-съдови заболявания, когнитивни нарушения и др, които ще бъдат обсъдени.

#### **1.3.1. Затлъстяване в пострепродуктивна възраст**

Повишеният индекс на телесната маса е основен рисков фактор за лошото здраве на съвременната човешка популация, като е свързан с повишен риск за сърдечно-съдови, ендокринни, онкологични и други социално-значими заболявания. Жените в постменопауза са в риск от натрупване на излишни килограми, като са особено застрашени от централен тип затлъстяване. [186]. Изследване на Хо и сътр. на промените в телесния състав по време на прехода към менопаузата показва, че менопаузата има независим ефект върху увеличаването на количеството мастна тъкан и на централното затлъстяване [128]. При жените след менопауза се наблюдава по-висока обща телесна мастна маса, процент мазнини и натрупване на централна мазнина в сравнение с жените в пременопауза [265]. В предхождащите менопаузата 2 до 4 години телесното

тегло на жените се покачва и настъпва преразпределяне на мастната тъкан към абдоминалните депа [292]. Постменопаузалните жени са предразположени към сигнификатни промени в състава на тялото, които са по-изявени при водещите заседнал начин на живот жени [333].

Забележими промени с напредване на възрастта на жените са загубата на чиста телесна маса (LBM – lean body mass), повишена интраабдоминална мастна тъкан и намалено количество мазнина в областта на бедрата [116]. В началото на менопаузалния преход жените започват да губят, вместо да качват чиста маса (от +0,2% в пременопаузата до –0,2% по време на менопаузалния преход) [116]. Неблагоприятните промени в телесния състав рязко се влошават в началото на климактериума и след това намаляват в постменопаузата, като по време на менопаузалния преход средната скорост на нарастване на мастната маса почти се удвоява с 1%–1,7% годишно. Това води до общо увеличение на мастната маса от 6% за 3,5-години или средно абсолютно увеличение от 1,6 кг [116].

#### **1.3.1.1. Биологични причини за затлъстяване в пострепродуктивните години**

Менопаузата е съпроводена с множество метаболитни и ендокринологични промени, като някои от тях допринасят значително за натрупването на излишни килограми. Редица изследователски екипи потвърждават ролята на естрогените, които увеличават натрупването на периферна мазнина, главно в глутеалната и бедрената подкожна област, докато андрогените (основно бионаличните тестостерони) увеличават натрупването на висцерална коремна мазнина. Изразеното намаляване на концентрациите на естроген и съпътстващата относителна хиперандрогения се считат за основен фактор, причиняващ наддаване на тегло и преразпределение на телесните мазнини при жени след менопауза [305].

Нивата на свързващия половите хормони глобулин (sex hormone binding globulin, SHBG) намаляват в началото на менопаузата, което повишава нивата на бионаличния тестостерон [142]. Той от своя страна може директно да регулира натрупването на висцерална мазнина чрез андрогенни рецептори в адипоцитите на абдоминалната мастна тъкан [142]. Проучванията показват също така, че относителният излишък на андроген (по-високо съотношение тестостерон/естрадиол) може да предскаже случаите на метаболитен синдром, включително дисрегулиран липиден метаболизъм и затлъстяване по време на прехода към менопаузата [321]. Загубата на чиста телесна маса около менопаузата води до намаляване на основната обмяна на веществата и така се стига до изразходване на по-малко енергия за поддържане на основните жизнени процеси и складиране на излишните поети калории под формата на мастна тъкан [85].

#### **1.3.1.2. Последствия от натрупаните излишни килограми**

Наднорменото тегло и затлъстяването при жените са асоциирани с по-лошо здравно възприятие [200]. Повишаването на теглото и на ИТМ са свързани с тревожност, депресия и ниска удовлетвореност от живота по време на прехода към менопауза [197]. Обиколката на талията и ИТМ корелират с риска от колоректален рак при жени в постменопауза [57].

Затлъстяването се свързва с по-ранна фрактура на бедрото и по-висока смъртност след фрактура, като жените със затлъстяване с ниска минерална костна плътност имат най-висок риск от фрактура на бедрото [270]. Систематичен преглед на публикации в областта сочи, че постменопаузалните жени след 55-годишна възраст и особено тези със затлъстяване имат по-ниско качество на живот (относно физическо функциониране, енергия и виталност) в сравнение с жени с нормално тегло [150].

Менопаузалната симптоматика корелира пропорционално с ИТМ, като оценките по Kupperman Index за определяне на разпространението на менопаузалната симптоматика и оценка на ефикасността на терапии за облекчаване на съответните симптоми, са най-високи при затлъстелите жени, по-ниски за тези с наднормено тегло и най-ниски при жените с нормално или ниско тегло [210].

### **1.3.1.3. Борба с излишните килограми**

Натрупаните излишни килограми се осъзнават не само като естетичен, но и като сериозен здравен проблем от постменопаузалните жени, които демонстрират недоволство от външния си вид, както и желание за редуциране или поне поддържане на телесното тегло [110]. Изследване сред жени със затлъстяване показва, че основни причини за участие в програми за отслабване са външният вид (при 81.5 %), желание за справяне с горещите вълни (при 74.1%) и подобряване на качеството на живот (при 70.4%), като повече от половината жени (51.9 %) казват, че през менопаузата са по-мотивирани от преди да свалят излишните килограми [318].

Намаляването на теглото, ИТМ и коремната обиколка се свързва с намаляване на вазомоторните симптоми при жени с наднормено тегло и затлъстяване [132]. Свързаната с диета загуба на тегло и упражненията оказват положителен ефект върху инсулиновата резистентност при жени в постменопауза, което може потенциално да редуцира менопаузалната симптоматика и сърдечносъдовия риск [73].

Стратегиите за намаляване на теглото при затлъстяване включват физическа активност, диета с контролиране на приетите калории, фармакотерапия или бариатрична хирургия [73].

Физическата активност може да забави покачването на теглото през менопаузата и да има протективно действие срещу развитие на

затлъстяване, като по-активните жени демонстрират по-ниски нива на мастна тъкан от физически неактивните си връстници [306].

Диетичните опции включват балансирани нискокалорични диети, нискокалорични диети с ниско съдържание на мазнини, нискокалорични диети с умерено съдържание на мазнини, диети с ниско съдържание на въглехидрати и средиземноморска диета [73]. Важен определящ фактор за загубата на тегло е спазването на диетата, независимо от конкретния състав на макронутриентите, като базирана на личните предпочитания диета може да подобри дългосрочното придържане към нея [73]. Установява се че основен предсказващ фактор за отслабване е придържането към определена диета [114].

Жените със затлъстяване или наднормено тегло имат значително подобрение на своите хранително поведение и навици след програма за сваляне на излишни килограми с фокус към постигане на поведенческа модификация (поставяне на определени цели, самоконтрол, стратегии за справяне и решаване на проблеми) [211]. В рамките на една година повече излишни килограми свалят жените, които се справят със склонността си към преяждане, емоционално и неконтролируемо хранене [211]. Установени са корелация между наличието на стрес, депресия, ограничена социална подкрепа, тревожност и хранителни разстройства и резултатите от предприеманите диети [211].

Съчетаването на диета с физически упражнения при провеждането на програми за редукция на телесното тегло дава по-добри резултати в сравнение с прилагането само на диетичен режим. Участието в 16-седмична програма за отслабване при постменопаузални жени с наднормено тегло или затлъстяване отчита сигнификантно намаление на теглото в границите на 6-7% и редукция на субкутанната и интраабдоминална мастна тъкан чрез диета или комбинация от диета и физическо натоварване [331]. Прилагането на двата вида интервенции

сигнификантно редуцира мастната тъкан в сравнение с тази на постменопаузални жени, които не участват в програми за намаляване на теглото [331].

Подобни резултати от програми за редукция на теглото при постменопаузални жени със затлъстяване се съобщават от проучванията на редица автори, като те установяват, че диетата играе основна роля при поддържането и редуцирането на телесната маса и мастната тъкан, като физическата активност има вторична спомагателна функция [102].

Физическото натоварване, от своя страна, е изключително важно за запазването и покачването на чиста мускулна маса. Множество изследвания оценяват изолираното благоприятно въздействие на физическата активност при жени в пострепродуктивна възраст, които не са подложени на специфична диета. Резултати от проучване на Friedenreich et al., например, сочат, че 12-месечна програма с аеробни упражнения при постменопаузални жени без промени в диетата води до редукция на общото затлъстяване и на затлъстяването в областта на корема, като отслабването е свързано предимно със загуба на мастна тъкан и запазване на чиста телесна маса [97]. Други изследвания на ефектите на програми само с умерена физическа активност отчитат намаление на ИТМ, общата телесна мазнина и обиколката на талията [119]. Програми със силови упражнения при постменопаузални жени водят до подобрения в мускулната сила, благоприятни изменения в множество кардиометаболитни рискови фактори, редукция в обиколката на талията, общия холестерол, LDL, кръвна захар и базалния инсулин [241].

Важно значение за профилактиката на затлъстяването при жените в пострепродуктивна възраст имат изводите от научните изследванията за ефектите на леката физическа активност. Постменопаузалните жени, извършващи леки физически упражнения, дори само стоене в изправено положение, имат по-близки до идеалните за възрастта стойности на ИТМ в

сравнение с жените със заседнал начин на живот [262]. Заниманията с йога като форма на лека физическа активност подобряват нивата на адипонектин, серумните липиди и рисковите фактори за метаболитен синдром при затлъстели жени в постменопауза, следователно, редовната практика на йога може да бъде ефективна за предотвратяване на сърдечно-съдови заболявания, причинени от затлъстяване [190].

При жените със заседнал начин на живот и ниска физическа активност се забелязва по-ранна менопауза, по-голяма обиколка на талията, по-висок ВМІ, по-лоши физическо функциониране и здраве, както и по-чести артериална хипертония, диабет, сърдечносъдови заболявания и артрит в сравнение с по-активните жени [78].

От наличните фармакологични средства понастоящем само орлистат (инхибитор на стомашно-чревната липаза) е индикиран за дългосрочна употреба против затлъстяване при жени в пострепродуктивна възраст [139]. Сибутрамин и римонабант не се препоръчват поради странични ефекти, включително инфаркт на миокарда, инсулт и сериозни психични разстройства [139].

Проучванията показват, че естроген и естроген-прогестинова терапия водят предимно до намаляване на общата мастна маса, подобрена инсулинова чувствителност и известно протективно действие срещу развитие на диабет тип 2, като хормонозаместителната терапия не е свързана с повишено тегло или повишено висцерално затлъстяване [73]. Допълнителни и алтернативни лечения като акупунктура, йога и билкови добавки също могат да помогнат за загуба на тегло, като тези стратегии са приложими самостоятелно или в комбинация за по-голяма ефикасност [73].

### **1.3.2. Остеопороза**

Едно от най-важните и социално значими заболявания, свързани с менопаузата, е остеопорозата. Загубата на костна плътност се ускорява след

менопаузата, като загубата на костна маса възлиза на около 2 до 3 % годишно, което може да доведе до остеопения и остеопороза, особено при наличие на рискови фактори [198].

Остеопорозта има широко разпространение от около 40 % сред менопаузалните жени [62]. Предполага се, че в България жените с риск за остеопороза и остеопорозни счупвания са над 300 000, а тези с риск за остеопения са над половин милион [350]. Профилът на жените с остеопороза включва по-напреднала възраст (средно 69 години), използващи по-малко алкохолни и тютюневи изделия, спортуващи по-малко, с по-ниски образование и доход от жените без остеопороза [62].

Липсата на физическа активност е един от най-важните фактори за загуба на костна маса и плътност при възрастни жени [279]. С възрастта жените са все по-малко склонни към упражнения за превенция на остеопорозата, което допълнително може допринесе за развитието на костна деминерализация [9].

Най-добрият протективен фактор за загуба на костна плътност и деминерализация с напредване на възрастта е физическата активност [323]. Костната минерална плътност на фемура и в лумбалната област на гръбнака е сигнификантно по-висока при физически активни жени, както след настъпване на менопаузата, така и преди нея [169]. Върху костната минерална плътност в дисталната предмишница сигнификантно влияние имат: късна възраст на менархе, достатъчна физическа активност към дадения момент висока физическа активност в миналото, като за костната минерална плътност на проксималната предмишница най-голямо значение има физическата активност към дадения момент, висока физическа активност в миналото и по-висок ВМІ [177].

В борбата с остеопорозата са подходящи кинезитерапия, поддържане и възстановяване на подвижността и силата на опорно-двигателния апарат, постурална тренировка, равновесни упражнения, планинско и морско

климатолечение [346] Адекватният прием на Витамините D и K и микроелементите калций, магнезий и цинк има важна профилактична и лечебна функция [345].

### **1.3.2.1. Рискови фактори за остеопороза**

Основни фактори, определящи здравината на костите при жените, са състоянията, повлияващи нивата на циркулиращите естрогени: - менархе, бременност, лактация, източници на екзогенни естрогени като орални контрацептиви и ХЗТ, менопауза и особено ранната менопауза, която се свързва с повишен риск от остеопороза [248].

Между упражняването на физическа активност и риска от фрактури при възрастни жени съществува позитивна корелация [313]. Затлъстяването може да има протективна роля за счупвания в областта на бедрото, но от друга страна увеличава риска за фрактури на хумеруса, глезена и на крака като цяло, затова въпреки позитивната корелация между ВМІ и костната минерална плътност, не може да се гарантират по-добри резултати при падания на жени с наднормено тегло в менопауза [257].

Възрастни жени с неконтролирана хипертония с ортостатична систолична хипотензия са с по-висок риск от падания [100]. Стриктна антихипертензивна медикаментозна терапия може да увеличи риска от падания [45].

Рискови фактори за падания са напреднала възраст, диабет, хипертония, анамнеза за предишни фрактури, нисък ръст, ограничен прием на плодове [63]. Не се намира корелация между падания и нива на HbA1c, средното систолично или диастолично кръвно налягане, прием на други храни.

### **1.3.3. Сърдечно-съдови заболявания**

Промените в липдния профил през менопаузата увеличават риска за сърдечно-съдови заболявания [292]. Наблюдава се увеличение на честотата

на метаболитен синдром и хипертензивни състояния при жените на средна възраст [4]. Менопаузалните жени с нарушения в съня имат по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания, докато рискът е двойно по-нисък при добро качество на съня [54].

В борбата за превенция на сърдечно-съдовите заболявания основна роля имат физическото натоварване и упражненията. В рамките на една седмица се препоръчват най-малко 150 минути упражнения с умерен интензитет, 75 минути енергичен спорт или подходяща комбинация от двете [220]. Още по-добри резултати и допълнителни ползи могат да бъдат постигнати с 300 минути аеробни упражнения с умерено натоварване, 150 минути усилени тренировки или комбинация от двете седмично, като тренировъчните сесии трябва да бъдат разпределени в рамките на деня и да са с продължителност най-малко 10 минути. Индивидуализираната програма също така трябва да включва тренировка с тежести на всички основни мускулни групи 2 до 3 дни в седмицата [220].

#### **1.3.4. Когнитивни нарушения**

По данни на IMS (International Menopause Society) естрогените повлияват невралната функция и развитието на неврологични заболявания, като упражняват своето действие върху невроните и невроглията, оксидативния стрес, процесите на възпаление, кръвоснабдяването и имунните реакции [137]. Дефицитът на естроген в менопаузата води до нарушения при визуалната памет и вербалните функции, като преждевременното настъпване на менопауза е свързано с 30% увеличение на риска от развитие в рамките на 7 години на отклонения в скоростта на психомоторното функциониране [276].

Естрогените имат невропротективна функция, включително срещу амилоид бета пептид, чието отлагане в мозъка под формата на плаки се свързва с развитието на Алцхаймер [286]. Освен намаляване на отлагането

в мозъчните структури на амилоид-бета протеините естрогените повлияват метаболизма на тау-протеините, които също са свързани с развитието на Алцхаймер [49].

#### **1.4. Свързана с менопаузалната симптоматика и качество на живот**

Качеството на живот при жените на средна възраст е редуцирано в значителна степен и разбирането на точната ролята на свързаните с менопаузата симптоми в това явление е от първостепенно значение [120]. Качеството на живот (QoL) е многоизмерна концепция, използвана в различни области на науката, включително социология, професионално функциониране, политика, маркетинг и здравеопазване [255]. За качеството на живот могат да бъдат дадени много различни дефиниции. Според Световната здравна организация то представлява възприемането от страна на индивидите на личната позиция в живота в контекста на културните и ценностните системи, във връзка с целите, очакванията, стандартите и тревогите [50]. СЗО идентифицира четири области като общоприложими за качеството на живот, а именно физическо здраве, психологическо благосъстояние, социални взаимоотношения и жизнена среда [252]. Широкото определение за качество на живот може да инкорпорира още области като независимост и духовните аспирации [76].

Свързаното със здравето качество на живот (HRQL) се дефинира като личното възприятие на физическото, когнитивното и психическото здраве на даден човек [328]. В днешно време качеството на живот се счита за важен елемент, който отразява влиянието на различните здравни състояния, болестите и лечението върху субективната самооценка за благосъстоянието на пациентите. Качеството на живот е основната цел на здравеопазването и значителен фактор за индивидуалното здраве, като се използва за планиране и оценка на здравни програми.

Качеството на живот, свързано със здравето при пери- и постменопаузални жени представлява сериозен проблем за общественото здраве [141]. Очаква се жените да изживеят една четвърт до една трета от живота си в менопаузата и това показва първостепенното значение на въпроса за качеството на живот както за жените, така и за лекуващия ги лекар [140]. Поради тази причина изследването на качеството на живот при жените в менопауза трябва да се превърне в основен елемент в клиничната практика.

За осигуряването на максимално адекватни и компетентни грижи за жените по време на пострепродуктивния етап от жизнения цикъл се изисква специално внимание за идентифициране на техните здравни нужди и изграждане на по-пълна картина на ефектите от менопаузата [106]. Качеството на живот на жените в този период може да бъде обусловено от много фактори, чието познаване определя оптималните посоки на профилактични и образователни дейности за тях. Важно е да се обърне внимание и на другите свързани с качеството на живот въпроси, като самооценката на здравното състояние, удовлетвореността от живота, справянето с проблемите и психологическото функциониране [329].

Жените, страдащи от менопаузални симптоми, съобщават за значително по-ниски нива на свързаното със здравето качество на живот, повече проблеми свързани с работата, както и високи нива на използване на здравни услуги, в сравнение с жени без менопаузални симптоми [338]. Подобряването на здравето и благосъстоянието на менопаузалните жени ще подобри здравето и благосъстоянието на семействата, общностите и цялото общество поради важните социални роли на жените [22]. То ще редуцира значително разходите в сферата на здравеопазването и ще увеличи участието и производителността в професионалния живот [23].

В проучване на Greenblum et al. ясно е показан негативният ефект на менопаузалната симптоматика върху качеството на живот [115]. Две

трети от постменопаузалните жени, обхванати в проучването на Jayabharathi et al. Съобщават за лошо и много лошо качество на живот, и само 4% посочват добро качество [144].

## **1.5. Начин на живот и здравно поведение**

### **1.5.1. Начин на живот**

Много от сериозните усложнения по време на менопаузата са свързани с лош начин на живот и липса на познания на жените да се грижат за себе си [125]. Често жените не водят здравословен начин на живот и нямат подходяща диета, не следват здравните предписания, отказват да се подлагат на превантивни рутинни прегледи и нямат достатъчно физическа активност [324]. Изследвания сочат за връзка между менопаузалната симптоматика и начина на живот, като нездравословният начин на живот увеличава честотата и тежестта на симптоматиката [324]. Проучване на Rizvi et al. показва висок дял на нездравословно живеещи жени на средна възраст, като 31% от жените консумират месо, плодове, зеленчуци и мляко по-рядко от 3 пъти седмично и над 50% от респондентите имат много ниски ниви на физическа активност [272]. Според Nagarkar et al. 64.7% от жените на средна възраст водят заседнал начин на живот, което показва нуждата от създаване на програма за подобряване на тяхното здраве [224]. Проучване на Malik et al. разкрива, че след провеждане на програма за модификация на начина на живот в експерименталната група се отчита намаляване на менопаузалната симптоматика и подобряване на здравното поведение в сравнение с контролната група [204]. Здравословният начин на живот е асоцииран с по-ниски нива на свързани със сърдечно-съдовата система хоспитализации при менопаузални жени [7].

### **1.5.2. Здравно поведение**

Здравното поведение може да се дефинира като продължителни във времето, основаващи се на активен подход дейности с цел поддържане и насърчаване на личните благосъстояние и самоактуализация [93]. То може

да подобри здравето и качеството на живот, като същевременно редуцира разходите за лечение [122]. Открива се и връзка между здравното поведение и горещите вълни при менопаузални жени [108]. В изследване на Asrami et al. при менопаузални жени най-високи оценки за здравното поведение се получават в областта на храненето, следвани от тези за междуличностни отношения и духовно израстване, докато най-ниски оценки жените получават в областта на физическата активност [21]. В същото изследване се открива сигнификантна зависимост между здравното поведение и нивото на образование на респондентите, нивото на образование на техните съпрузи и местоживеенето. Жените в градските райони получават по-високи оценки за здравното си поведение спрямо обитателите на селски райони. Asrami et al. не откриват сигнификантна зависимост между здравното поведение и възрастта на изследваните жени, възрастта на настъпване на менопауза, гражданското състояние, заетостта, семейната структура и икономическия статус [21].

Според проучване на Jasinska et al. по-възрастните менопаузални жени между 56- и 69-годишна възраст показват по-високо ниво на здравно поведение в сравнение с по-младите преди 56-годишна възраст в областта на позитивно психично отношение и здравни практики, докато в областта на хранителни навици и превантивно поведение не се открива сигнификантни различия [143]. Откриват се сигнификантни различия в здравното поведение между жените със средно и висше образование, като тези с по-високо образование показват по-обширен обхват на здравни поведения. При това проучване учените не откриват корелация между здравно поведение и ВМІ, като жените с нормално тегло и тези с излишни килограми нямат сигнификантни различия в здравните си практики. Разведените жени имат сигнификантно по-висока оценка на здравните си практики в сравнение с омъжените такива [143].

### 1.5.3. Здравни фактори

Според модела „Educational and Ecological Assessment“ потенциално засягащите здравето фактори могат да бъдат класифицирани в три категории [238]:

1) Предразполагащи (Predisposing) фактори осигуряват фундаменталната мотивация и логика за конкретно поведение (знание, отношение, самоефективност).

2) Подпомагащи (Enabling) Подпомагащите фактори дават възможност за реализация и включват умения, ресурси или препятствия, които да позволят или да попречат на определени поведенчески промени (достъп до информация, учения, подходяща за менопаузата диета, спортни умения, умения за контролиране на свързаните с ежедневието и менопаузата проблеми, достъп до финансови ресурси)

3) Подсилващи (*Reinforcing*) *Подсилващите фактори могат да мотивират или обезсърчат дадена личност да възприеме дадено поведение и включват удовлетворението, възнаграждението и обратната връзка от околните.*

В проучване на Norozi et al. качеството на живот като предразполагащ фактор при постменопаузални жени има сигнификатна статистическа корелация с тяхното отношение към менопаузата и възприемната самоефективност [238].

Също така доказана е статистическа зависимост между качество на живот при постменопаузални жени и подпомагащи и подсилващи фактори, като например социална подкрепа, достъп до информационни източници за менопауза и участие в образователни програми по въпроси, свързани с менопауза [238]. Около 40% от респондентите в изследването на Norozi et al. отговарят, че липсата на финансови средства е причина за ниското използване на здравни услуги.

## 1.6. Профилактични програми

За пострепродуктивната възраст са характерни множество значими здравни проблеми, като множество заболявания могат да бъдат идентифицирани и предотвратени чрез превантивни мероприятия и мотивация за промяна на здравното поведение [130]. Интервенции през перименопаузата, когато се появяват много метаболитни и хормонални нарушения, са по-подходящи като подход за превенция, в сравнение с интервенции след менопаузата [199]. Чрез скринингови програми може да бъде редуцирана смъртността и да се подобри здравето [130]. Превенцията може да редуцира болничния престой, амбулаторните посещения и разходите за здравеопазване [101].

Проучванията показват, че цели 86 процента от менопаузалните жени използват една или повече превантивни услуги (грипна ваксина в предходната година, здравен скрининг в предходните две години, раков скрининг в предходните две години, профилактичен стоматологичен преглед в предходната година), като основен източник на информация и мотиватор за жените относно скрининговите програми са лекарите [172]. Препоръките от здравните работници имат основно стимулиращо и мотивиращо значение за жените в посещаемостта на мамография и други скринингови тестове за рак на гърдата [149].

При жени след средната възраст на менопауза се препоръчва да се извършва скрининг за костни и сърдечни заболявания, както и първична и вторична профилактика в съответствие с националните и международни предписания [227]. В това число влиза общ физикален преглед, като изследването на дихателната, сърдечно-съдовата система и костите може да открие общи свързани с възрастта проблеми [82]. Преглед на гърдите трябва да се извършва редовно поради повишен риск от развитие на рак на млечната жлеза с напредване на възрастта, като не трябва да се забравят мамографското и ултразвуково изследване [82]. Тазовият преглед трябва да

включва цитонамазка, трансвагинално ултразвуково изследване и оценка на менопаузални изменения, като урогенитална атрофия, десцендиране на тазови органи и инконтиненция [82]. Препоръчителни са следните лабораторни изследвания: Пълна кръвна картина., Рутинен уринен тест, кръвна захар на гладно, креатинин, пикочна киселина, холестерол (Chol), триглицериди (TG), липопротеинов холестерол с висока плътност (HDL-C), липопротеинов холестерол с ниска плътност (LDL-C), аспаргат аминотрансфераза (AST или SGOT), аланин трансаминаза (ALT или SGPT), алкална фосфатаза, Серумен TSH [82]. Кръвта се взема сутрин след 12-часов период на гладуване [82]. Важни са също тест за окултно кървене в изпражнения и очен преглед с оценка на вътреочно налягане, индекс на пречупване и ретина [82]

#### **1.6.1. Профилактични прегледи за жени в пострепродуктивна възраст в България**

Обхватът на профилактичните прегледи на територията на Република България е определен в Наредба №8 от 3 Ноември 2016 г. на Министерството на здравеопазването за профилактичните прегледи и диспансеризацията [349]. За всички жени още от 18-годишна възраст в рамките на една календарна година се предвиждат следните профилактични мероприятия: Анамнеза и подробен статус, Изчисляване на индекс на телесна маса, Оценка на психичен статус, Изследване острота на зрение (ориентиrowъчно, без определяне на диоптри), Измерване на артериално налягане, Електрокардиограма, Изследване на урина с тест-ленти в кабинет за: – Протеин – Глюкоза – Кетонни тела – Уробилиноген/билирубин – рН, както и Определяне на кръвна захар на гладно в лаборатория при наличие на риск по FINDRISK  $\geq 12$  т. За жените над 30-годишна възраст се препоръчва ежегодно мануално изследване на млечните жлези, както и преглед от акушер-гинеколог с гинекологичен статус с вземане и изпращане на материал за цитонамазка ежегодно, а след

две негативни цитонамазки – веджъж на 3 години. За жените над 50-годишна възраст на всеки пет години са предвидени: триглецириди, общ холестерол и HDL – холестерол и оценка на сърдечно-съдов риск по SCORE системата за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, LDL-холестерол (за лица със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, при които не се извършва оценка на СС риск по SCORE системата и не е изследван в рамките на диспансерното наблюдение). Между 50- и 69-годишна възраст при жените се препоръчва мамография на млечна жлеза веднъж на две години. Над 65 годишна възраст трябва да се изследват нивата на триглицериди веднъж на всеки 5 години, а общ холестерол, HDL (за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН) и LDL-холестерол (за лица със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН) веднъж на 5 години. С 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“ се правят следните изменения: за жени между 20 и 65-годишна възраст се предвиждат на всеки 5 години ПКК, АСАТ, АЛАТ, Креатинин, Урина (химично изследване и седимент и пикочна киселина. От 40-годишна възраст на всеки 5 год. до 60-годишна възраст се предвиждат Определяне на повърхностен антиген на хепатит В (HBs Ag) с бърз тест и Определяне на антитела срещу хепатит С (anti-HCV) с бърз тест. За жените между 30- и 50-годишна възраст се препоръчва Ехографско изследване на млечни жлези на всеки две години [348].

### **1.6.2. Остеопороза**

Загубата на костна плътност се ускорява след менопаузата и намалението на костна маса възлиза на 2-3% процента годишно [198]. Остеопорозата възниква, когато BMD падне под 2,5 стандартни отклонения (SD) в сравнение с BMD на здрави млади жени при пикова костна маса.

Остеопорозата и остеопенията, водещи до фрактури, са основните причини за заболяемостта и смъртността при жени след менопауза [81].

Съществуват множество инструменти за скрининг на костната плътност, но DEXA се счита за технически стандарт и за най-доброто средство за измерване на костната маса, което може да се използва за определяне на риска от фрактури и кой може да има полза от лечение [81]. DEXA измерва костната минерална плътност на пациента. Резултатите се отчитат в абсолютни стойности в  $\text{g/cm}^2$ , а също и като T резултат (разликата в стандартните отклонения (SD) между стойността на пациента и средната стойност за здрави 30-годишни от същия пол) и Z резултат (разлика между стойността на пациента и средната стойност на хора на същата възраст, раса и пол [81]. Според Световната здравна организация, всяко SD намаление на BMD T-резултатите на шийката на бедрената кост е свързано с 2,6 пъти повишен риск от фрактура на бедрената кост [153]. По същия начин, всяко SD намаление на BMD T-резултатите за гръбначния стълб и дисталния радиус увеличава риска от фрактури съответно 2,3 и 1,7 пъти [153].

За да бъде DEXA подходящ скринингов тест, той трябва да може да открие заболяване (остеопороза или остеопения) на етап, когато лечението (медикамент или промяна на начина на живот) може ефективно да намали сериозните последствия от заболяването (напр. фрактура). Освен това трябва да е безопасно (това се отнася както за теста, така и за лечението), широко достъпно и евтино [81]. Излагането на радиация от DEXA сканиране е ниско (обикновено  $0,001 \text{ mSv}$ , еквивалентно на 3 часа фонова радиация). За сравнение, мамографията освобождава  $0,4 \text{ mSv}$  [259].

### **1.6.3. Програми за скрининг на ракови заболявания**

#### **1.6.3.1. Рак на млечна жлеза**

Скринингът има основна роля в редуцирането на смъртността от онкологични заболявания [87]. Ракът на млечната жлеза е най-често диагностицираният рак при жените, като представлява около 23% от всички новодиагностицирани онкологични заболявания [80]. В препоръките на American Cancer Society самоизследването на гърдата, клиничният преглед от специалист и мамографията са трите най-важни метода за вторичната превенция на рак на гърдата [168]. В медицинската литература мамографията често се визира като най-успешният метод за ранна детекция на рака на гърдата [98]. Мамографско изследване се препоръчва на 40 годишна възраст, след което при липса на патология то трябва да бъде повтаряно на всеки 2 години, докато при наличие на рак на гърдата във фамилната анамнеза като препоръчителната възраст за започване на скрининг с мамография е давана 35-годишна възраст [234].

Изследване на Moghaddam et al. открива сигнификанта зависимост между посещението на жените на скрининг с маморафия и убежденията, знанията, емоциите, самогрижата, приоритетите в живота, менопаузалния статус, заболявания на гърдата в анамнезата, рак на гърдата в семейната анамнеза при родственици от първи ред, паричния статус и достъпността на процедурите [214]. Tavakolian et al. посочват в своето изследване като основни фактори, повлияващи участието на жените в скрининг програми с мамография географския фактор и разстоянието до скрининг центрове [314]. Страхът от болка, срамът и смущението по време на преглед, страх от смъртта и негативните емоции са също свързани с посещението на мамографски скрининг [309].

Основен въпрос относно провеждането на скрининг с мамография е през какъв времеви период да бъде провеждана. Проучване на Miglioretti et al. сравнява резултатите от провеждане на мамографски скрининг на

интервали от една и две години [213]. Учените правят заключението, че при пременопаузалните, диагностицирани с тумор жени при мамография на две години се откриват по-лоши прогностични характеристики, но при постменопаузалните, неизползващи хормонална терапия жени, се откриват еднакво количество тумори с лоши прогностични характеристики при мамография на едно- или двугодишни интервали [213]. При използващите хормонална терапия постменопаузални жени се откриват по-лоши прогностични характеристики при провеждане на мамографски скрининг на двугодишни интервали. При скрининг на една година биват открити 77.8% от раковите заболявания, докато при мамография на две години този процент е 72.8 % [213]. Dittus et al. също откриват, че провеждането на мамографски скрининг на две години при пременопаузални жени със затлъстяване е свързано с гранично повишен риск от диагноза с тумор над 20мм диаметър в сравнение с едногодишен скрининг, но отново при постменопаузалните жени не се открива повишен риск от напреднал стадий на рак при двугодишно срещу едногодишно провеждане на мамографски скрининг [84]. Braithwaite et al. изследват туморните характеристики при постменопаузални жени на възраст между 66 и 89 години и не откриват статистически сигнификатни различия при различни мамографски скрининг интервали [39]. Резултатите от проучване на Kerlikowske et al. при жени на възраст между 50 и 74 години открива сходен риск от напреднал стадий на раково заболяване при едно и двугодишен мамографски скрининг [165]. Miglioretti et al. дават препоръката, мамографският скрининг да се провежда според личните рискови фактори, като се имат предвид ползите от диагностиката на раково заболяване в ранен стадий срещу повишения риск от негативно последствия при по-чест скрининг като фалшиво позитивни резултати и биопсии, които са 1.5 до 2 пъти по-чести при едногодишен срещу двугодишен мамографски скрининг [213].

Други модалности за диагностика на рак на гърдата са ядрено-магнитният резонанс и дигиталната томосинтеза. Понастоящем ЯМР скринингът в комбинация с мамография е насочен към пациенти с висок риск, което включва: носители на BRCA 1 или 2 мутация, нетествани жени, които имат роднина от първа линия с BRCA 1 или 2 мутация, риск от рак на гърдата през целия живот от 20-25% или повече, подложени на лъчелечение на гръдния кош на възраст между 10 и 30 години, генетична мутация в гените TP53 Tumor Protein 53 (Li-Fraumeni syndrome) или PTEN (Phosphatase and Tensin homolog) (синдром на Cowden) [82].

### **1.6.3.2. Рак на матката**

Приблизително 60% от случаите на рак на шийката на матката се срещат при жени над 45 години и 20% при жени над 65 години [284]. Налични скринингови тестове за това неопластично заболяване към дадения момент са: визуална проверка, визуална проверка с оцетна киселина (VIA), визуална проверка с Лугол йод, PAP Papinacolou цитонамазка, както конвенционална, така и течна базова цитология, HPV ДНК тест, Цервикография, Papnet, Полярна сонда [82]. Трябва да се има предвид, че може да е трудно да се получат задоволителни натривки от по-възрастни жени поради състояния като атрофия, физиологична ретракция на зоната на трансформация и цервикална стеноза. [79].

Демографските характеристики, погрешните схващания за рака на маточната шийка и поведението, търсещо здраве, са важни фактори за подкопаване на мотивацията за редовни прегледи [55]. Ниският процент на скрининг сред жените на възраст 50 или повече години предполага необходимост от подобряване на здравното образование относно рака на маточната шийка в тази популация, особено сред тези на възраст 50-65 години, които все още са изложени на риск и на които се препоръчва рутинен скрининг за рак на маточната шийка [55]. Погрешните схващания,

свързани с напредването на възрастта и менопаузата, могат да намалят предполагаемата предразположеност на жените към рак на маточната шийка и да окажат отрицателен ефект върху поведението им при скрининг [55]. Здравните специалисти, като медицински сестри и други изпълнители на първична медицинска помощ, трябва да предприемат активни подходи към тези високорискови групи - по-възрастни неомъжени жени, пушачки, по-ниско образовани и с ниска здравна грамотност [55].

Скринингът сред непроверена популация може да намали заболеваемостта и смъртността от рак на шийката на матката [281]. Но базираните на риска интервали на скрининг или възрастовите ограничения при скрининга са важни клинични теми за скрининга с цитонамазка. Насоките на Американското онкологично дружество (American Cancer Society) показват, че; „жени на възраст 70 и повече години с непокътната шийка на матката и които са имали три или повече документирани, последователни, технически задоволителни нормални/отрицателни цитологични тестове на шийката на матката и нито един абнормен/положителен цитологичен тест в рамките на 10-годишния период преди 70-годишна възраст, могат да изберат да прекратете скрининга за рак на маточната шийка“ [281].

Проучване на Dermir et al. показва, че хормонозаместителна терапия (ХТ) не е свързана с цитологични аномалии при жени в постменопауза [79].

HPV тестването на 50-годишна възраст може да идентифицира малката част от жените, все още изложени на риск, които е необходимо да продължат скрининга, за да се сведе до минимум потенциалното увеличение на случаите на рак на маточната шийка [70]. Наличието на човешки папиломен вирус при възрастни жени е независим рисков фактор за заболявания на шийката на матката [56]. Chan et al. съобщават, че има два пика на HPV инфекция и последващ рак на маточната шийка [56]. Първият пик на инфекция на възраст 26-30 години е последван от CIN 2/3

и пик на инвазивен рак на маточната шийка съответно 5-15 години и 15 години по-късно [56]. Вторият пик на инфекцията на възраст 46-50 години е последван от пика на инвазивен рак на шийката на матката 20 години по-късно [56]. Във втората пикова възрастова група не са открити случаи на CIN 2/3 [56]. Най-правдоподобното обяснение на тази ситуация е, че жените във втора пикова група (на възраст 50-65 години) не си правят цитонамазка при настоящите опортюнистични програми за скрининг, така че шансът за лечение на лезиите в прединвазивните стадии е елиминиран [56].

Въпреки общоприетото предположение, че жените в пери- и постменопауза са с нисък риск от заболяване на долните генитални пътища, Ko et al. откриват, че 25% от пациентите с ASCUS на възраст 50 или повече години са имали високорисков HPV [175]. В рамките на всяка петгодишна възрастова група, започваща от 50, най-големият процент на високорисков (HR) HPV се среща при жени на възраст 60-70 години [175]. Освен това, няколко от тези жени с доказани чрез биопсия диагнози на заболяване на долните генитални пътища не са имали предишна анамнеза за гинекологично заболяване, свързано с HPV [175]. Предполага се, че тези случаи се дължат на новопридобити инфекции [175]. Без непрекъснато наблюдение и гинекологични грижи, много жени в постменопауза могат да страдат от недиагностицирано заболяване на долния генитален тракт [175]. При 27% от HR HPV-позитивните пациенти има аномалия, доказана чрез биопсия, включително CIN, VIN, VAIN или рак [175]. Дори в HPV-отрицателната група, 3% от пациентите са имали заболяване, доказано чрез биопсия, включително пациентки, които никога не са имали заболяване на долните генитални пътища, впоследствие биват диагностицирани с рак на ендометриума [175]. Противно на общоприетото схващане, че заболеваемостта от рак на маточната шийка ще намалее с напредване на възрастта, честотата на рака остава почти същата в тази голяма група жени

[175]. Дори след три отрицателни Pap-теста, жените в постменопауза може да изискват допълнително наблюдение [175].

Колпоскопията представлява насочена бипосия и е индицирана за диагностично потвърждение за жени с положителен първичен метод за скрининг [82]. Поради хормонални промени, много жени след менопауза ще имат незадоволителна колпоскопия [82]. Лечението с естроген (прилагане на крем с естроген интравагинално всяка вечер в продължение на 4 седмици и прекратено 1 седмица преди повторна цитология), ще доведе до достатъчно ектропия на ендоцервикалните клетки за осъществяване на задоволителен преглед [82].

Към дадения момент няма доказателства в подкрепа на скрининга на рак на ендометриума при асимптоматични жени [40]. ACS препоръчва всички жени на възраст над 65 години да бъдат информирани за рисковете и симптомите на рак на ендометриума и да бъдат посъветвани да потърсят преглед, ако се появят симптоми [40].

### **1.6.3.3. Рак на яйчниците**

СА125 е използван като тест от първа линия в множество проучвания за скрининг на рак на яйчниците. За скрининга на общата популация, целевата популация най-често са жени в постменопауза, тъй като това е групата, в която се срещат повечето ракови заболявания на яйчниците [294]. Понастоящем високорисковите жени преди и след менопауза се контролират с помощта на граничната стойност от 35 U/mL. като няма убедителни данни, които да предполагат, че скринингът за рак на яйчниците е свързан със значително намаляване на смъртността или преминаване към ранен стадий на заболяването [294]. Проучване полага основата за персонализиране на теста СА125 в проспективен скрининг при жени с висок риск, като за пременопауза се използва значително по-висока граница от 50 U/mL в сравнение със стандартните 35 U/mL за жени в

постменопауза и 40 U/mL за жени в пременопауза на орални контрацептиви [294].

Въпреки нарастващият риск за рак на яйчника с напредване на възрастта, широко прилагани скринингови програми са все още доста малко на брой, като са основно ориентирани към високорисковите жени. Cancer Genetics Network е финансирана от Националния институт по рак (NCI) мрежа за изследване на наследствени злокачествени заболявания, която инициира пилотна стратегия за скрининг на рак на яйчниците за жени с повишен генетичен риск през 2001 г. Включени са били жени с висок риск от развитие на рак на яйчниците и гърдата поради 2 или повече ракови заболявания на гърдата и яйчниците, или BRCA1 или BRCA2 мутация в кръвни роднини от първа и/или втора степен [315].

#### **1.6.3.4. Менопаузална симптоматика**

Редовното наблюдение и оценка на симптомите, свързани с менопаузата, могат да са ефективен подход за намаляване на честотата и тежестта и за подобряване на здравната осведоменост, споделеното вземане на решения, комуникацията между пациента и лекаря и поставянето на целите на лечението [17]. Инструментите за оценка на менопаузалните симптоми трябва да се използват в рамките на организирани здравни системи, за да се постигнат подобрения при вземането на терапевтични решения и в комуникацията пациент-лекар [17].

#### **1.7. Здравно образование**

Изследванията разкриват, че жените имат недостатъчни познания да се справят самостоятелно със свързаните с менопаузата проблеми, което показва необходимост от планиране на специфични интервенции в тази насока [289]. Например, според проучване на Kim et al. 86 процента от жените на средна възраст не получават каквато и да е подготовка за

свързаните с менопаузата здравни проблеми, като 92 процента биха искали обучения по тази тема [171].

Съществуват доказателства, че образователните програми в областта на менопаузата и здравословния начин на живот са необходими за справянето с менопаузалната симптоматика [171]. Те имат позитивен ефект за подобряване на знанията и уменията за справяне с нея [250]. Провеждането на здравно-образователни мероприятия и подобряването на осведомеността на жените относно менопаузата води до напредък както в отношението на жените към промените в този период от живота, така и в здравното поведение, навици и качество на живот [156].

Резултатите от проучване на Nazari et al. доказват наличието на позитивен ефект на образователните мероприятия за здравословен начин на живот върху здравното поведение и менопаузалните симптоми при постменопаузални жени [231]. Проучване на Anderson et al. съобщава, че 12-седмична образователна програма за здравословен начин на живот е ефективна в подобряването на здравното поведение и менопаузалната симптоматика, като се забелязва значително намаляване на депресивността, тревожността, горещите вълни, нощното потене и други соматични проблеми [16].

Различни образователни методи могат да бъдат селектирани като подходящи според различните обстоятелства, цели, мотивация, индивидуални характеристики на жените т.н. [268]. Участието в групови форми за обучение оказват благоприятен ефект върху познанието на жените, подобряването на здравните навици и физическата активност [41]. Когнитивната поведенческа терапия, базираща се на обучение за здравословен начин на живот, води до намаляване на менопаузалната симптоматика, и особено - на депресията и тревожността [103]. Лекционното обучение също може да има позитивен ефект, като доказано редуцира неувереността на менопаузалните жени [193]. Мултимедийни и

писмени методи за обучение относно менопаузата имат значителни позитивни ефекти при намаляването на свързаната с менопаузата неувереност и ниска самооценка на жените [6].

### **1.7.1. Здравно образование и подобрена адаптация**

Липсата на познания на постменопаузалните жени да се справят със свързаните с менопаузата усложнения сериозно ограничава прилагането на ефективни поведенчески стратегии за адаптиране и редуциране на негативните им ефекти [236]. Проучване на Satoh et al. разкрива нуждата на менопаузалните жени от повече информация, като 83% от респондентите в изследването търсят познания за менопаузалната симптоматика и подходящи стратегии за адаптация [282]. Използването на подходящи методи на обучение за подобряване на информираността на постменопаузалните жени води до по-добра адаптация към менопаузалната симптоматика и качество на живот [238].

Разбирането на физическите и психосоциалните промени, както и тези, свързани с начина на живот след настъпването на менопаузата, са един от начините за адаптация към нея [253]. Чрез адекватна и релевантна информация менопаузалните жени могат да подобрят разбиранията си и да приемат менопаузата [274]. Според Yazdkhasti et al. когато приемат менопаузата, жените ще бъдат по-добре физически и психически подготвени да се справят с произтичащите от нея промени и да потърсят начини да намалят негативното влияние на симптоматиката [343].

### **1.7.2. Групи за взаимопомощ**

Един от вариантите за здравно образование на менопаузалните жени са групите за взаимопомощ, при които индивиди със сходни проблеми, преживявания и тревоги се събират, за да споделят опит и емоционална подкрепа един с друг [155]. Груповото обучение има доказани предимства пред индивидуално обучение при постменопаузалните жени, например в

областта на сексуалното здраве [3]. Добра ефективност на груповите обучителни занимания се потвърждава и в областта на качеството на живот [249]. Участието в групи за взаимопомощ има сигнификантен позитивен ефект за справянето с физическите, сексуалните и психосоциални симптоми на менопаузата [274]. В изследване на Ensan et al. представителите на групата, получила образователни мероприятия относно менопаузата, се подобряват в посока на по-позитивен, промотиращ здравето начин на живот, в сравнение с тези от контролната група [91]. Допълнителното присъствие на здрави доброволци при събиранията на дадена група може да спомогне за подобряването на знанията на менопаузалните жени [72].

Проучване на Dastgerdi et al., сравнява тежестта на менопаузалната симптоматика и качество на живот между менопаузални жени в група за взаимопомощ, жени на самообучение и неполучаващи образователни мероприятия жени в контролна група. Резултатите от изследването показват сигнификантно по-ниска тежест на симптоматиката и по-добро качество на живот при получаващите образователни мероприятия жени в сравнение с тези в контролната група [72].

Подобни резултати се съобщават от изследването на Yazdkhasti et al., което сравнява базирано на група за взаимопомощ обучение с контролна група и открива сигнификантно подобрение във вазомоторната, психосоциалната, физическата, сексуалната симптоматика и качеството на живот при интервенционната група, като подобрението се запазва и след период от три месеца [343]. Проучване на Sehhatie et al., изследващо ефекта на образователни мероприятия чрез групи за помощ върху ранната симптоматика в менопаузата и броя на горещи вълни сред постменопаузални жени, показва редукция на броя на горещите вълни и по-добри резултати по Greene scale в експерименталната група [285].

### **1.7.3. Самообучение, самоефективност и самогрижа**

Вариант за провеждане на здравно обучение е самообучението, като при този метод не се разчита на посещението на лекционни мероприятия, а на личната вътрешна мотивация на жените [221]. Информираната самогрижа е метод за справяне с менопаузалната симптоматика, като практикуващите я жени поемат отговорността за здравето в свои ръце [302].

Самоефективността може да се дефинира като убеждение на хората за личната им способност да упражняват контрол над нивото на собственото функциониране и над засягащите живота събития [293]. Когато хората са убедени в собствената си ефективност, те имат подобрена мотивация и функциониране, което от своя страна намалява риска от фрустрация при трудности и увеличава вероятността за постигане на определени цели [293]. Оптимизирането на самоефективността е основна цел при подобряване на здравното поведение на жените в пострепродуктивна възраст [293]. Увереността на постменопаузалните жени в собствената възможност да контролират менопаузалните симптоми е важен определящ фактор за качеството на живот [107]. Стратегиите за подобряване на самоувереността, умението да се постигат дадени цели, чувството за контрол над живота и процесите на промяна, както и надеждата за справяне в бъдеще, имат основна роля в подобряването на качеството на живот [216].

### **1.7.4. Използване на технологиите в здравното образование**

Модернизацията и постоянното въвеждане на нови технологии дават възможност за иновативни методи на образование. Базираните на мобилни услуги и приложения образователни методи намират все по-често място в ежедневието на менопаузалните жени. Пример за подобна приложение на технологиите е телефонно базираната програма на Besley et al., която цели редуциране на менопаузалната симптоматика чрез кратки съобщения от

диетолог при пери- и постменопаузални жени за целенасочена промяна на диетата и увеличаване приема на соя [32]. Дванадесет месеца след програмата участниците изяждат средно  $1.6 \pm 1.4$  порции соеви продукти в сравнение с  $0.5 \pm 0.9$  при контролната група [32]. Доказват се също така увеличения в серумните концентрации на изофлавоноиди 3 и 6 месеца след началото на програмата с приблизително двукратно увеличение на daidzein и genstein.

### **1.7.5. Области на интерес и основни образователни теми**

Нивото на знания относно менопаузата и свързаните с нея промени е съществен фактор за отношението на жените към този преходен период и влияе върху тяхното здравно поведение. Познаването на образователните приоритети и перспективата на пациентите към проблемите на менопаузата позволява по-ефективно планиране на бъдещи интервенции [210]. В проучването на Marlatt et al. сред менопаузални жени близо 65% от анкетиранияте споделят, че не се чувстват подготвени за менопаузата [210].

Изследванията показват, че следните образователни теми са важни за жените в пострепродуктивна възраст [[72] [91]]:

-менопауза и стратегии за превенция на страничните ѝ ефекти – горещи вълни, генитоуринарни промени, увеличаване на теглото, остеопороза и др.;

- заучаване на поведенчески навици за здравословен начин на живот;
- концепция за личния избор;
- позитивно поведение и замяна на негативните поведения;
- контрол над околния свят;
- здравословно хранене и тренировки;
- важност на ефективни междуличностни връзки с другите хора;
- отговорно поведение;
- тревожност, справяне със стреса и духовно израстване;

- важност на самопомощта;
- подобряване на съня, концентрацията и паметта;
- промени в брачните взаимоотношения и разрешаване на сексуални проблеми;
- грижа за кожата и косата.

### **1.7.6. Приемане на менопаузата**

Инкорпорирането на менопаузата в идентичността и личното асоцииране като менопаузална жена са фактори, които спомагат за изграждането на позитивно отношение към менопаузата и предприемането на адекватна поведенческа промяна в подходяща посока за справяне с нея [237]. Те са необходими условия за изработването на правилна лична стратегия за справяне с настъпващите симптоми [342].

### **1.8. Хормонална заместителна терапия**

По данни на Velentzis et al. 37% от жените между 50 и 69-годишна възраст някога са използвали ХЗТ, като 13% използват такава към дадения момент [332]. При детайлно проследяване на приема при специфични възрастови групи става ясно, че в групите 50–54, 55–59, 60–64 и 65–69 процентът от жените, които някога са ползвали ХЗТ, е 20%, 33%, 47% и 57% [332]. Текущият прием при възрастовите групи 50-54 и 65-69 е 11%, а в 55-59 и 60-64 е 14% [332]. От ползващите ХЗТ жени на възраст 50-69 години 27% са използвали ХЗТ за период по-кратък от 4 години, докато по-дълготрайно използващите ХЗТ са 73% и този процент са увеличава в групите в по-напреднала възраст 60-64 и 65-69 до съответно 83% и 93% [332]. Най-често използваният вариант на ХЗТ при 44% от жените е само естроген, следван от комбинация от естроген и прогестаген при 23%, комбинирана ХЗТ с повече от 1 препарат и или локална естрогенизация при 19%/11% и 1% Tibolone и прогестаген.

National Osteoporosis Society препоръчва ХЗТ за лечението и превенцията на остеопороза при жени под 60-годишна възраст [38].

Резултатите от проучването Danish Osteoporosis Prevention Study (DOPS) показват значително намален риск от кардио-васкуларни заболявания, сърдечна недостатъчност и инфаркт на миокарда при получаващи хормонално заместителна терапия отскоро постменопаузални жени, като същевременно рискът от венозна тромбемболия, рак или инсулт при тях не е увеличен [283].

Manson et al. докладват за сигнификантно увеличение в кардио-васкуларни инциденти при жени третирани с конюгирани конски естрогени + медрокси прогестерон ацетат или конюгирани конски естрогени в хода на изследването Women`s Health Initiative - WHI, докато в проследяващата фаза след него сигнификантно увеличение на кардиоваскуларните инциденти се открива само при използване на конюгирани конски естрогени + медрокси прогестерон ацетат [209]. В проследяващата фаза от 18 години на WHI Manson et al. докладват за липса на различия в смъртността при жени, получавали конюгирани конски естрогени и такива получаващи плацебо, като употребата на конюгирани конски естрогени в период от 7 години е свързана с 26% по-нисък риск от Алцхаймер и смъртност от деменция, както и 45% намаления в смъртността от рак на гърдата [208]. При WHI се открива редукция при инфаркт на миокарда в групата на 50-59 години ползвали конюгиран конски естроген, докато рискът е увеличен в групата 70-79 години [60]. Според Chester et al. наблюдаваните резултати могат да бъдат обяснени с Времевата хипотеза (Timing Hypothesis), според която рисковете, свързани с менопаузалната хормоналнозаместителна терапия са свързани с изминалото време от настъпване на менопаузата, като при възраст под 60 години и при по-малко от 10 години в менопауза рисковете са ниски [60]. Chester et al. заявяват, че средната възраст на участниците в WHI (63 години) не е репрезентативна за

популацията от имащи менопаузални симптоми по-млади жени, като мнозинството от изследванията в областта на менопаузата откриват позитивни резултати от хормоналнозаместителна терапия при по-млади симптоматични жени скоро след началото на менопаузата [60].

Наблюдавано е подобрене в когнитивните функции при жени с или без деменция след краткотраен прием на хормоналнозаместителна терапия в рамките на 2 до 4 месеца, докато дълготрайният прием на естрогени и особено в комбинация с прогестерон има негативен ефект върху когницията и може да доведе до когнитивни нарушения и деменция, особено при жени над 65-годишна възраст [129].

Ранната хормонална терапия с естрогени има протективен ефект срещу стареенето на мозъка [94]. Започнатата веднага с настъпването на менопаузата хормоналната заместителна терапия има благоприятен ефект върху визуалната памет, но може да повлияе негативно вербалните умения [276]. Smith et al. обясняват позитивния ефект върху паметта с увеличение на синапсите и подобрене на функционирането им в хипокампа, като този ефект не се наблюдава в по-късна възраст [298]. При започване на хормонална заместителна терапия преди последната менструация се наблюдават по-добри резултати при тестване на функцията на паметта в сравнение със започване на субституция след настъпване на менопаузата [37].

Мета анализ на Clintron et al. показва, че хормоналната заместителна терапия води до подобрене в качеството на съня и свързаната със съня проблематика при жени с вазомоторна симптоматика [64]. Систематичен преглед от Bruyneel et al. също подкрепя позитивното влияние на хормоналната заместителна терапия при свързани с вазомоторна симптоматика проблеми със съня [41]. Нискодозирани антидепресанти и ХЗТ умерено намаляват свързаните със съня симптоми при менопаузални жени с горещи вълни [92].

## **1.9. Алтернативна медицина и холистични методи**

Понятието „алтернативна медицина“ при третиране на менопаузалните симптоми може да се дефинира като всички неконвенционални медицински практики и продукти, които са одобрени за свободно нерегулирано разпространение и продажба [296]. Жените най-често прибягват към този вид продукти като допълнение към конвенционалните лекарства и медицински практики. Затова е важно медицинските лица да са добре запознати с този вид продукти и да питат своите пациенти целенасочено за тях, за да се избегнат нежелани взаимодействия [48]. Сред употребяваните подобни методи предпочитани са следните: медитация и релаксация, техники за дишане, масаж, хиропрактика. Менопаузалните жени подреждат по ефективност следните холистични методи: физическа активност и спорт, помощни средства за сън, медитация и релаксация, масаж и на последно място хиропрактика [210]. Нефармакологични методи като психотерапия, акупунктура, физически упражнения, техники за релаксация, поддържане на нормален BMI, избягване на стимуланти доказано намаляват менопаузалната симптоматика [324].

Центърът „National Center for Complementary and Integrative Health“ в САЩ разделя алтернативните медицински интервенции за менопаузата в 3 основни категории: 1) практики, отнасящи се до тялото и ума: хипноза, когнитивно-поведенческа терапия, релаксационни техники, biofeedback, медитация и ароматерапия; 2) натурални продукти: билки, витамини, минерали и хранителни добавки; 3) други системни подходи: традиционна китайска медицина, рефлексология, акупунктура и хомеопатия [228].

### **1.9.1. Хипнотерапия и хипноза**

Elkins et al. изследват действието на хипнозата при третирането на менопаузалната симптоматика, като тяхната дефиниция за тази практика е:

терапия, включваща дълбоко отпуснато състояние на фокусирано внимание, индивидуализирани умствени образи и внушения [90]. Те докладват за клинично сигнификантно намаление от 69% на тежестта и честотата на горещите вълни при лечение с хипнотерапия [90]. Наблюдава се значима редукция в субективно отчетената честота на горещите вълни, намаление на смущенията с 80% и на физиологично мониторираните горещи вълни с 57% при използване на хипноза [90]. Също така се съобщава за подобрене на качеството на съня и сексуалната функция [90]. Ефективността на хипнозата при третирането на горещи вълни е сравнима с тази на Venlafaxine 75 mg, като и двата метода редуцират честотата и тежестта на горещите вълни с 50 процента, докато при плацебо се наблюдава само 25% редукция [30].

### **1.9.2. Когнитивна поведенческа терапия**

Когнитивната поведенческа терапия е фокусирана към промяната на когнитивните оценки и избора на поведение с цел подобряване на симптоматика. Тя може да включв обучение, мотивация, релаксация, дихателни упражнения и други [205].

Резултатите от изследване на Mann et al. показват намаление на смущенията от горещи вълни с 52% след 6-седмична програма с КПТ срещу 25% намаление в групата, получаваща стандартна грижа, но редуцирането на честотата на поява на горещите вълни е еднаква за двете групи – 36% [205]. Проучване на Ayers et al. показва клинично сигнификантно намаление на смущенията от горещи вълни с 65% след 4-седмична програма с КПТ срещу 21% намаление в контролната неполучаваща лечение група, като и при това изследване не се открива сигнификантна редукция в честотата на поява на горещите вълни [25]. Научните изследвания подкрепят идеята, че КПТ би могла да помогне при депресивни състояния по време на менопаузата [25].

### **1.9.3. Релаксационни техники и Biofeedback**

В тази категория могат да бъдат включени прогресивната мускулна релаксация, релаксация, комбинирана с тренировка чрез Biofeedback термален контрол, контролирано и дълбоко дишане, релаксация у дома с помощта на аудио, както и приложна релаксация [148]. Biofeedback представлява техника, използваща мониториране на автономни телесни функции като температура на кожата, сърдечна честота, мускулна напрежение и други [148]. Изводът на Johnson et al. след обзор на наличната литература сочи, че релаксационните техники могат да намалят честотата на горещите вълни и да подобрят психологичните симптоми на менопаузата [148]. Проучване на Lindh-Astrand et al. намира 55% редуция в честотата на поява на горещи вълни след 12 седмици приложна релаксация [196]. Резултатите на изследване на Kavitha et al. показват намаляване на менопаузалната симптоматика при постменопаузални жени след програма, включваща техники за релаксация, спорт и диета [162]. Проучване на Saensak et al. показва, че релаксационните техники може да имат позитивен ефект върху вазомоторната симптоматика и стреса, но не могат да ги препоръчат към дадения момент заради неконсистентност на наличната информация и ниско доказателствено ниво [277].

### **1.9.4. Билки**

Широката употреба на билкови препарати в борбата с менопаузалната симптоматика е показателна за предпочитанията на жените към натурални продукти пред хормонална заместителна терапия [126]. При борбата със симптомите на менопаузата участие взимат голямо разнообразие от билки и натурални продукти, като за тяхната ефективност има противоречива информация.

Изследване на Uebelhack et al. доказва сигнификантно редуциране на депресивността и намаление с 50% на оценките на менопаузалните жени

по скалата Menopause Rating Scale при използване на изопропанолов екстракт от черен кохош с етанолов екстракт на жълт кантарион, докато при използване на плацебо намалението в оценките е с 19% [325]. Резултатите от проучване на Rotem et al. сочат за подобрене в качеството на съня, 73% намаление на горещите вълни и 69% на нощните изпотявания при 12 седмична употреба на комбиниран фитопрепарат, съдържащ черен кохош, китайска ангелика, бял трън, червена детелина, американски женшен и целомъдрено дърво, като при употреба на плацебо намаленията в симптоматиката са били съответно е повече от една трета [273]. От друга страна систематичен преглед на наличната литература на Leach et al. открива недостатъчни доказателства в подкрепа на употребата на черен кохош в борбата с менопаузалната симптоматика - ефекти вазомоторна симптоматика, сексуална дисфункция, вулво-вагинални симптоми, костно здраве и качество на живот [189].

Резултатите от изследване на Hsu et al. сочат, че консумацията на 12мг екстракт от лилав ямс два пъти дневно води до сигнификантно подобрене ( измерено с Greene Climacteric Scale ) с 90% в менопаузалната симптоматика в сравнение с 70% подобрене при плацебо като редукцията е предимно на психологичната симптоматика [131].

Изследване тона Kupfersztai et al. доказва сигнификантно клинично подобрене в честотата на поява и интензитета на горещи вълни с 90%-96% при три месечна употреба на комбиниран препарат от китайска ангелика и лайка, докато при употреба на плацебо подобренieto е 15-25% [182].

Систематичен преглед на Lee et al. посочва позитивен ефект върху менопаузалната симптоматика ( измерен чрез Greene Climacteric Scale или Kupperman Index) при употребата на прежелатинирана или изсушена мака [191].

### 1.9.5. Фитоестрогени и витамини

Систематичен преглед на научната литература от Stacie et al. показва позитивен ефект на червената детелина върху минералната костна плътност и маркерите за формиране на костта [304]. Същият систематичен преглед демонстрира подобрене в краткотрайната памет, функцията на предния мозъчен лоб, уменията за планиране и вниманието при употреба на соя или соеви изофлавоноиди [304].

Други автори докладват за сигнификантно подобрене на менопаузалната симптоматика при 12-седмичен прием на 40мг сушени листа от червена детелина [288]. От друга страна, резултатите от систематичен преглед и мета анализ на Lethaby et al. не откриват сигнифактно подбрение на взамоторната менопаузална симптоматика при употреба на екстракт от червена детелина ( Promensil ) при пери- и постменопаузални жени [194].

Изследване на Kaur et al. отчита сигнификантно редуциране на менопаузалната симптоматика при перименопаузални жени, които приемат прахообразен соев продукт [161]. Проучвания на други изследователи също показват редукция на менопаузалната симптоматика сред постменопаузални жени, които получават суплементация със соеви изофлавоноиди [[69] [134]].

Противоположни са резултатите от проучване на Gold et al., което не установява корелация между фитоестрогени, фибри и вазомоторна симптоматика [112]. По данни на Shifren et al. според NAMS соя, суплементи с изофлавоноиди, черен кохош, витамин Е и омега-3 мастни киселини имат сходна ефективност с плацебо [292]. Проучване на Riesco et al. не намира сигнификантно намаление на оценката по Kupperman Index при прием на изофлавоноиди в сравнение с плацебо [269].

Обещаващи резултати с редукция до 2 горещи вълни дневно и намалена тежест на горещите вълни при прием на 400 IU витамин Е за период от 4 седмици са демонстрирани от проучване на Ziaei et al. [344].

### **1.9.6. Рефлексология, акупунктура и ароматерапия**

По дланите и ходилата съществуват специфични рефлексогенни точки, които кореспондират на съответни зони по тялото и при прилагане на натиск върху тях се премахват енергийни блокажи и се стимулират определени органи и жлези [148]. В проучване на Gozuyesil вазомоторната и сексуална симптоматика значително се подобряват след 12 седмична програма с рефлексологичен масаж на ходилата, като честотата на горещи вълни намалява с 56% [113].

Систематичен преглед на литературата от Johnson et al. съобщава, че акупунктурата би могла да подобри вазомоторните симптоми, соматичната симптоматика и съня в по-значителна степен от плацебо [148].

Употребата на интензивни аромати е известно средство още от древността за облекчаване на различни симптоми. Резултатите от изследване на Kazemzadeh et al. показват редукция в честотата на горещите вълни с 50% след 12-седмична употреба на есенциални мастни киселини от лавандула, докато при контролата с плацебо ефектът е бил под 1 % редукция [163].

### **1.10. Физическа активност**

Анализ на изследването Study of Women Across the Nation от Khan et al. сочи, че физическата активност има определени здравни ползи за жените на средна възраст [167]. Тя повлиява благоприятно психическото и физическо функциониране, вазомоторната и урогенитална симптоматика, както и качеството на съня на жените в пострепродуктивна възраст.

Редица автори препоръчват редовно физическо натоварване за менопаузалните жени в изпълними у дома спортни програми или

включването в спортни инициативи в областта на общественото здраве [71].

### **1.10.1. Влияние на физическата активност върху физическото функциониране**

При жените със заседнал начин на живот и ниска физическа активност се забелязва по-ранна менопауза, по-голяма обиколка на талията, по-висок ВМІ, по-лоши физическо функциониране и здраве, както и по-чести артериална хипертония, диабет, сърдечносъдови заболявания и артрит в сравнение с по-активните жени [78]. При физически активни постменопаузални жени се забелязва по-ниска степен на влошаване на физическо функциониране [15]. Физическата активност може да редуцира соматичната симптоматика и да подобри качеството на живот през менопаузата [308]. Постменопаузални жени, упражняващи лека физическа активност, в сравнение с такива със заседнал начин на живот имат по-близки до идеалния ВМІ [262]. Поддържането на висока физическа активност при постменопаузалните жени е свързано с ползи за функцията на долните крайници, като високо активните жени ( $\geq 1200$  MET-мин/седмично) имат по-бърза походка (0.06 м/сек по-бързо) и по-голяма сила на захват (0.48 kg повече) в сравнение с жените със заседнал начин на живот ( $< 100$  MET-мин/седмично) [78].

Програма за подобряване на физическата активност при жени с менопаузална симптоматика е рентабилна от гледна точка на кардиореспираторен фитнес, чиста мускулна маса и спечелени QALY, като всички позитивни ефекти се получават при ниски разходи [176]. Изследователите считат, че могат да бъдат постигнати значителни икономии и позитивни ефекти за личното здраве, функционалната способност и работоспособността, ако увеличеното ниво на физическа активност се запази в продължителен период след края на съответната програма [176].

Проучване на Oliveira et al. показва, че 12-седмична програма със силови упражнения при постменопаузални жени води до подобрения в мускулната сила, благоприятни изменения в множество кардиометаболитни рискови фактори, редукция в обиколката на талията, общия холестерол, LDL, кръвна захар, базален инсулин и други [241].

Изследване на Rutanen et al. сочи, че 6-месечна програма с физическо натоварване при менопаузални жени има позитивни краткотрайни и дълготрайни ефекти върху работоспособността [275].

Дори продължителното стоене в изправена позиция подобрява качеството на живот и функционирането на постменопаузалните жени [83]. Стоенето прав се свързва с редукция на затлъстяване и подобряване на физическия статус [27].

#### **1.10.2. Влияние на физическата активност върху психичното функциониране**

Жените с ниско ниво на физическа активност по-често се оплакват от психологически симптоми в сравнение с активните си връстници, докато по-високото ниво на физическа активност и спазването на препоръчителни нива на такава през перименопаузата и постменопаузата могат да подобрят психологическото функциониране [218]. Физически неактивните жени имат статистически по-висок риск да страдат от депресия и тревожност отколкото активните жени с повече от 75 минути активни тренировки или повече от 150 минути умерени тренировки седмично [206]. Физическата активност през постменопаузата води до по-ниска степен на влошаване на когнитивното функциониране [15].

Изследвания доказват, че програма за физическо натоварване с аеробни и силови упражнения при менопаузални жени успешно води до редуциране на психологическите симптоми [8]. Шест месечна програма от аеробни упражнения с 75-80% от максималната сърдечна честота и калистеника 3 дни седмично за 55 минути значително редуцира

психологичната симптоматика, депресивни настроения, раздразнителността и тревожността [154]. Диета и физическа активност при постменопаузални жени под формата на 12-месечна програма доказано водят до подобрене в психическото здраве, намаление на депресивността, стреса и тревожността [136]. Жените, спазващи препоръките за физическа активност (повече от 7500 крачки вървене на ден) имат по-малко оплаквания от депресивна симптоматика в сравнение с неактивните жени [330]. Покриващите препоръчителната физическа активност имат също така като цяло по-ниска вероятност за развитие на депресивни симптоми [86]. Шест месечна програма с прогресивно аеробно и силово физическо натоварване води до подобрене на вече налични депресивна симптоматика и тревожност при постменопаузални жени, като се стабилизира и настроението [[118] [217]].

### **1.10.3. Влияние на физическата активност на вазомоторната симптоматика**

Хормоналната дисрегулация по време на перименопаузата води до стесняване на термонеутралната зона и увеличение на тежестта на вазомоторната симптоматика и безсънието, като физически тренировки могат да разширят термонеутралната зона и да подобрят сензитивността към температурни промени [26]. Аеробните и силови тренировки водят до значителна редукция на вазомоторната симптоматика при менопаузални жени [8]. Аеробни натоварвания могат да подобрят качеството на живот, да редуцират честотата на горещи вълни и да подобрят качеството на съня [206]. Аеробен спорт с продължителност от 50 минути 4 пъти седмично със сърдечна честота 64-80% от максималната, води до намаление на нощните изпотявания [217].

Резултати от проучване на Canario et al. сочат наличието на сигнификантна обратна връзка между физическата активност и горещи вълни [47]. Благоприятното въздействие се подкрепя и от данни на de

Azevedo et al., като след 12-седмично изследване на физическата активност при менопаузални жени най-малко горещи вълни се откриват в групата на най-активните участници [75].

Някои изследвания в областта на влиянието на физическата активност върху вазомоторната симптоматика стигат до противоречиви заключения. Тренировка с умерени по интензивност аеробни упражнения намаляват субективните съобщавани и обективно измерените горещи вълни, като обаче не се открива разлика при нощните изпотявания и честотата на нощни изпотявания [89]. В резултатите от проучване на Gibson et al. не се открива връзка между ежедневната физическа активност и горещите вълни, но по-висок ВМІ, повече депресивна симптоматика и тревожност се асоциират с по-високи нива на съобщаваните от пациентите горещи вълни [109].

Според резултатите от проучване на Tan et al не се намира разлика в съобщаваната честота за горещи вълни и нощни изпотявания сред групи с различно ниво на физическа натовареност [312].

За борбата с вазомоторната симптоматика се препоръчват поддържането на здравословно телесно тегло, избягване на пушенето и редовен спорт [292].

#### **1.10.4. Спорт и генитоуринарни симптоми**

В проучване на Audin et al. не се откриват различия в уринарната симптоматика при редовно спортуващи и неспортуващи менопаузални жени [24]. Противоположни са резултатите от изследване на Tan et al., откриващо ниско преобладаване на вагинална сухота при високо активни жени в сравнение с ниско и средно активни такива [312]. Проучване на Karacan et al. сочи за значителна редукция в уринарната симптоматика при менопаузални жени след 6-месечна програма с аеробни упражнения със 75-80% от максималната сърдечна честота и калистеника 3 дни седмично за 55

минути [154]. Физическата активност повлиява благоприятно уринарната инконтиненция, като при изследване на de Azevedo et al. най-ниски нива на уринарна инконтиненция се откриват при физически най-активните менопаузални жени [75].

#### **1.10.5. Спорт и качество на съня**

Менопаузални жени с висока физическа активност съобщават за по-добро качество на съня и по-малко среднощни събуждания [185]. Повисоките нива на спорт се асоциират с по-добро качество, продължителност и дълбочина на съня, както и по-ниска вероятност за диагностициране с инсомния [173]. Също така се откриват по-малко нарушения и по-добро качество на съня с увеличаване на дозите на физическо натоварване [174].

Sanagio et al. откриват сигнификантна обратна връзка между физическа активност и безсънието [47]. Значителна редукция в проблемите със съня при менопаузални жени са наблюдавани при програма с аеробни упражнения и калистеника 3 дни седмично за 55 минути [154]. Изследване на Mansikkamaki et al. открива по-добро качество на съня и по-малко нарушаващи спането горещи вълни при менопаузални жени, подложени на аеробни тренировки 4 пъти седмично по 50 минути и поне 2 разходки [207]. Подобрене в качеството на съня и симптомите на безсъние се установяват след програма с упражнения или йога при жени в менопауза [307].

#### **1.10.6. Йога**

Йогата оказва благоприятен ефект върху качеството на живот на менопаузални жени [145]. Дванадесет седмична програма с йога сигнификантно редуцира менопаузалната симптоматика [68]. Мета анализ на Cramer et al. установява умерени доказателства за краткосрочни ефекти от йога на психологичните симптоми през менопаузата, но не и за

подобрене на вазомоторните, соматичните, урогениталните симптоми [67]. Проучване на Reed et al., от друга страна, сочи за значимо подобрене във вазомоторната симптоматика, сексуалността и общата оценка по Menopausal Quality of Life Questionnaire (MENQOL) при практикуване на йога в сравнение с обичайна физическа активност [267].

### **Заклучение от прегледа на литературата:**

1. Менопаузата е универсален физиологичен процес, който е многоизмерен и свързан с множество физиологични, психологични и социални промени. Въпреки цялата характерна за пострепродуктивните години проблематика, менопаузата не трябва да бъде патологизирана, а да се разглежда реалистично и към нея да се подхожда по подходящия, научно доказан начин.

2. За пострепродуктивната възраст са характерни множество значими здравни проблеми и менопаузални симптоми, които повлияват негативно качеството на живот. С целенасочени усилия и подходящи здравни интервенции тяхното негативно влияние може да бъде редуцирано, а качеството на живот и здравното състояние подобрени.

3. Мнозинството жени не получават необходимата подготовка относно менопаузата и имат недостатъчни познания за да се справят самостоятелно с нея. Същевременно изследванията показват връзката между лошия начин на живот, менопаузалната симптоматика и различни здравни усложнения. Подходящи за тях са образователни програми в областта на менопаузата, здравословния начин на живот и други важни за пострепродуктивната възраст теми, тъй като техният позитивен ефект е широко известен и научно доказан.

4. Превенцията и профилактиката имат основна роля за редуциране на смъртността и подобряване на здравето, но участието на жените в съответните програми е незадоволително. От особено значение е да се

подобри обхватът и участието на жените в пострепродуктивна възраст в предвидените за тях профилактични мероприятия.

5. Жените в пострепродуктивна възраст използват при борбата със симптомите на менопаузата голямо разнообразие от натурални продукти и пособия от алтернативната медицина, като за тяхната ефективност научните изследвания показват противоречива информация. Необходими са повече проучвания в областта, за да се установят действието и страничните ефекти на масово използваните продукти и алтернативни терапии, които често не подлежат на същата строга регулация като лекарствените продукти и класически медицински методики.

## **ГЛАВА II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **2.1. 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.*

### **2.2. 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.*

### **2.3. РАБОТНИ ХИПОТЕЗИ**

1. Наднорменото тегло и затлъстяването са широко разпространени сред жените в пострепродуктивна възраст и оказват негативно влияние върху тяхното здраве.

2. Възрастта, образованието, здравната самооценка, менопаузалният статус и броят бременности повлияват развитието на хронични заболявания, честотата на поява на свързаните с менопаузата симптоми и ефекта им върху качеството на живот на жените в пострепродуктивния период.

3. Значителна част от жените в пострепродуктивна възраст нямат достатъчно информираност относно менопаузата. Здравните работници са желан, но малко използван източник на информация относно важни теми на здравето на жените в менопауза.

4. Много от жените в пострепродуктивна възраст се нуждаят от оптимизиране на хранителните практики и физическата активност.

5. Участието на жените в пострепродуктивна възраст в профилактични дейности е незадоволително, както за утвърдените методи на профилактика, така и за съвременните и малко познати нови методи.

6. Обучението на стажант-лекарите в областта на менопаузата не е оптимално и те желаят то да бъде подобро.

## **2.4. МЕТОДИКА**

### **2.4.1. 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.

### **2.4.2. Постановка на проучването, времева и териториална рамка**

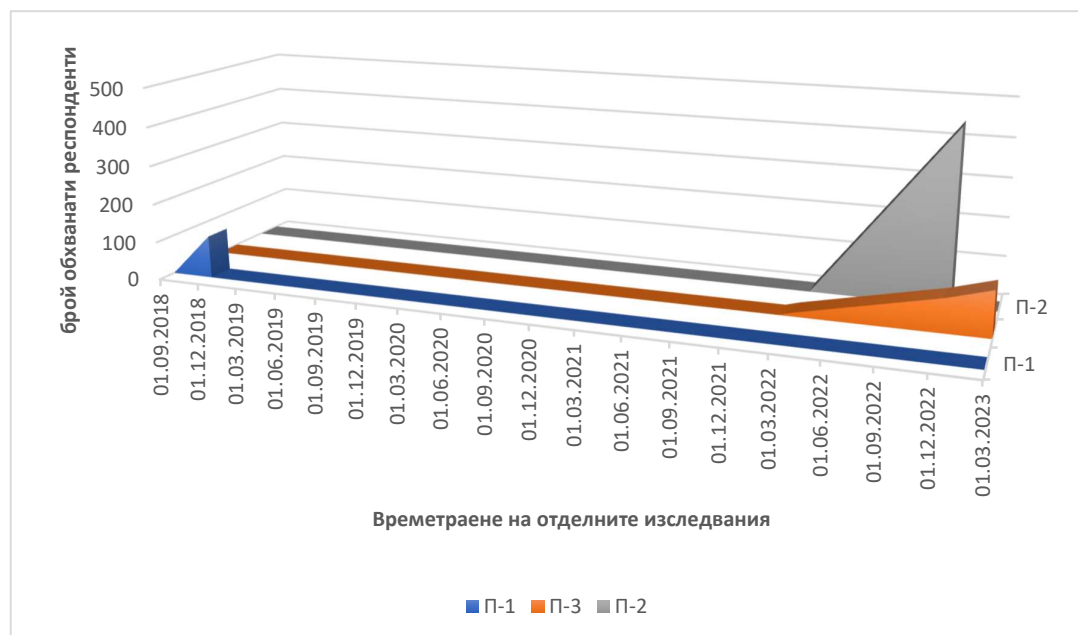
Проведено е комплексно социално-медицинско проучване, обхващащо три научни изследвания:

- Първото изследване (накратко занапред „П<sub>1</sub>“) 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 „П<sub>2</sub>“) изучава **знанията, схващанията и информираността на жените в пострепродуктивна възраст относно менопаузата, тяхното здравно поведение и участието им в профилактични дейности**.
- Третото изследване (занапред „П<sub>3</sub>“) **анализа информираността, отношението и мнението на стажант-лекарите 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** П<sub>1</sub> 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 П<sub>2</sub>** 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 в [Приложение 1].*

С цел да се анализира информираността, отношението и мнението на стажант-лекарите относно важни менопаузални теми проведохме онлайн-базирано анкетно проучване П<sub>3</sub>. 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-лекарите

#### **2.4.3. Методика на регистрацията на данните**

За да обхванем адекватно единиците на наблюдение в определение обем на проучването П<sub>1</sub> 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.

*Образец на анкетната карта е приложен към докторантурата в [Приложение 2].*

В Таблица 4 е представено накратко съдържанието на анкетната карта.

**Табл. 4. Съдържание на анкетна карта П<sub>1</sub>**

Номер на въпрос	Съдържание на въпрос
1-4	социално-демографски и антропометрични характеристики
5-8 и 12	Общи здравни въпроси
9-11, 13 20-24	обща гинекологична анамнеза
14 – 15	акушерската анамнеза
16-18	субективната оценка на респондентите за свързаното с менопауза качество на живот, отношението им към менопаузалните промени и информираността им за тях
19 и 25	сексуалната анамнеза
Таблица	оценка на честота и ефекта на множество свързани с менопаузата симптоми

Втората страница на въпросника започва с указания за оценка на честота и ефекта на множество свързани с менопаузата симптоми, които за по-добра прегледност и улеснение на респондентите сме представили в табличен вид. Представили сме най-важните според нас 27 симптоми от четирите основни менопаузални симптоматични области: вазомоторна, соматична, психична и урогенитална / сексуална симптоматика.

За да обхванем адекватно единиците на наблюдение в определения обем на основното проучване П<sub>2</sub> 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.

*Образец на анкетната карта е приложен към докторантурата в [Приложение 3].*

В Таблица 5 е представено съдържанието на анкетната карта.

**Табл. 5. Съдържание на анкетна карта П<sub>2</sub>**

Номер на въпрос	Съдържание на въпрос
1-4	социално-демографски и антропометрични характеристики
5,10-14 20-23	Общи здравни въпроси
6-9	обща гинекологична анамнеза
15-16	сексуална анамнеза
17-19	субективна оценка на респондентите за свързаното с менопауза качество на живот, отношението им към менопаузалните промени и информираността им за тях
24 табличен вид	извършване и желание за извършване на определени спортни дейности
25-28	спортни навици на респондентите
29-30 табличен вид	осведоменост на жените относно някои важни за менопаузата теми
31-32 табличен вид	източници на информация за менопаузата
33 табличен вид	хранителни навици
34 табличен вид	участие на анкетираните жени в различни важни профилактични дейности

Като най-подходящ метод на регистрация в проучването П<sub>3</sub> 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.

В Таблица 6 е представено накратно съдържанието на анкетната карта към проучването П<sub>3</sub>.

**Табл. 6. Съдържание на анкетна карта П<sub>3</sub>**

Номер на въпрос	Съдържание на въпрос
1	пол на анкетираните стажант-лекари
2	мнение относно поддържането и подобряването на здравето на жените в пострепродуктивна възраст в България
3	степен е засегнатост на темата за менопаузата при обучението
4	информираност за свързаните с менопаузата промени и оплаквания
5	промяна на качеството на живот при жените след настъпването на свързаните с менопаузата промени
6	важност на определени източници на информация за подобряване на здравните знания на жените в пострепродуктивна възраст.
7	мнение на стажант-лекарите за определени спортни дейности
8	важност на определени хранителни навици
9	важност на определени теми за здравето на жените в пострепродуктивна възраст
10	важност на определени изследвания за здравето на жените в пострепродуктивна възраст
11	кариера в област на медицинска специалност, която обгрижва жените в пострепродуктивна възраст
12	идеи за подобряване на здравето на жените в пострепродуктивна възраст

#### **2.4.4. 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 .

## ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ДИСКУСИЯ

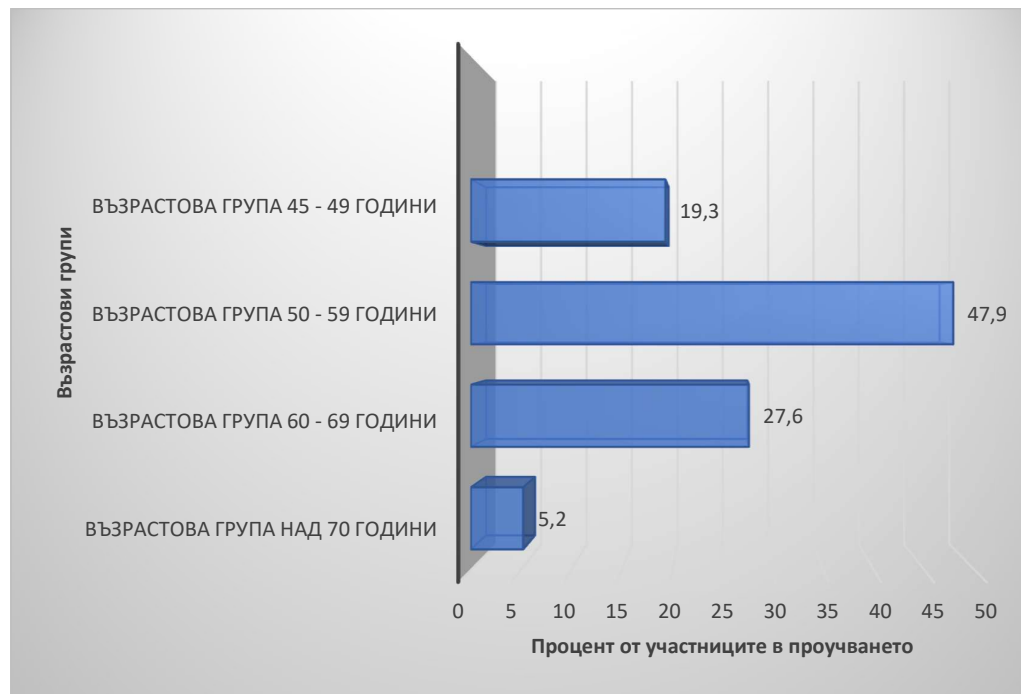
### 3.1. Демографски, социални и здравни характеристики на изследваните жени

В изпълнение на първа задача са представени резултати за основните характеристики на 465 жени, участвали в П<sub>2</sub>. Проучени са основни демографски и социални характеристики - разпределение по възраст, образование, семеен и социален статус. Направен е анализ на общия здравен статус на жените, проучени са и някои специфични гинекологични и акушерски характеристики.

#### 3.1.1. Демографски и социални характеристики

##### *Възраст*

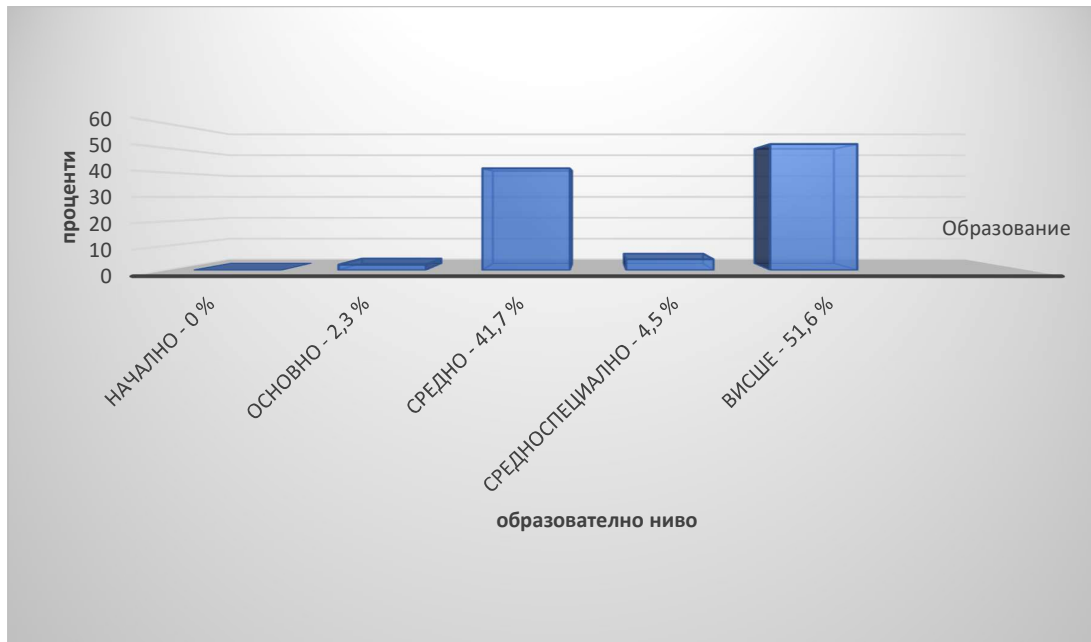
Средната възраст на жените, участвали в П<sub>2</sub> е  $56.63 \pm 8.00$  години (45 – 89 години). Възрастовото разпределение на изследваната група жени е представено на Фиг. 2.



**Фиг. 2. Възрастово разпределение на изследваните жени**

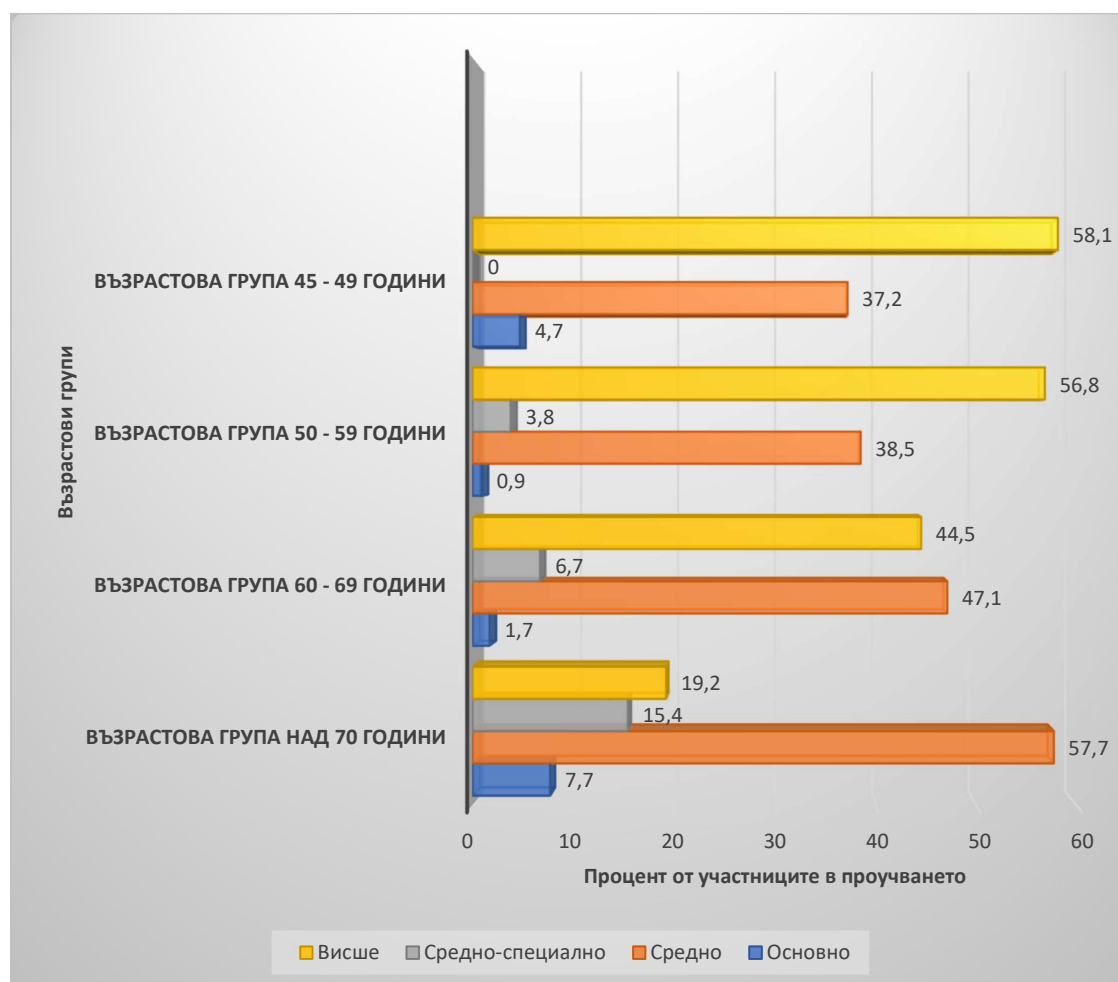
### **Образование**

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. При проведеното от нас анкетно проучване П<sub>2</sub> прави впечатление високият процент респонденти с висше образование, представляващи цели 51,6 %. Това се отличава съществено от относителния дял на лицата с висше образование (25,5%) в образователната структура на населението в страната по данни от НСИ за 2021 г. Данните от проведеното проучване са консистентни с тези от П<sub>1</sub>, проведено малко преди началото на пандемията от Ковид-19. Високото образователно ниво в голяма степен е причина за доброто ниво на отзоваване на поканата за участие в проучването, както и на анкетираните, както и високият относителен дял на пълно и адекватно попълнени анкетни карти.



**Фиг. 3. Разпределение на анкетираните жени по образователно ниво**

При проучване на връзката между възрастта и нивото на образование се установи наличие на сигнификантни различия в образователния статус на жените от различните възрастови групи ( $\chi^2 = 31.311$ ,  $p = 0,001$ ), като данните са илюстрирани на **Фиг. 4**. Впечатление прави относително по високият дял жени с основно образование на възраст над 70 години (7,7 %) в сравнение с другите възрастови групи. Интересно е да се отбележи, че дялът на жените със средно образование е сравнително по-висок в групите на жените в по-напреднала възраст. Противоположно е разпределението на жените с висше образование, като сравнително най-голям е дялът на жените на възраст между 45 и 49 години (58,1 %). При анализ на данните можем да направим извода, че дялът на жените с по-високо образователно ниво е относително по-голям в по-младите възрастови групи.



**Фиг. 4.** Разпределение на жените по възраст и ниво на образование

### ***Семеен статус***

Сред участниците в анкетното проучване П<sub>1</sub> преобладават омъжените жени, като те представляват 66% от всички анкетиращи. На второ място с 13.4% са овдовелите, последвани от разведените с 12.4%. Най-рядко сред респондентите се срещат неомъжените жени, представляващи само 8.2% от участниците в допитването. Това е очакван резултат, имайки предвид традиционно по-младата възраст за сключване на брак за първи път в нашата страна сред изследваната кохорта жени.

### ***Социален статус***

Мнозинството от анкетираните жени (92.6%) в проучването са посочили, че работят към дадения момент. Впечатление прави по-ниският от средния за страната дял на безработица сред респондентите, като само 2.1% от жените са посочили, че не са трудово заети. Сред анкетираните 5.3% са отговорили, че са пенсионирани.

#### **3.1.2. 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.

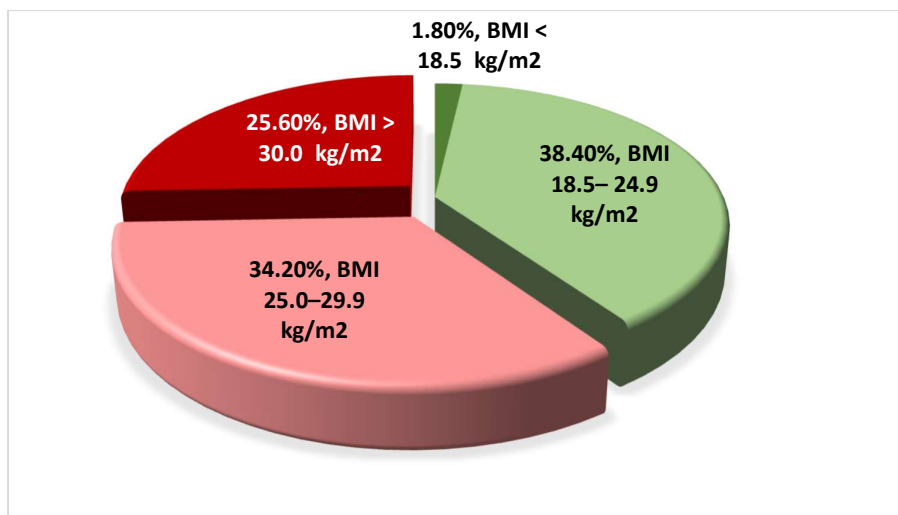
#### ***Ръст***

Средният ръст на изследваните жени в П<sub>2</sub> е  $163.14 \pm 8.361$  см (143 – 187 см), като той не се различава съществено от установения среден ръст на жените, включени в П<sub>1</sub> -  $164.28 \pm 6.73$  см (150 – 180 см).

#### ***Тегло и индекс на телесна маса (BMI)***

Средното тегло на обхванатите жени е  $71.69 \pm 14.85$  килограма (43 – 130 килограма), като то не се различава съществено от средното тегло на жените в П<sub>1</sub> -  $69.20 \pm 13.22$  килограма (40 – 100 килограма).

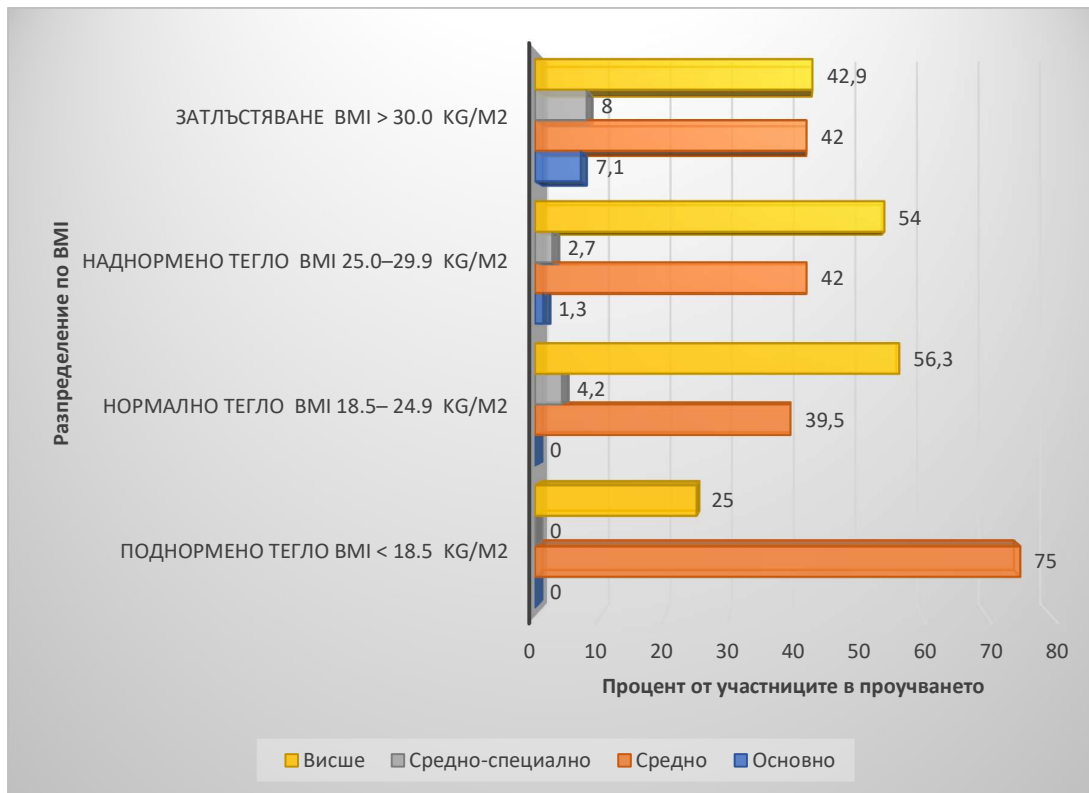
За всяка жена е изчислен индексът на телесна маса. Средният BMI жените е  $27.25 \pm 9.79 \text{ kg/m}^2$  ( $16.55 - 52.07 \text{ kg/m}^2$ ). В предходното проучване П<sub>1</sub> преди пандемията от Ковид-19 средният BMI на респондентите е значително по-нисък  $25.71 \pm 4.11 \text{ kg/m}^2$  ( $15.63 - 35.25 \text{ kg/m}^2$ ). Разпределение на жените по категории на BMI е представено на Фиг. 5. Близо две трети от жените са с наднормено тегло и затлъстяване.



**Фиг. 5. Разпределение на жените по индекс на телесната маса (BMI)**

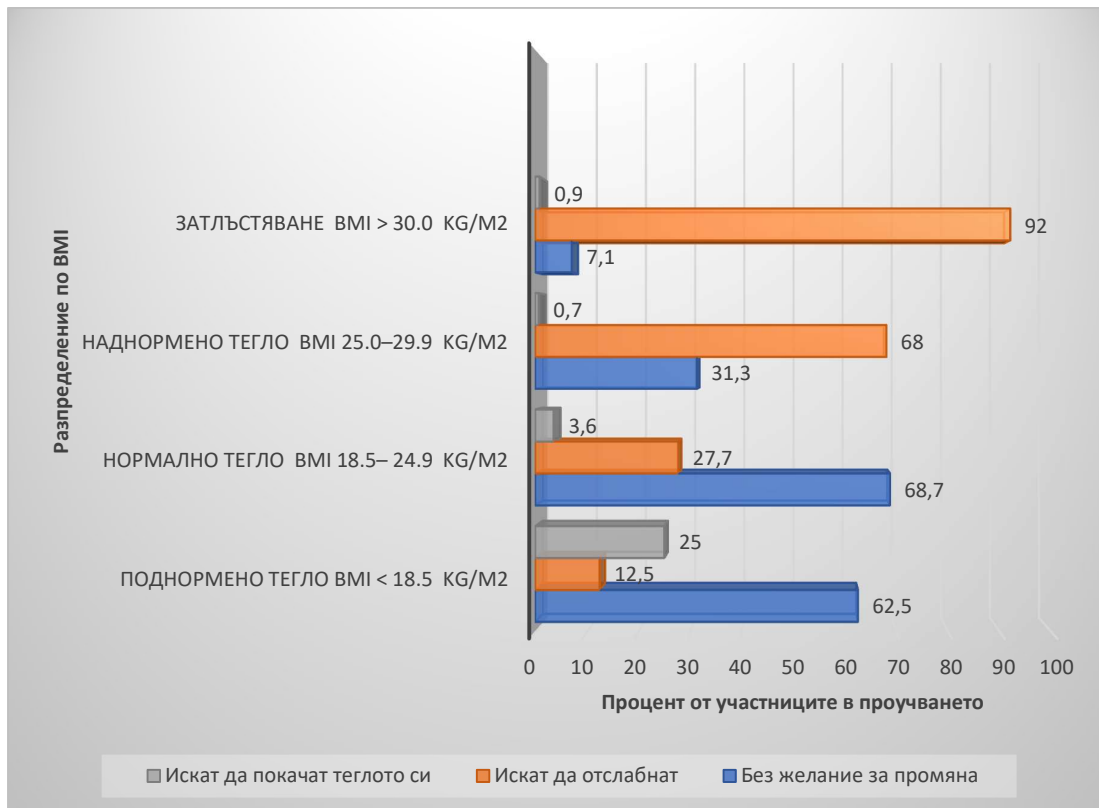
Обезпокоителен е фактът, че само 38,4% от анкетираните са с нормално тегло. Въпреки нарастването на теглото с увеличаване на възрастта, което е биологично обусловено, здравните рискове, с които затлъстяването е свързано, налагат да се проучат добре причините за наблюдаваното увеличаване и те да бъдат адресирани в комплексните програми за промоция на женското здраве в пострепродуктивна възраст.

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.6. Прави впечатление, че жените с основно образование са предимно в групите с наднормено тегло и затлъстяване.



**Фиг. 6. Разпределение на жените по BMI и ниво на образование**

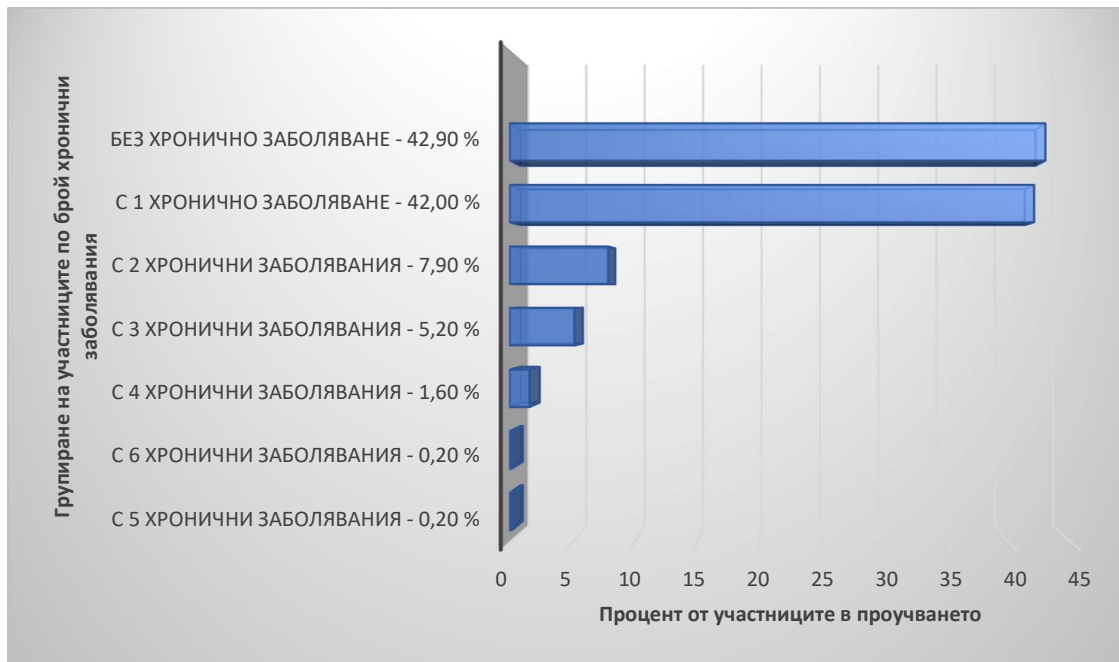
Наднорменото тегло и затлъстяването очевидно са осъзнавани от жените като потенциална заплаха за здравето, което се потвърждава от статистическата обвързаност на желанието за промяната на личното тегло с BMI ( $\chi^2 = 144,128$ ,  $p = 0,001$ ). Желание да редуцират теглото си имат 92% от жените със затлъстяване и 68 % от жените с наднормено, тегло, докато само 27.7 % от респондентите с нормално тегло изявяват подобно желание. Същевременно сред жените с тегло под нормата 25% искат да покачат телесната си маса, като сред жените с нормално тегло този дял е само 3.6 %. Данните са представени на **Фиг. 7**.



**Фиг. 7. Разпределение по ВМІ според желание за промяна на теглото**

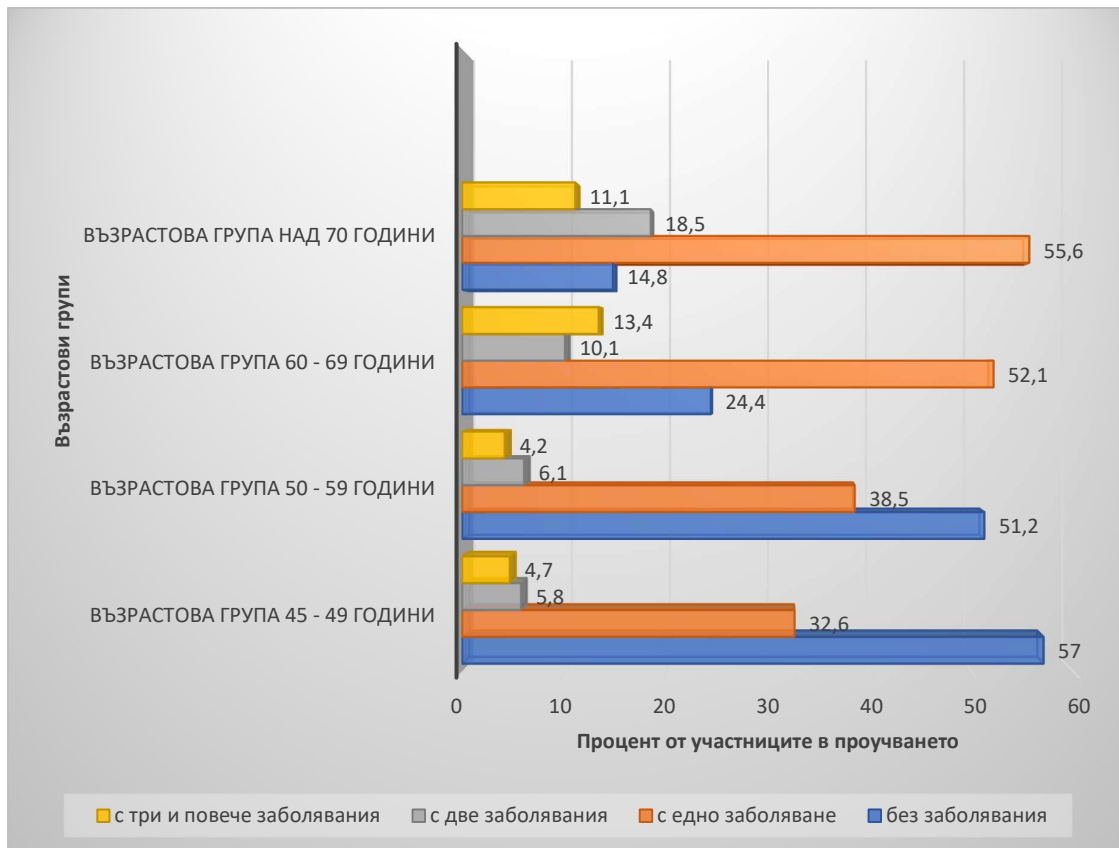
### **Хронични заболявания**

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. 8** е представено разпределението на хронични заболявания сред жените в проведеното проучване. Значителен дял (42,90 %) от тях не съобщават за наличие на хронични заболявания. Останалите 57,10 % от участниците в анкетата съобщават за едно или повече хронични заболявания. Полиморбидност с наличие на две или повече хронични заболявания се установява при 15,10 % от участничките в проучването.



**Фиг. 8. Разпределение на жените по наличие на хронични заболявания**

Делът на жените с хронични заболявания се увеличава с възрастта ( $\chi^2 = 54,299$ ,  $p = 0,001$ ). Наблюдава се ясен градиент на броя на хроничните заболявания с напредване на стареенето (Фиг. 9). В старшите възрастови групи нараства относителният дял на жените с три и повече заболявания, като в същото време намалява съществено делът на жените, които нямат хронични болести. Това отразява ефектите на биологичният процес на затихване на яйчниковата функция и отпадане на протективния ефект на естрогените, което за кратко време след началото на менопаузата повишава честотата на сърдечно-съдовите заболявания, затлъстяването, метаболитния синдром, захарния диабет, остеопорозата и остеоартрита, когнитивните нарушения и онкологичните болести. Тези заболявания могат да засегнат жените като единствена болест, но много по-често се явяват в коморбидни съчетания и определят относителния дял на групата с полиморбидност.

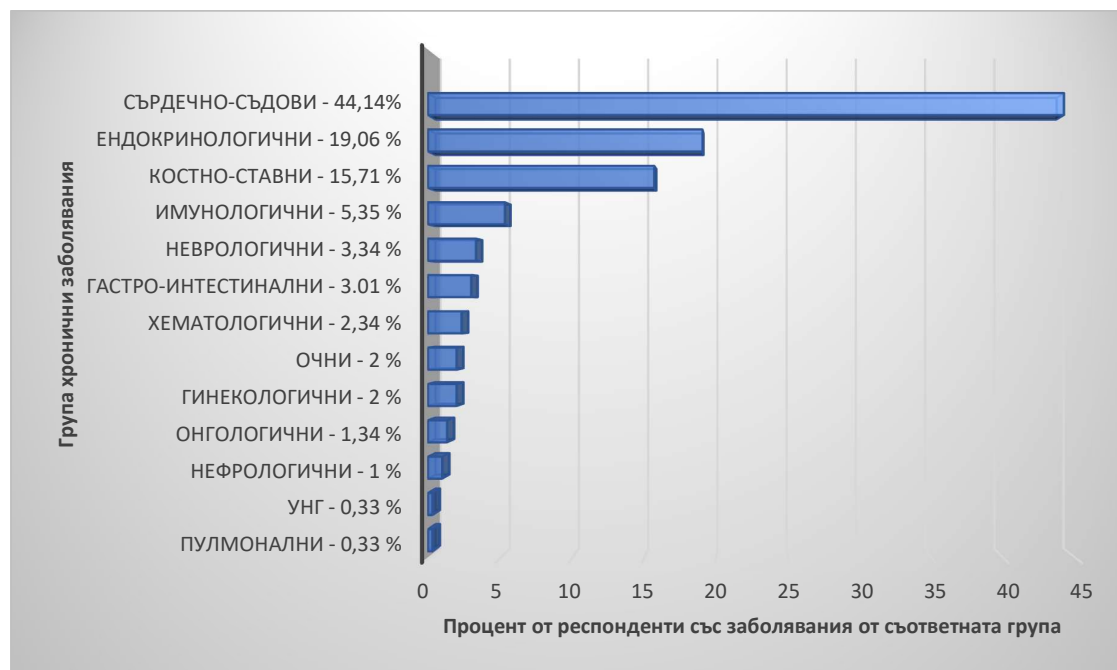


**Фиг. 9. Разпределение на брой заболявания по възраст**

**Фиг. 10.** представя разпределението на съобщаваните хронични заболявания сред жените по системи. Със значителна преднина пред останалите класове болести водещи са сърдечно-съдовите заболявания, следвани от ендокринологичните и костно-ставни заболявания. В предходното проучване П<sub>1</sub> 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

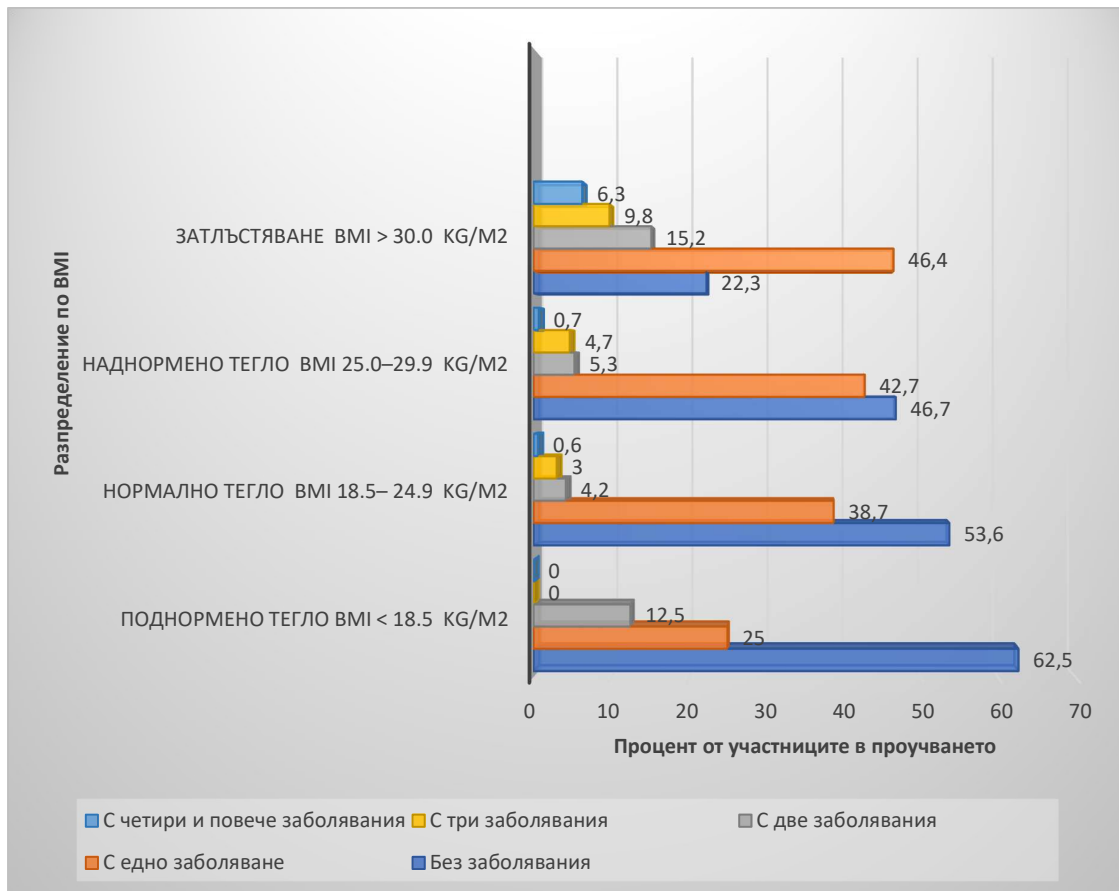
Когато изучаваме честотата на болестите по отделни нозологични единици артериалната хипертония е най-честа сред анкетираните жени. Захарният диабет и хипотиреозидизмът са най-разпространените ендокринологични нарушения сред участничките в проучването. Сред костно-ставните заболявания преобладават остеопорозата, остеопенията,

дисковите хернии и артрозите.



**Фиг. 10. Разпределение на хроничните заболявания по системи**

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. 11** 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 ВМІ 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.



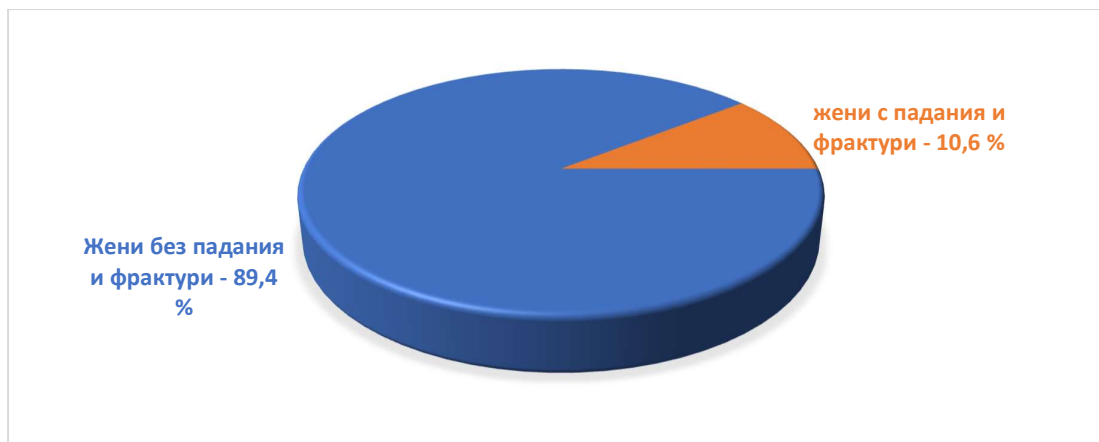
**Фиг. 11. Разпределение на жените по BMI и наличие на хронично заболяване**

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. 12** е представено разпределението на респондентите според наличието на падания и фрактура 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.



**Фиг. 12. Падания и фрактури след 45-годишна възраст**

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.

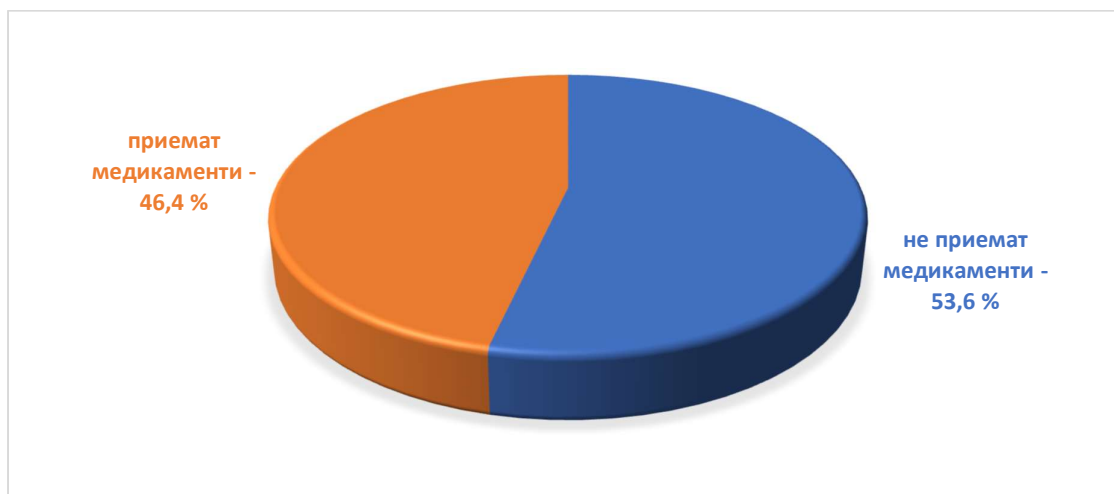
Статистическа значима разлика в BMI ( $\chi^2 = 12,847$ ,  $p = 0,005$ ) се открива сред жените, претърпели тежки падания или счупвания след 45-годишна възраст. Всяка шеста жена със затлъстяване и 13.3 % от жените с наднормено телесно тегло отговарят, че са имали подобни инциденти, докато в групите с нормално делът на тези жени е 4.8 %. Тези данни са в известно противоречие с широко разпространената препоръка жените да са с малко по-високо тегло в старостта, за да предотвратяват счупвания при падане. Поддържането на здравословно телесно тегло очевидно е важен

протективен фактор за падания и счупвания в пострепродуктивната възраст.

### ***Прием на медикаменти***

Наличието на хронични заболявания е свързано с редовната употреба на лекарствени средства. От всички респонденти близо половината 46,4 % приемат поне един медикамент, а 4,94 % от анкетираните жени приемат два или повече медикамента. **Фиг. 13** представя приема на медикаменти от участващите жени в П<sub>2</sub>.

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.



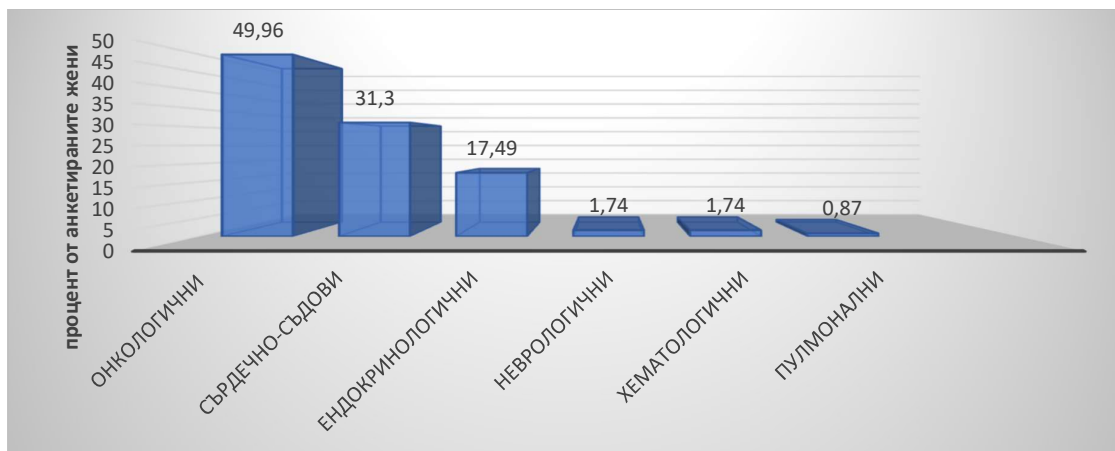
***Фиг. 13. Разпределение на жените по прием на медикаменти***

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 здравето състояние и нуждата от прием на медикаменти с покачване на телесната маса.

### ***Фамилна обремененост***

Фамилната предиспозиция за някои соматични заболявания е неразделна част от здравето състояние на жените. Сред участничките в П<sub>2</sub> 18,9 % споделят за фамилна анамнеза с наличие на сериозни хронични неинфекциозни заболявания сред роднините от първо коляно (**Фиг. 14**). В позитивната фамилна анамнеза преобладават онкологичните заболявания, следвани от сърдечно-съдовите и ендокринологичните болести.

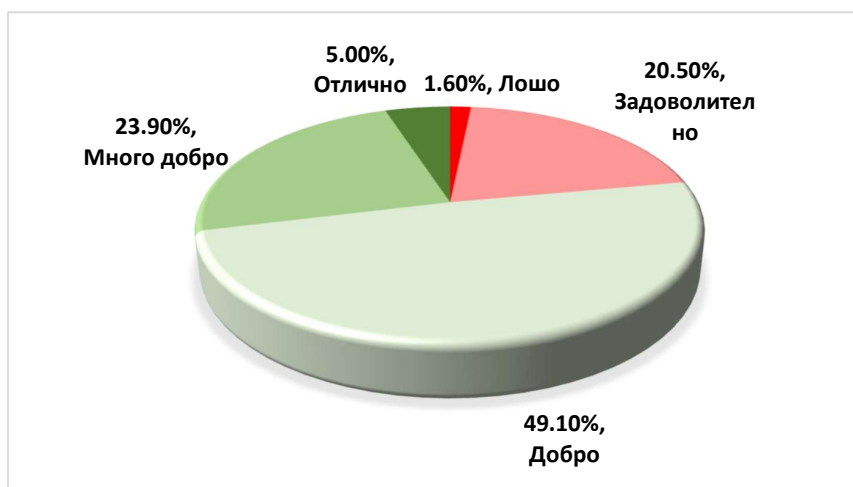


**Фиг. 14. Разпределение по наличие на заболявания във фамилната анамнеза**

Най-често съобщавани сред онкологичните болести са рак на дебело черво, рак на гърдата, малигноми на черен дроб, белодробен карцином и рак на кожата. От сърдечно-съдовите заболявания това са артериална хипертония, инсулт и инфаркт. Сред ендокринологичните болести убедително преобладава диабетът.

### ***Здравна самооценка***

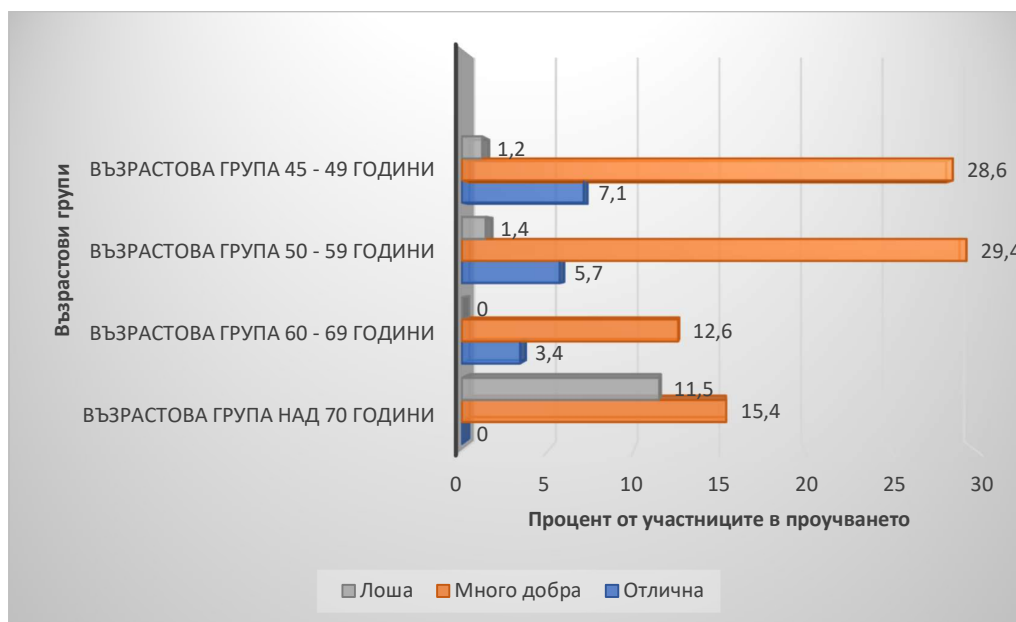
Здравната самооценка е важен субективен интегрален индикатор за здравето на жените, с доказан предиктивен ефект относно бъдещите здравни резултати. **Фиг. 15** представя данните от здравната самооценка на анкетираните жени



***Фиг. 15. 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. Като „много добро“ са преценили здравословното си състояние 23.9 % от респондентите, а 20.5 % са посочили отговор „задоволително“.

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. 16** е представено разпределението на жените с различна здравна самооценка по възрастови групи.



**Фиг. 16. 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 %).

### **3.1.3. Специфични гинекологични и акушерски характеристики**

За установяване на характеристиките, свързани с репродуктивното здраве в предходните периоди от живота на жените и състоянието в пострепродуктивната възраст, са проучени менструалната история и менопаузалния статус, акушерската анамнеза, сексуалната активност в пострепродуктивната възраст, приемът на хормонозаместителна терапия и приемът на контрацептиви.

#### **3.1.3.1. Менструална история и менопаузален статус**

##### ***Менархе***

Възрастта на началото на редовните менструални цикли има отношение, според редица автори, към началото на климактериума. Средната възраст на менархе сред жените в П<sub>2</sub> е  $13.75 \pm 2.91$  години (9 – 18 години). Получените резултати са почти идентични с данните за

участничките в  $\Pi_1$  -  $13.51 \pm 1.41$  години (11 – 18 години). Нашите резултати се различават от данните на проведено в България проучване от Tomova A. et al., което посочва възраст на менархе от  $11.96 \pm 0.75$  години при момичета, родени в периода 1994-2000 г. [351]. Разликите се дължат най-вероятно на процесите на акцелерация, с подраняване на началото на менструацията при съвременните кохорти от девойки.

### *Менопаузален статус*

Жените са класифицирани според менопаузалния статус по дефиницията на STRAW в 4 категории. Жените в категория 4 (съответстваща на ранния етап на преходната фаза, за които е характерна повишена променливост на продължителността на менструационните цикли) и категория 5 (съвпадаща с късния етап на преходната фаза, характеризираща се с 60 или повече дни аменорея) 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, който по дефиниция трае 5-8 години и представлява период на стабилизиране на високите нива на FSH и ниските стойности на естрадиол). В категория 7 (съвпадаща с късния етап на постменопауза, настъпващ след изтичането на пълни 8 години на аменорея) попадат 46.61% от респондентите.

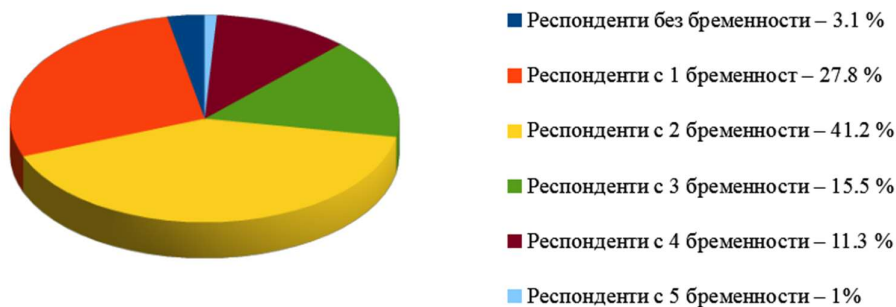
Средната възраст на настъпване на менопауза е  $48.08 \pm 5,52$  г. Тази възраст в  $\Pi_1$  е 49.37 години (32 – 58 години), като разликата в настъпването на менопаузата от 1.29 години между двете проучвания може да се обясни с различията в популациите от жени, сред които те са проведени. За сравнение интернационално проучване в 11 държави установява, че средната възраст за започване на менопаузата е 50 години [219].

### 3.1.3.2. Акушерска анамнеза

Репродуктивната история на жените е важен индикатор за естрогенната експозиция по време на фертилния период от женския жизнен цикъл и има отношение към редица характеристики на тяхното здраве в пострепродуктивния период. Затова в нашето проучване са изследвани броят раждания, видът на родоразрешението, спонтанните и индуцирани аборти-.

#### *Брой бременности*

Броят на бременностите по време на репродуктивния период се отразява на началото на менопаузата, като определя по-късно настъпване на прехода. **Фиг. 17** представя разпределението на жените по брой бременности в П<sub>1</sub>. Както се очаква, жените с 1 и 2 бременности представляват мнозинство (общо 69%), а тези без или с повече от 4 бременности са незначителна част (общо 4.1%). Това отговаря на трайната ориентация към малодетно семейство в страната и на установения модел на стеснено възпроизводства на българското население с интегрална плодовитост под 2.0.



**Фиг. 17. Разпределение на жените по брой бременности**

#### *Спонтанни раждания*

Близо половината (48.5%) от анкетираните жени съобщават за 2 спонтанни раждания през живота си, а 26.8% - за 1 спонтанно раждане. Не са имали нито едно спонтанно раждане 22.7% от жените. Изключително

нисък е делът (2.1%) на съобщаващите за 3 спонтанни раждания, като нито една анкетирана жена не е имала 4 или повече спонтанни раждания.

### ***Оперативни раждания – форцепс, вакуум екстракция и цезарово сечение***

Оперативно родоразрешение с прилагане на форцепс или вакуум екстракция на плода са преживели 4,1% от жените в П<sub>2</sub>. От тях 2.1% съобщават за едно оперативно раждане, а 1% - за 2 оперативни раждания в анамнезата си.

Прави впечатление niskият процент анкетирани, които са имали раждане чрез цезарово сечение -общо 21.6%, като 16.5% докладват за 1 секцио, а 5.2% са раждали 2 пъти със секцио. Тези данни отразяват акушерската практика през годините, когато тези жени са били във фертилна възраст и болшинството от ражданията с цезарово сечение са били наистина по медицински индикации.

### ***Спонтанни и индуцирани аборти***

Сред респондентите 77.3% съобщават, че нямат нито един спонтанен аборт в анамнезата си. Жените с 1 и 2 спонтанни аборта през живота си представляват съответно 16.5% и 5.2% от анкетираните. За три и повече спонтанни аборта докладват само 1% от участвалите в допитването респонденти.

За индуцирани аборти по желание съобщават само 11,3% от жените. Тази цифра изглежда доста малка, като се има предвид високата честота на нежелани бременности в периода на фертилната възраст на изследваните кохорти, основно поради липсата и ограничения достъп до контрацептиви. Жените с един аборт по желание представляват 8.2% сред всички участници в проучването, а тези с 2 аборта са 3.1% от анкетираните жени. Възможно е високото ниво на образование на жените в извадката да е причина за установените от нас

### **3.1.3.3. 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 ( $\chi^2 = 83,014$ ,  $p= 0,001$ ).

### ***Контрацепция в перименопаузата и късната пременопауза***

Болшинството от жените, участващи в проучването - 88,89% не използват контрацепция. Довод в подкрепа на използването на контрацептиви в този преходен за фертилността етап са повишеният риск от хромозомни аберации и свързани с бременността компликации при по-възрастните майки. През този период жените се нуждаят от контрацепция, за да бъде избегната нежелана бременност, като подходящ метод трябва да бъде избран от съответния личен гинеколог.

### **3.1.3.4. 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.

Честотата на употреба на ХЗТ варира в много широки граници според отделните автори в зависимост от различните години и популации, където са били проведени проучванията. Изследване на Cheng Ming-Huei et al. в Тайван показва, че 14% процента от жените на възраст 40-54 използват ХЗТ [59]. Съвсем различни са докладваните проценти в проучване на Nagata et al. в Япония, където само 2.5% от женското население на възраст 45-64 години са използвали ХЗТ [225]. Резултати от проучване на Gartoulla et al. сочат, че 12.18% от жените между 40 и 65-годишна възраст използват ХЗТ [104]. Подобни са и резултатите от изследване на Peng et al, при което 12% от жените на възраст 59-64 години използват ХЗТ [251].

Като причина за неизползване на ХЗТ респондентите дават разнообразни отговори. Част от жените заявяват, че се чувстват добре и не изпитват нужда да използват подобна терапия. Някои считат, че менопаузата и свързаната с нея симптоматика са неразделна част от живота и остаряването, и предпочитат естествения ход на събитията. Други не се доверяват на ХЗТ, защото са срещали лоши отзиви сред приятелки или в интернет и считат, че хормоните са вредни и изпитват страх от подобно лечение. На някои жени ХЗТ не им е била препоръчана от лекуващите лекари. При други подобна ХЗТ не е била препоръчителна поради онкологично, друго хормонално зависимо заболяване или алергични реакции. Няколко жени споделят, че са използвали ХЗТ, но е им е помогнала или са имали странични ефекти от лечението и са го прекратили. Малка част не използват ХЗТ поради финансови причини.

### **3.2. Резултати и дискусия относно менопаузални симптоми при жените в пострепродуктивна възраст**

Широко известен факт е, че с настъпването на менопаузалния преход и характерните за него колебания в хормоналните нива могат възникнат

множество оплаквания. При отделните индивиди тази симптоматика варира значително по характер, честота и ефект върху качеството на живот.

### 3.2.1. 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. В анкетата „П1“ този домейн е представен от симптомите „усещане за горещи вълни по тялото“ и „обилно нощно потене“, като процентното им разпределение по честота на поява е представено в **Табл. 7**.

**Табл. 7. Честота на изява на вазомоторната симптоматика при изследваните жени (в%)**

Симптом	Никога	Еднократно	< 1 седмично	1 седмично	1 път дневно	Постоянно
Усещане за „горещи вълни“ по тялото	25,8	16,5	17,5	17,5	10,3	12,4
Обилно нощно потене	39,6	20,8	15,6	11,5	2,1	10,4

**Горещите вълни** са най-широко известният менопаузален симптом. Те са се появявали поне веднъж при 74.2% от анкетиранияте 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.

Поради съчетанието от висока честота и силен ефект върху качеството на живот горещите вълни трябва да бъдат задължителен елемент при снемането на анамнеза от жените на средна възраст. При правилен подход в диагностицирането и лечението на този симптом от страна на здравните специалисти качеството на живот на голям процент жени би могло да бъде подобро.

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.

Получените от нас резултати за честотата на проява на вазомоторна симптоматика (74.2% за горещи вълни и 60.4% за обилно нощно потене) е по-висока от средната за света честота на вазомоторни симптоми, получена при анализ на множество изследвания (57% от жените на възраст 40-64 години) [202]. Обяснение на този факт могат да бъдат различия в използваните методологии и класификации, като например различният възрастов диапазон на обхванатите в проучванията жени. Това обяснение е много вероятно, поради по-ниската честота на вазомоторна симптоматика при по-млади пре- и перименопаузални жени. Друго възможно обяснение биха били различия в използването на ХЗТ в съответните изследвани популации.

### **3.2.2. Соматични симптоми**

Множеството неблагоприятни физически промени през периода на

менопаузален преход могат да повлияят в значителна степен качеството на живот на засегнатите жени. Сред многобройните симптоми на соматичния домейн подбрахме следните за включване в проучването: По-тежка от обикновено умора, Сърбежи по кожата, Нововъзникнало окосмяване в областта на лицето, Болки и схванатост в ставите и мускулите, Силни главоболия, Наддаване на тегло, Усещане за прескачане на сърцето. Процентното им разпределение по честота на поява и ефект върху качеството на живот сред анкетираните жени е представено в **Табл. 8**.

**Табл. 8. Честота на соматичната симптоматика (в%)**

Симптом	Никога	Еднократно	< 1 седмично	1 седмично	> 1 път дневно	Постоянно
По-тежка от обикновено умора	20.3	18.9	18.9	27.0	5.4	9.5
Болки и схванатост в ставите и мускулите	13.5	26.0	22.9	19.8	5.2	12.5
Наддаване на тегло	22.7	29.5	15.9	2.3	2.3	27.3
Силни главоболия	29.2	33.3	16.7	10.4	5.2	5.2
Усещане за прескачане на сърцето	24.0	29.2	29.2	7.3	6.3	4.2
Сърбежи по кожата	38.2	23.6	15.7	14.	7.9	0
Нововъзникнало окосмяване в областта на лицето	61.3	11.8	18.3	2.2	2.2	4.3

Един от най-разпространените соматични симптоми през менопаузалните години е **физическата умора**. В литературата като най-често срещани (в около 93% от менопаузалните жени) се отбелязват усещане за умора, намаляване на физическата сила и липса на енергия

[157]. 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 пери-/пременопаузалните 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 ( $\chi^2 = 20,351$ ,  $p = 0,026$ ).

**Болките и схванатостта в ставите и мускулите** са други много чести при жените в средна възраст симптоми, като честотата им в различните популации според отделните автори варира значително. Резултатите от анализ на множество изследвания показват, че симптом на дискомфорт, свързан с мускулна или ставна болка, е отбелязан при 62% от жените от 40 до 64 години в света [202].

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. Широко известен факт е, че **наднорменото тегло** е рисков фактор и корелира с множество заболявания: диабет II тип, високо кръвно

налягане, инсулт, миокарден инфаркт и други сърдечно-съдови заболявания, множество онкологични заболявания, сънна апнея, остеоартрит, чернодробни заболявания, бъбречни компликации, депресивни състояния и много други. По този начин наддаването на тегло може да влоши качеството на живот, както пряко с редуциране на моторната функция и значително понижаване на самочувствието, така и косвено чрез участието си в различните механизми на развитие на многобройни заболявания.

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“.

### ***3.2.3. Психологични и психосоциални симптоми***

Сред многобройните симптоми в този домейн в проведеното проучване са засегнати някои от най-подходящите, по наше мнение, от тях: Проблеми със съня: трудно заспиване, ранно събуждане или будения през нощта, Проблеми с концентрацията, Лоша памет, Раздразнителност, Тревожност, Депресивни настроения, Често и бързо променящи се настроения. Процентното им разпределение по честота сред респондентите е представено в **Табл. 9**.

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 ( $\chi^2 = 24,129$ ,  $p = 0,002$ ).

Научните изследвания доказват, че рискът от депресивни разстройства се увеличава в перименопаузалния период и намалява в постменопаузата. Анализът на множество изследвания по темата показва, че около 55% от жените на възраст 40-64 години в света съобщават за депресивни разстройства [202].

**Табл. 9. Честота на изява на психологичните и психосоциални симптоми при изследваните жени (в%)**

Симптом	Никога	Еднократно	< 1 седмично	1 седмично	> 1 път дневно	Постоянно
Депресивни настроения	36.1	30.9	18.6	8.2	4.1	2.1
Проблеми със съня	17.5	22.7	18.6	20.6	4.1	16.5
Проблеми с концентрацията	40.3	26.0	13.0	13.0	5.2	2.6
Лоша памет	26.0	39.6	14.6	10.4	7.3	2.1
Раздразнителност	20.8	24.0	28.1	17.7	6.3	3.1
Тревожност	15.8	25.3	24.2	22.1	6.3	6.3
Често и бързо променящи се настроения	34.0	31.9	11.7	16.0	3.2	3.2

**Нарушенията на съня** са друг изключително разпространен сред жените в пост-репродуктивна възраст симптом, като 50% от жените на възраст 40-64 години в света съобщават за подобни нарушения [202]. За Европа посочената честота е по-висока и достига 73% [202]. 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“.

#### **3.2.4. Урогенитални и сексуални симптоми**

Урогениталните и сексуални симптоми имат тенденцията да прогресират с възрастта дори след настъпването на постменопаузата и могат да повлияят значително на качеството на живот. Този домейн в анкетата е представен от следните симптоми: Неконтролируемо изпускане на фекалии или газове, Неконтролируемо изпускане на урина при закашляне или физическо натоварване, Неконтролируемо изпускане на урина при позив за уриниране, Чести инфекции на пикочните пътища, Чести вагинални инфекции, Чувство за натиск или усещане за чуждо тяло във влагалището, Усещане за сухота във влагалището, Болка и неприятни усещания при полов контакт, Загуба на интерес към сексуална активност, Намалена задоволеност от сексуалния живот. Процентното им разпределение по честота на поява и ефект върху качеството на живот сред респондентите е представено в **Табл. 10**.

**Табл. 10. Честота на изява на урогениталните и сексуални симптоми при изследваните жени (в%)**

Симптом	Никога	Еднократно	< 1 седмично	1 седмично	1 път дневно	Постоянно
Неконтролируемо изпускане на урина при закашляне	69.6	22.8	3.3	3.3	0	1.1
Неконтролируемо изпускане на урина при позив за уриниране	81.1	12.2	4.4	1.1	0	1.1
Неконтролируемо изпускане на фекалии или газове	68.4	23.2	5.3	0	2.1	1.1
Чести инфекции на пикочните пътища	67.9	20.2	7.1	3.6	0	1.2
Чести вагинални инфекции	58.7	31.5	4.3	3.3	1.1	1.1
Чувство за натиск или усещане за чуждо тяло във влагалището	84.8	12.0	2.2	1.1	0	0
Усещане за сухота във влагалището	66.3	15.1	8.1	3.5	1.2	5.8
Болка и неприятни усещания при полов контакт	65.6	22.2	7.8	1.1	0	3.3
Загуба на интерес към сексуална активност	46.7	25.0	7.6	5.4	2.2	13.0
Намалена задоволеност от сексуалния живот	65.9	18.2	5.7	1.1	1.1	8.0

Много жени в пост-репродуктивна възраст, а дори и по-млади пременопаузални такива, страдат от неконтролируема загуба на урина, като индивидите от женски пол са засегнати от уринарна инконтиненция две

пъти по-често от мъжете [229]. Това се дължи основно на спецификата на женския уринарен тракт, бременности, раждания и влиянието на менопаузата. Уринарната инконтиненция може да се причини по различни механизми, като два основни подвида инконтиненция са засегнати в нашето проучване: стрес инконтиненция (Stress Incontinence) и императивна уринарна инконтиненция (Urge Incontinence). Стрес инконтиненцията е свързана с физическо усилие (кашляне, смях, кихане и др.) и увеличено налягане върху пикочния мехур, което води до неконтролируема загуба на урина. Императивната уринарна инконтиненция корелира с непреодолимата нужда от уриниране и причиняващи спазъм на пикочния мехур аномални контракции.

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%.

Епидемиологичните проучвания разкриват, че разпространението на уринарната инконтиненция при жените варира в широки граници от 14,1% до 68,8%, като се среща по-често с напредване на възрастта [53]. Според друго проучване уринарната инконтиненция се среща при между 12% и 47% от жените на средна възраст и между 17% и 55% от по-възрастните жени, като при 3-17% инконтиненцията е ежедневна [320].

**Фекалната инконтиненция** е често срещано явление, засягащо до 15% от възрастните индивиди, като ес по-висока честота сред жените отколкото сред мъжете [170]. Тя може да повлияе значително на качеството на живот и да доведе до социална изолация. Въпреки че в повечето случаи фекалната инконтиненция не е пряко следствие на намаляващите нива на женски полови хормони, при жените тя често е следствие от родова травма

и / или десцензус симптоматика (ректоцеле). Поради спецификата на това състояние, тенденцията да не бъде съобщавано от пациентите от срам и значителния ефект върху качеството на живот решихме то да бъде включено към въпросите в анкетната карта.

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 ( $\chi^2 = 16,184, p= 0,040$ ).

**Инфекциите на пикочните пътища** зачестяват с прогресирането на анатомичните (уретроцеле, цистоцеле) и функционалните (нарушено микционирание, образуване на резидуална урина, инконтиненция) изменения, както и под комплексното влияние на полиморбидността (особено при диабетици) и хипоестрогенното състояние на менопаузата. Епидемиологичните проучвания сочат, че 15% до 20% от жените на 65-70 годишна възраст имат бактериурия [264]. 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 ( $\chi^2 = 16,866$  ,  $p = 0,032$ ).

Ниските нива на естрогени при жените в пострепродуктивна възраст водят до изтъняване на вагиналния епител и нарушаване на физиологичния ацидитет с покачване на рН, което от своя страна може да предизвика растежа на аномална вагинална флора и развитие на инфекции [184]. При изследване на Lakshmi et al. количеството на лактобацили е било по-ниско при постменопаузални жени в сравнение с пременопаузалните, като *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* and *Bacteroides sp.* са били най-разпространените патогени [184]. 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 уrogenиталната 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% ( $\chi^2 = 20,237$ ,  $p = 0,027$ ).

Въпреки че висок процент от жените в пострепродуктивна възраст остават сексуално активни, много от тях изпитват различни свързани със сексуалността симптоми. Честотата на сексуалната симптоматика при жени в постменопауза достига ниво между 68% и 86,5% в зависимост от културни, религиозни, етнически и индивидуални различия [13]. Други автори посочват, че приблизително 60% от жените на възраст 40-64 години в света съобщават за сексуални дисфункции [202]. В проучване на Leiblum et al. слабото либидо е най-честият сексуален проблем, като жени на възраст 45-64 години са докладвали повече сексуални дисфункции в сравнение с по-млади жени и такива над 65-годишна възраст [192].

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.

### **3.3. Анализ на знанията, убежденията и разбиранията относно менопаузата**

Познанията на жените относно менопаузата, стратегиите за справяне с нежеланите промени, подходящите хранителни и двигателни режими са от първостепенно значение за изживяването на старините в добро здраве. Убежденията и разбиранията относно менопаузата ще са до голяма степен

пречупени през призмата на познанията на жените и тяхната специфична житейска ситуация. Само чрез опознаване на начина на мислене на жените, на техните схващания и желания, би било възможно оптимизирането на грижата за тях.

### 3.3.1. 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. Резултати от проучванията показват, че отношението на жените в развитите страни към менопаузата като цяло е положително и около една трета от тях считат менопаузата за нормална физиологична промяна [215]. В проучване от Ande et al. се съобщава, че 98,4% от жените в Нигерия възприемат менопаузата като нормално събитие, докато само 2,6% гледат на нея като на заболяване [14]. На **Фиг. 18** са представени данните за самооценката на свързаната с менопаузата промяната в качеството на живот на анкетираните жени в П<sub>2</sub>.



**Фиг. 18.** 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. Можем да се направи извод, че множеството биологични и психосоциални менопаузални промени се приемат по-скоро негативно отколкото позитивно от много повече жени. Бихме могли да предположим, че промените в менопаузата се приемат позитивно от тези жени, при които ползите от новопридобитите свободи (пенсиониране, повече свободно време за любимите хора и хобита, завършено семейно планиране и липсвата на риск от нежелани бременности) надхвърлят негативите на менопаузалната симптоматика.

Делът на жените с по-лошо качеството 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 качеството 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.

### **3.3.2. 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. 19** предоставя информация за процентното разпределение на отговорите на анкетираните жени относно отношението им към свързаните с менопаузата промени в  $P_2$ .

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 П<sub>1</sub>, 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.

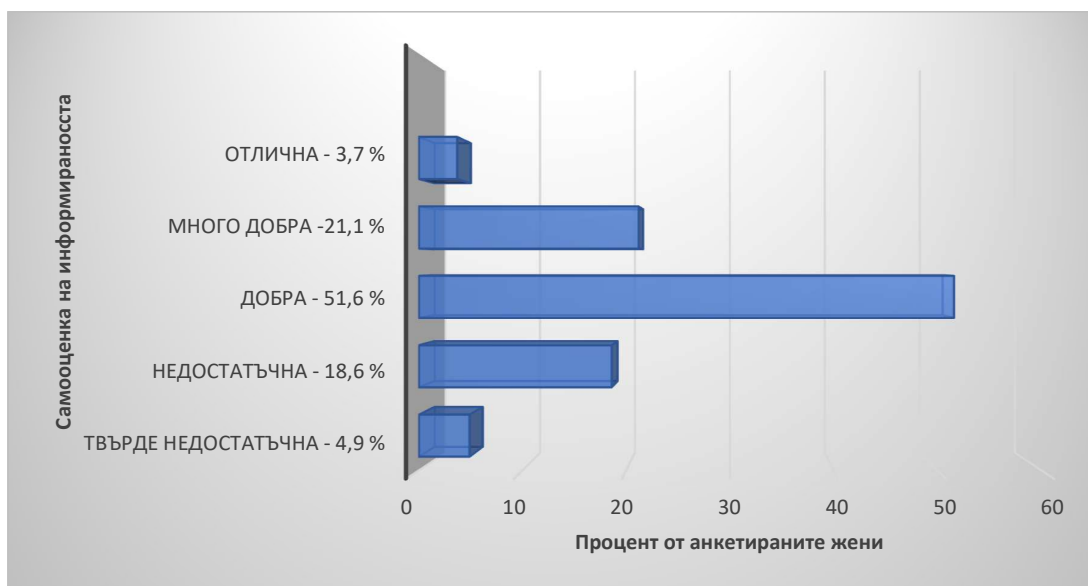


**Фиг. 19.** *Отношение на анкетираните жени към менопаузалните промени*

### **3.3.3. Самооценка на информираността относно свързаните с менопаузата промени и оплаквания**

На **Фиг. 20** са представени данните за самооценката на анкетираните жени относно информираността им за свързаните с менопаузата промени и оплаквания.

Важно е да се отбележи, че висок дял от респонденти дават позитивна самооценка на информираността си. Въпреки това усилията на здравните специалисти трябва да се концентрират в посока подобряване на познанието на жените относно менопаузата. Основен аргумент в подкрепа на това твърдение е, че тази „самооценка на информираността“ е субективна и едно сериозно разминаване между реалната компетенция на респондентите с техните представи е абсолютно възможно. Друг важен довод са не малката част анкетираните жени, които открито заявяват своята слаба информираност във връзка с менопаузалните промени и оплаквания. Почти идентични са резултатите от П<sub>1</sub>, при което 47.8% от респондентите посочват като оценка на информираността си „добра“, 26.7% „много добра“ и 5.7% „отлична“, 17.8% „недостатъчна“ и 2.2% „твърде недостатъчна“. На фона на дейностите за промоция на здравето и за подобряване на качеството на живот в менопаузата, неудовлетворените от своите познания жени трябва да станат таргетна група за целенасочена здравна дейност.

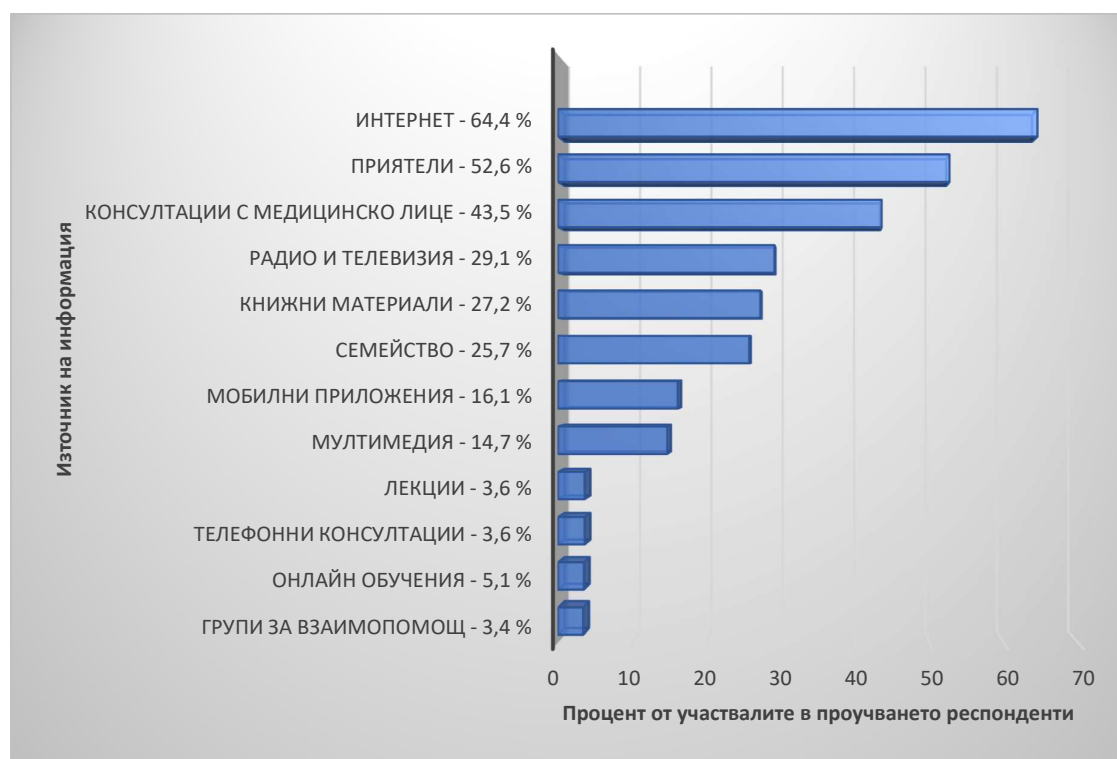


**Фиг. 20. Самооценка на информираността относно менопаузалните промени**

### 3.3.4. Източници на информация относно менопаузата

Липсата на достъп до подходящи познания и противоречивата информация могат да бъдат сериозно предизвикателство за жените в пострепродуктивна възраст [127]. На **Фиг. 21** е показано разпределението на източниците на информация относно менопаузата на участвалите в проучването „П-2“ респонденти.

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. Най-рядко използваният източник на информация относно менопаузата са групите за взаимопомощ, като онлайн обученията и телефонните консултации също не са популярни сред респондентите в проучването.



**Фиг. 21. Използвани източници на информация относно менопаузата**

**Фиг. 22** илюстрира източниците на информация относно менопаузата, които участвалите в проучването респонденти биха използвали.



**Фиг. 22. Източници на информация относно менопаузата, които респондентите биха използвали**

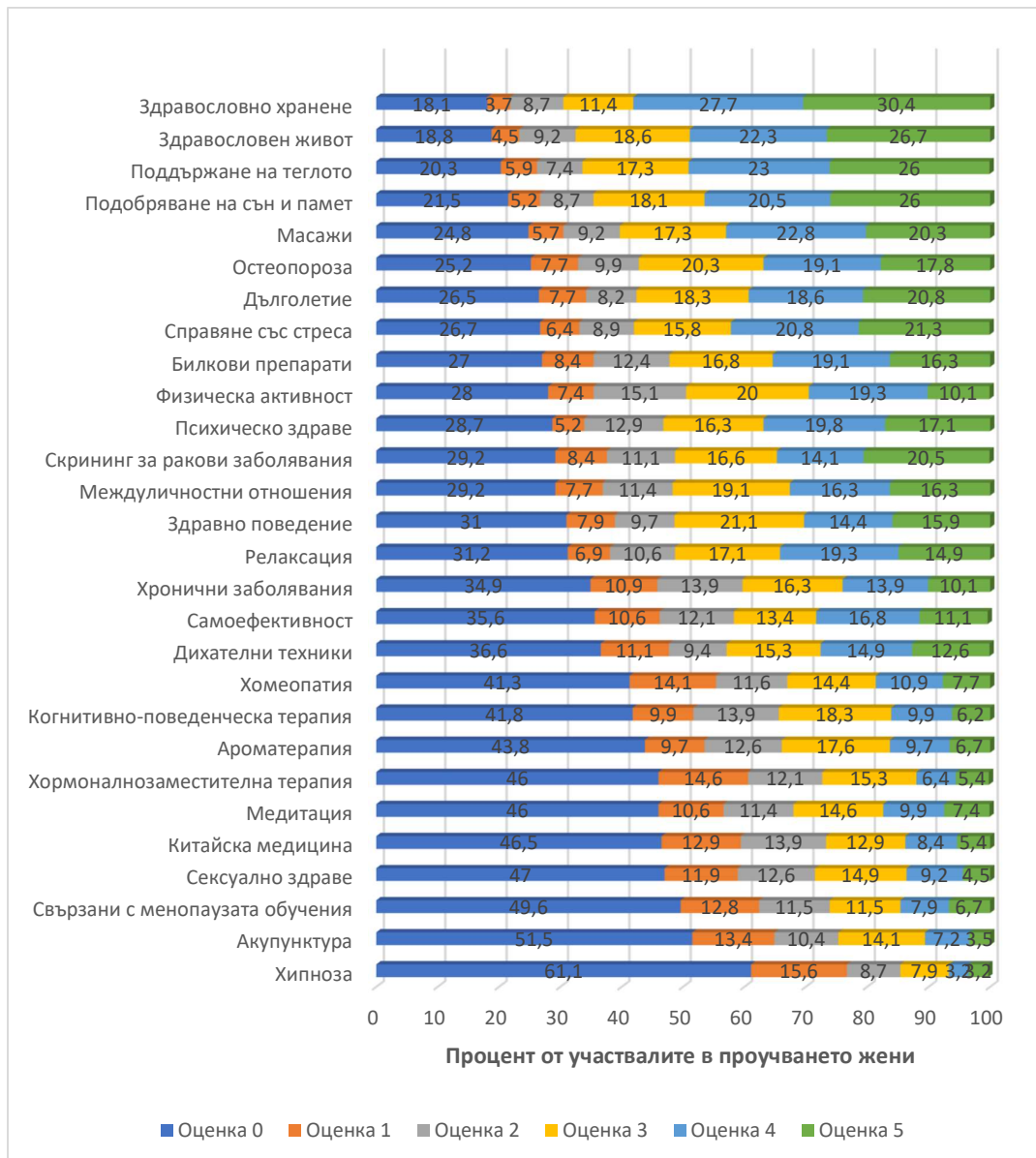
Интернет се запазва като най-желан източник на информация сред респондентите. Впечатление прави големият дял участници в проучването, които биха се консултирали с медицински лица и биха използвали писмени материали. Това показва нуждата от подобряването на достъпа до медицински специалисти, както и изготвянето и разпространението на писмени материали с информация в областта на менопаузата. Близко двойно повече жените заявяват, че биха използвали групи за взаимопомощ, отколкото използващите ги към дадения момент. Също близо два пъти повече жени имат интерес от лекционни обучения в сравнение с актуално използващите такива.

### **3.3.5. Здравно-образователни теми, от които жените в пострепродуктивна възраст се интересуват**

На **Фиг. 23** са представени данните от заинтересоваността на участниците в П<sub>2</sub> да получат повече информация относно актуални за пострепродуктивната възраст теми. Най-ниската възможна оценка е 0 при липса на интерес, а най-високата е 5, ако жените задължително желаят да бъдат информирани по дадената тема.

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.

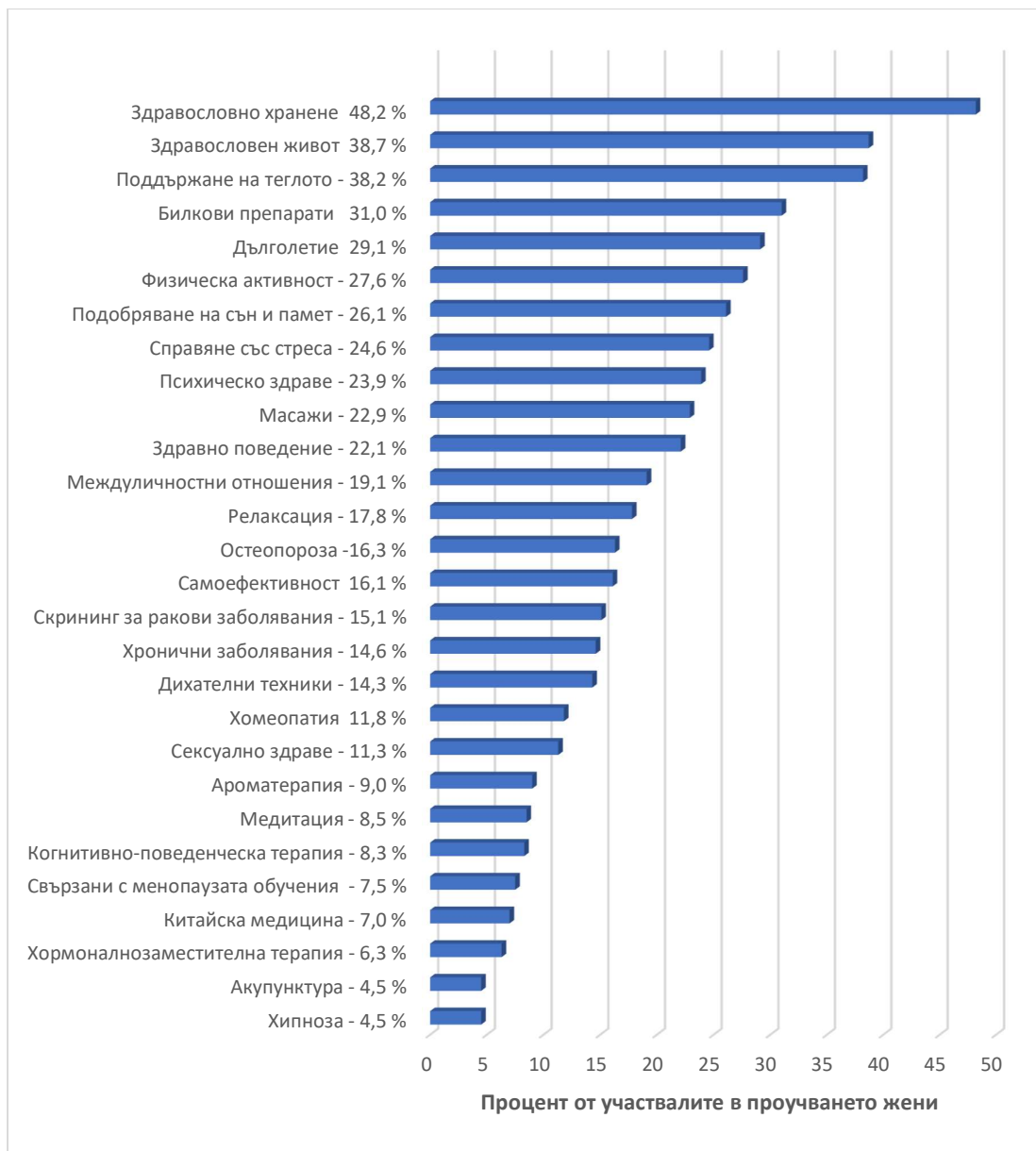
Нисък интерес проявяват жените и към хормоналнозаместителната терапия в менопаузата. Данните обясняват и подкрепят ниската използваемост от 7,1 % на ХЗТ сред българските жени. Тук основна роля трябва да имат специалистите по акушерство и гинекология, които активно да разясняват ползите на своите пациенти и да разсейват митовете за многото рискове и вреди от тези медикаменти. Въпреки че 55,5 % от жените споделят че са сексуално активни, но интересът от по-добра информираност в областта на сексуалното здраве е нисък.



**Фиг. 23. Интерес за информираност относно определени теми**

На **Фиг. 24** е изобразено разпределението на отговорите на жените, които бяха попитани дали имат задълбочени познания или практически опит в определени важни за пострепродуктивната възраст теми. И тук темите: здравословно хранене, здравословен живот и поддържане на теглото заемат първите три позиции при анкетираните жени. Тук много важно е да отбележим ниският дял от респондените имащи практически опит и задълбочени познания в областта на скрининга на ракови

заболявания, Жените с негативен отговор на по-горе споменатите въпроси трябва да са таргетната група на здравните специалисти, която да бъде целенасочено образована и информирана за съответните области.



**Фиг. 24. Разпределение на жените по самооценка на познанията и опита в определени теми**

Участниците в П<sub>2</sub> бяха попитани чрез отворен въпрос какво биха променили в грижата за тяхното здраве. Данните са представени в графичен вид на **Фиг. 25**



**Фиг. 25. Желания за промяна в грижата за здравето**

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.

Много от участниците в проучването биха желали повече спорт и физическа активност. Тук основна роля има информираността на жените относно възможности за провеждане на спортни дейности при домашни условия, подобряване достъпността на различни спортни центрове за жените в пострепродуктивна възраст, както и организирането на подходящи спортни мероприятия.

На трето място като желание се нарежда това за редуциране на теглото. Водеща роля тук имат личните лекари, които да информират жените относно нуждата от калориен дефицит, подходяща диета и спортна

активност, както и възможността за направление към специалисти с опит в лечението на затлъстяването и наличните консервативни и инвазивни методики.

### **3.4. Здравно поведение и участие в профилактични дейности**

За да оценим в каква степен жените реализират своите знания и убеждения в здравословно поведение и за да идентифицираме елементите на здравословния начин на живот, които трябва да бъдат включени в бъдещата дейност по промоция на здравето в пострепродуктивния период, изследвахме при жените в П<sub>2</sub> начина на хранене, нивото на физическа активност, отсъствието на вредни навици – тютюнопушене, както и приема на хранителни добавки и микронутриенти.

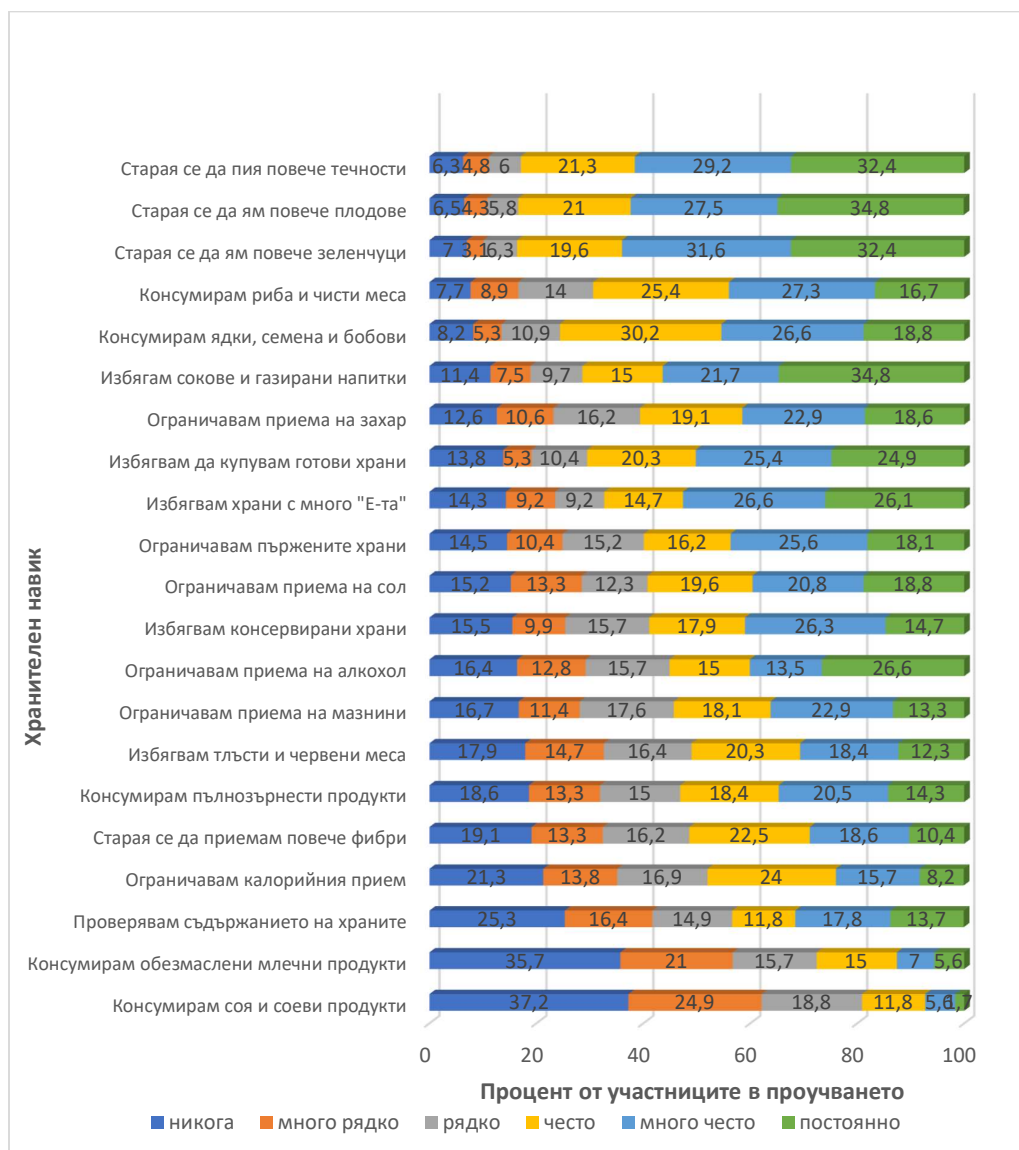
Анализът на личното превантивно поведение на жените е основан на информация за тяхното участие в 16 вида профилактични прегледи и изследвания, както от обхвата на годишните профилактични прегледи при общопрактикуващия лекар, така и други видове класически и съвременни профилактични дейности. Жените са разпитвани за времето на провеждане на последния преглед или изследване за всеки вид дейност.

#### **3.4.1 . Хранене**

За да определим хранителните навици на респондентите в нашето проучване са зададени въпроси относно характеристиките на храненето. **Фиг. 26** представя резултатите от отговорите на анкетираните жени и ни позволява да изградим профил на хранителното поведение на жените в пострепродуктивния период.

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“.



**Фиг. 26. 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. Следва да си направим извода, че соята и соевите продукти не са особено популярни сред жените в пострепродуктивна възраст в България и информационна кампания за ползите от фитоестрогените в тях би могла да окаже позитивно влияние и да подобри приема им.

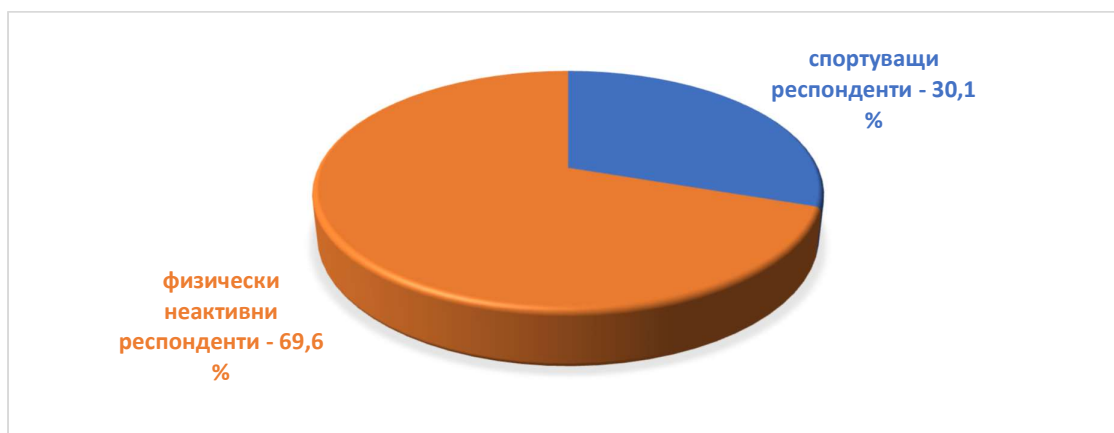
Друг хранителен навик, който не е особено широко застъпен сред анкетираните жени, е проверката на съдържанието на хранителните продукти, като 25,3 % от респондените никога не го правят. Тези жени трябва да бъдат информирани за ползите от проверката на съставките на храните, като от особено значение са 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 ( $\chi^2 = 24,483$ ;  $p = 0,033$ ).

### 3.4.2 Физическа активност и спорт в пострепродуктивна възраст

#### 3.4.2.1. Физическа активност и занимания със спортни дейности

Физическата активност е универсален протективен фактор за здравето на хората във всички възрасти. При жените в пострепродуктивна възраст безспорно са доказани позитивните ефекти на добрата физическа активност върху сърдечно-съдовото здраве, намаляването на метаболитните рискове, поддържането на здравословно тегло, увеличаването на костната плътност и превенцията на остеопорозата, намаляването на стреса и подобряването на настроението. **Фиг. 27** отразява разпределението на жените в П<sub>2</sub> според физическата им активност. От данните ясно се вижда, че близо 70 % от анкетираните жени не са физически активни, като това трябва да е таргетната група, която да бъде мотивирана да промени навиците си. За сравнение, по данни от проучване на Marlatt et al. 33% от анкетираните постменопаузални жени спортуват понякога, а 32% отговарят че спортуват поне 3 пъти седмично [210]. Изследване на Дееріка et al. установява, че 23 % от постменопаузалните жени имат заседнал начин на живот, като 69% от тях отговарят на 0 MET минути седмично физическа активност [78].



**Фиг. 27. Разпределение на жените по физическа активност**

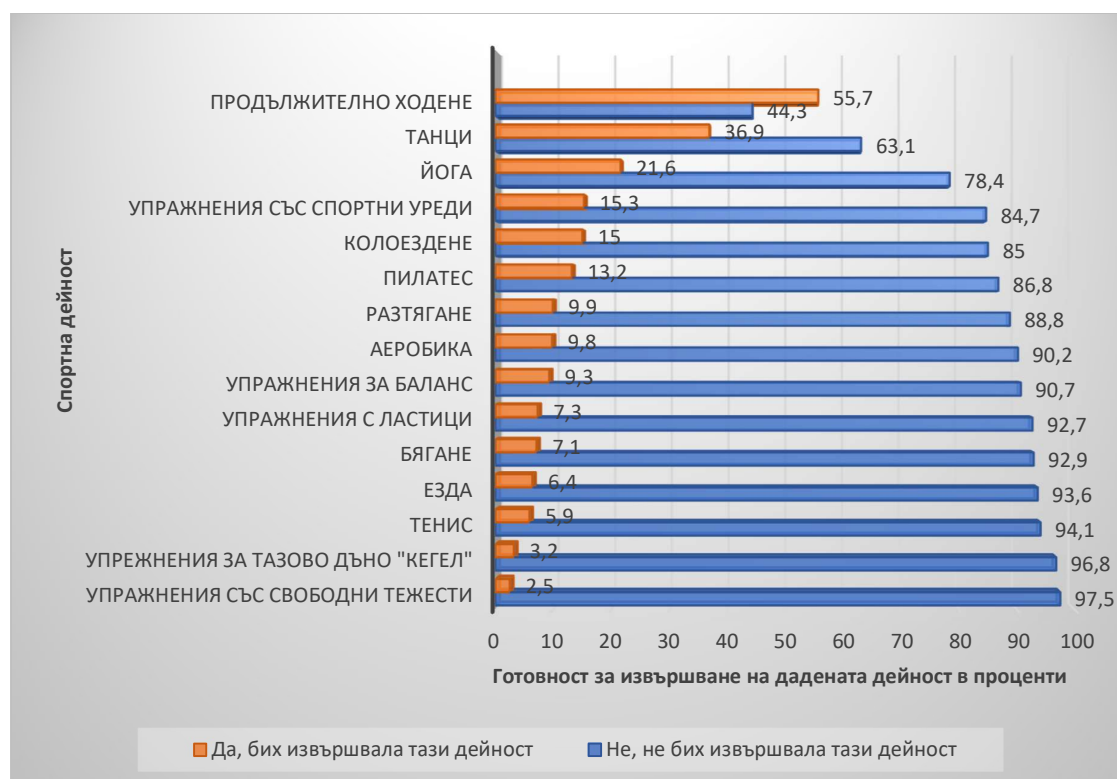
### ***Видове спортни дейности***

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. Упражненията за баланс трябва да бъдат част от рутинната спортна активност на множеството постменопаузални жени като профилактика на паданията и фрактурите в напреднала възраст, докато разтяганията са релевантни за подобряване на мобилността и редуциране на някои хронични мускулно-ставни болкови състояния. 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. Силовото натоварване е изключително важно за жените в пострепродуктивна възраст за поддържане на мускулната и костната плътност.

При планирането на профилактични програми за жените в пострепродуктивна възраст, включващи компонент за подобряване на физическата активност, е необходимо да се вземат предвид желанията на жените за занимания с определени видове спортна дейност. Това ще отговори на техните потребности и ще поддържа мотивацията им за участие в редовни спортни занимания. Участничките в проучването са разпитани за готовността им да се включат в различни подходящи за пострепродуктивната възраст спортни дейности **Фиг. 28**.

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. По данни от проучване на Marlatt et al. предпочитаните варианти за физическо натоварване от менопаузалните жени са: разходки, силови тренировки с тежести или ластиси, колоездене, аеробика и йога [210].



**Фиг. 28. Готовност за извършване на определени спортни дейности**

### 3.4.2.2. Честота и продължителност на спортните занимания

Честотата и продължителността на спортните занимания при жените в пострепродуктивна възраст са от важно значение за постигане на позитивните ефекти от редовната физическа активност. Честотата на спортните занимания като брой тренировки за една седмица е представена на **Фиг. 29**. 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 ,

представена на **Фиг. 30.** става ясно, че повечето жени не постигат препоръките на СЗО за занимания от поне 150-300 минути седмична средна по интензивност физическа активност.



**Фиг. 29. Честота на спортните дейности при жените**



**Фиг. 30. Сумарна продължителност на спортната дейност седмично**

### ***Начало и край на активните спортни занимания в репродуктивния период***

Формирането и поддържането на високо ниво на физическа активност през целия живот е важна задача на промоцията на здравето. Интерес представлява началото на изграждане на този поведенчески навик,

както и кога жените спират да се занимават с активни спортни занимания. В нашето проучване приблизително три четвърти от жените (72.5%) никога не са спортували активно през живота. Останалите 27,5% са разпитани в какъв времеви период са практикували активно спортна дейност. Разпределението на отговорите е представено на **Фиг. 31** и **Фиг. 32**.

От данните се вижда, че цели 18,7 процента от респондентите са започнали да спортуват активно между 6- и 15-годишна възраст. Това е подходяща възраст младото поколение да бъде мотивирано за повече движение и физическа активност. Изграждането на двигателни навици за целия предстоящ живот и оптимизирането на максимална мускулна маса и костна плътност носят дългосрочни здравни ползи, включително и през пострепродуктивните години.



**Фиг. 31. Разпределение по възраст на начало на спортна дейност**

Активна спортна дейност до 18 годишна възраст са прекратили 8,8% от анкетираните жени, а още 9,5 % са сторили това преди 30-годишна възраст. Това са групата индивиди, които трябва да бъдат убедени в ползите от продължаването на активна физическа активност, защото много по-лесно е поддържането на добра физическа форма и здравословно тегло в

сравнение с отслабване и покачване на чистата мускулна маса.

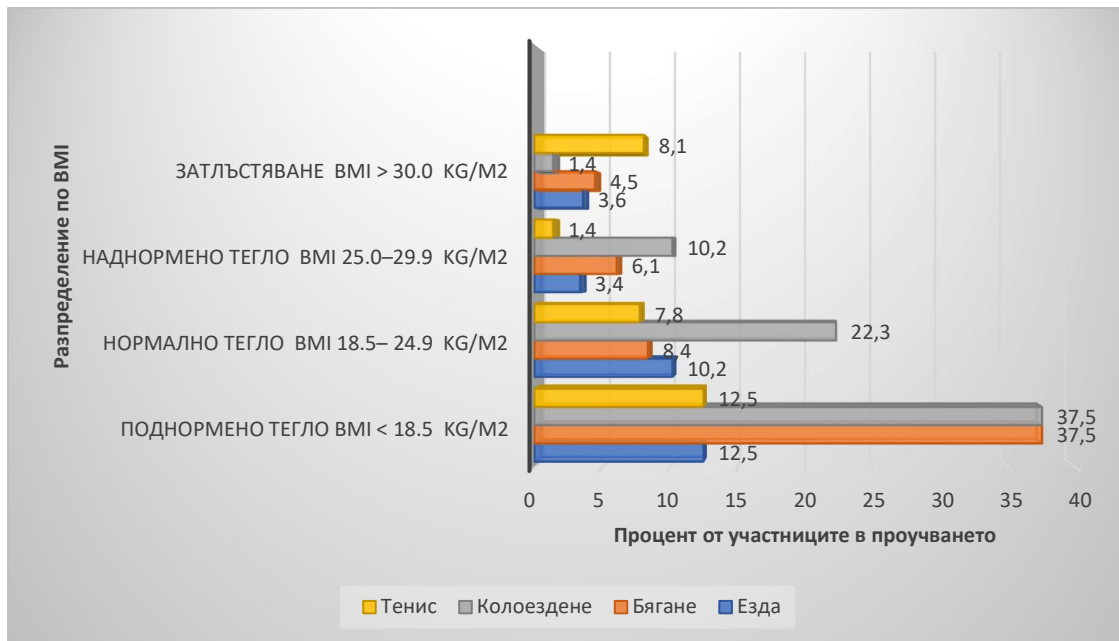


**Фиг. 32. Разпределение по възраст на прекратяване на спортна дейност**

### ***Връзка между спортната дейност и ВМІ***

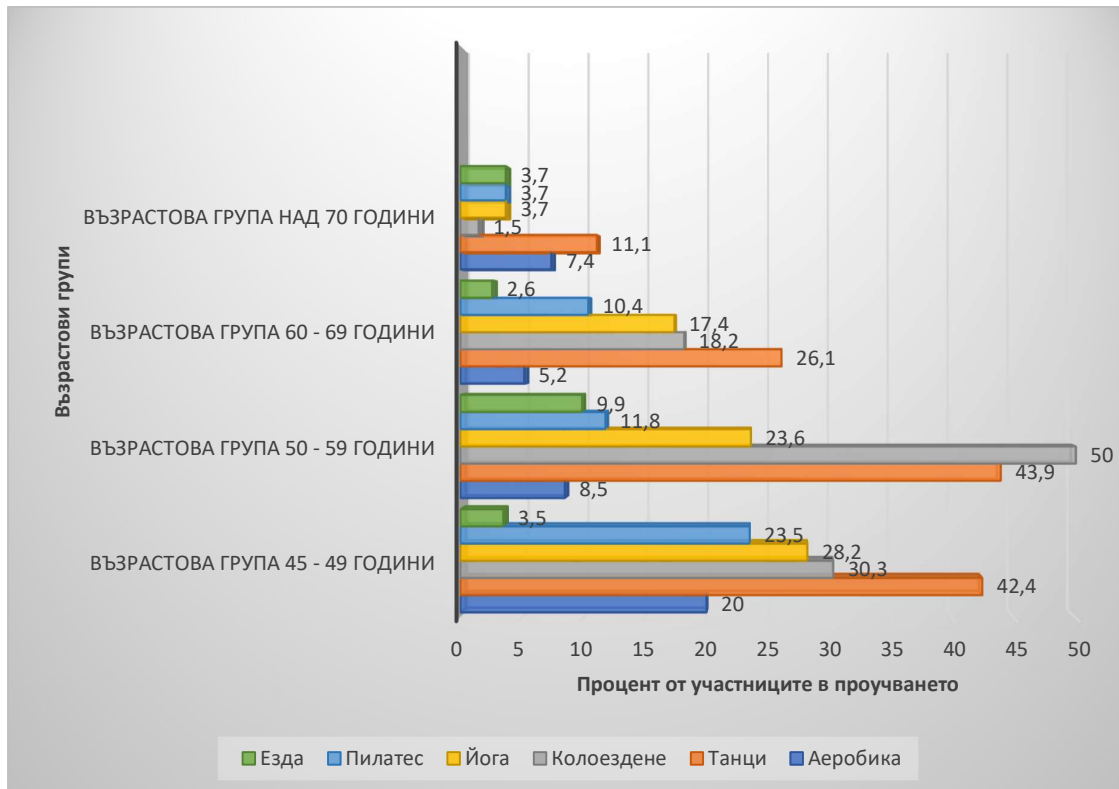
Практикуването на спортна дейност към дадения момент не е статистически сифнификатно обвързано с ВМІ ( $\chi^2 = 5,052$ ;  $p = 0,168$ ). Въпреки това се забелязва тенденция по-голям дял жени с по-нисък ВМІ да са физически активни: 62.5 % от жените с тегло под нормата, 32.1 % от жените с нормално тегло, 28.7 % от жените с наднормено тегло и 26.8 % от жените със затлъстяване.

Статистически значима разлика се намира между желанието да се практикуват определени спортове и разпределението по ВМІ. За спортовете, които достигат статистическа сигнификантност - езда ( $\chi^2 = 8,408$ ;  $p = 0,038$ ), бягане ( $\chi^2 = 12,872$ ;  $p = 0,005$ ), ( $\chi^2 = 15,830$ ;  $p = 0,001$ ) и тенис ( $\chi^2 = 8,313$ ;  $p = 0,040$ ), относителният дял по групи на ВМІ е представено на **Фиг. 33.**



**Фиг. 33. Желание за практикуване на видове спорт по BMI.**

Статистически значима разлика се намира между желанието да се практикуват определени спортове и разпределението по възраст (Фиг. 34).



**Фиг. 34. Желание за практикуване на определени спортове по възрастови групи**

Графиката показва, че спортовете пилатес, йога, колоездене, танци и аеробика са предпочитани в по-младите възрастови групи ( жени на възраст 45-49 г. и 50-59 г.), отколкото сред жените в по-напреднала възраст ( жени на възраст 60-69г. и жени над 70 г.).

### 3.4.3. 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. 11** са представени данните за алкохолна консумация на анкетирани жени в П<sub>1</sub> и в П<sub>2</sub>.

При анализиране на горепосочените данни става видно, че процентите на неприемащи алкохол жени в двете изследвания са близки: 45.3 % и 51.6%. В нашите изследвания за отразяване на приема на алкохол сме предпочели регистрирането на количеството приеман алкохол вместо честотата на прием, поради недостатъка на последния метод да проследи реалното прието количество. Употребявалите в миналото или текущо употребяващи алкохолни напитки респонденти могат да оценят количествено приема си на етанол, като посочат изпития седмичен брой питиета (едно питие е равно на 300 мл бира, 100 мл вино или 30 мл концентрат). Средното количество употребяван алкохол на попълнилите анкетната карта в П<sub>1</sub> жени е  $3.36 \pm 2.02$  питиета седмично, а при проучването П<sub>2</sub> е  $1.58 \pm 2.75$  питиета седмично. Не се установява статистическа корелация между приема на алкохол и ВМІ.

**Табл. 11. Данни за алкохолна консумация**

Прием на алкохол	Отн. дял жени в П <sub>1</sub>	Отн. дял жени в П <sub>2</sub>
Въздържатели	45.3%	51,6 %
Приемали алкохол в миналото	4.2%	3,5 %
Приемащи алкохол	50,5%	44,9 %

### 3.4.4. Тютюнопушене

Тютюнопушенето, освен че причинява по-ранно настъпване на менопаузата, допълнително утежнява нейното протичане и е свързано с повишен риск за редица хронични неинфекциозни заболявания – рак на белия дроб и други онкологични болести, ХОББ и астма, сърдечно-съдови заболявания и др. В **Табл. 12** са представени данните за тютюнопушене на анкетираните жени в нашите две анкетни проучвания.

**Табл. 12. 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 %

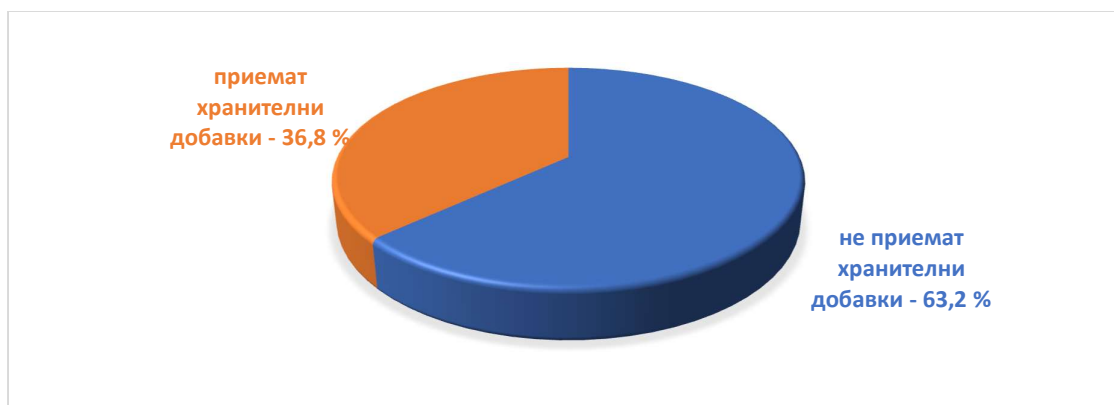
От посочените данни се установява, че тютюнопушенето при жените в пострепродуктивна възраст е вреден навик с доста широко разпространение – над 40% са настоящите пушачи в двете проучвания. Това е една от характерните черти на тютюнопушенето в България, която показва по-високи нива сред жените, в сравнение с нивата на останалите страни в Европейския съюз. Както при алкохолната консумация, така и при тютюнопушенето сме избрали количествено отразяване на употребяваните в миналото и настоящето тютюневи изделия, чрез означаване на дневната употреба на цигари. Средното количество изпушени цигари сред жените-участнички в П<sub>2</sub> е  $5.5 \pm 7.6$  цигари дневно (1-30 цигари дневно) и  $10.93 \pm 6.65$  цигари дневно (1-30 цигари дневно) при жените в П<sub>1</sub>.

При сравняване на приема на алкохол сред пушачи и непушачи в П<sub>1</sub>“ 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.

### **3.4.5. Употреба на хранителни добавки, витамини и билкови препарати**

Елемент на здравословния начин на живот са позитивните поведенческите навици, които човек развива с цел поддържане и укрепване на здравето си. В последните години се утвърди широко практиката на ползване на хранителни добавки, витамини и билкови препарати с известен и доказан положителен ефект върху здравето. В нашето проучване установихме честотата на това поведение сред жените в пострепродуктивна възраст. **Фиг. 35** представя приема на хранителни добавки, витамини и билкови препарати от респондентите в проучването.



**Фиг. 35. Прием на хранителни добавки, витамини и билкови препарати**

Резултатите показват, че малко повече от една трета от жените употребяват хранителни добавки под някаква форма. Само една хранителна добавка приемат 18,82 % от анкетираните жени, като почти също толкова респонденти 17,98 % използват два или повече суплементата.

Проучването намира, че комбинираните мултивитаминни препарати са най-широко приеманите суплементи от жените. Те представляват 17,76% от всички използвани хранителни добавки и биват приемани от 12,13% от всички анкетираните жени. На второ място се нареждат добавките с магнезий, които представляват 14,14% от всички употребявани суплементи и са приемани от всяка десета жена в проучването. След тях се нареждат Витамин Д3 и Колаген със съответно 7,24 % и 6,58 %, които са използвани близо 5% от участничките.

От единични респонденти се използват по-безизвестни и скъпо струващи хранителни добавки като никотин амид мононуклеотид. Различни билки като червена детелина, черен кимион, жен шен, бял равнец, жълт кантарион, мента и лайка също не са популярни сред анкетираните жени и биват приемани от много малко жени.

#### **3.4.6. Профилактични дейности в пострепродуктивна възраст**

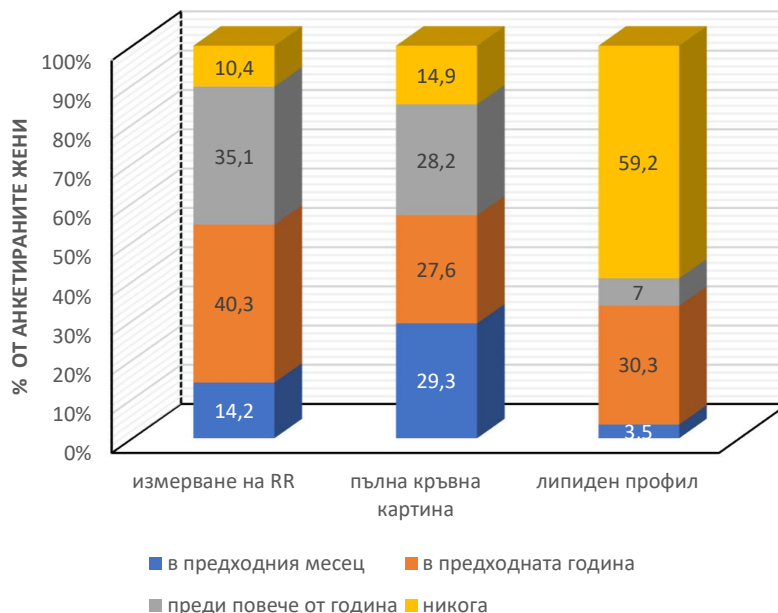
Анализът на участието на жените в различни профилактични дейности през пострепродуктивния период дава възможност да се идентифицират дейностите с проблематичен обхват и с ниска ефективност, както и групите жени, за които трябва да се отдели специално внимание по отношение мотивацията им за участие и създаването на улеснения за включването им в профилактични програми.

Данните от П<sub>2</sub> 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. 13**.

**Табл. 13. Относителен дял на жените, участвали в профилактичните дейности**

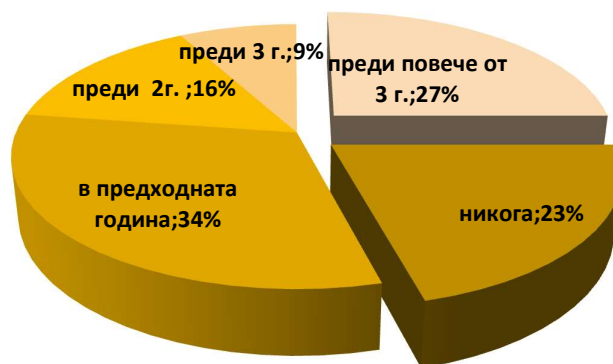
Профилактична дейност	Отн. дял %	Профилактична дейност	Отн. дял %
Консултация с лекар относно промените в менопаузата	44.22	Профилактичен преглед при личен лекар	77.30
Измерване на тегло, обиколка на талия и ханш	58.20	Измерване на артериално кръвно налягане	85.17
Изследвания на пълна кръвна картина	89.66	Липиден профил	40.67
Цитонамазка ( PАП-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

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. Разпределението на жените по честота на измерване на артериалното налягане, липидния профил и кръвна картина е представено на **Фиг. 36**. 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.



**Фиг. 36. Честота на извършване на рутинни профилактични изследвания**

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. 37** е онагледено провеждането на натривка по Папаниколау. 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.

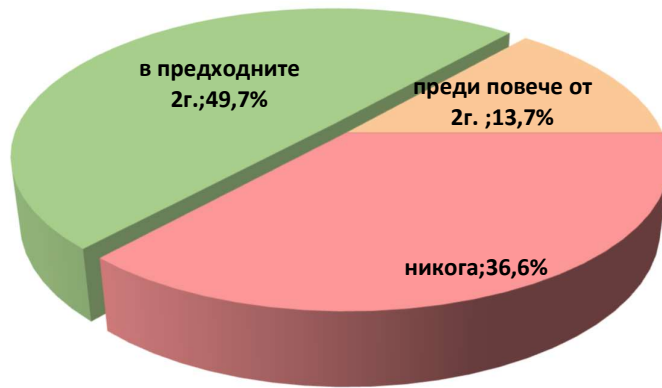


**Фиг. 37. Провеждане на PAP-Тест**

За сравнение цели 48% от участниците ( жени над 50 годишна възраст) в проучване на Chan et al. никога не са получавали PAP тест [55]. Относителният дял на обхванати в PAP тест жени над 50-годишна възраст в проучване на Abdullah et al. е само 39.22 %, като се открива връзка между ниския процент участващи в скрининга жени, нивото на образованост и страха относно тестовите резултати [2]. Съществува общ консенсус, че случаите на рак на шийката на матката при по-възрастните жени са почти изцяло ограничени до непрегледаните жени и че ползите от скрининга са доказани при непрегледаните жени в постменопауза [281]. Проучванията показват ниска ефективност на цитологичния скрининг при жени над 50-годишна възраст, като по-голямата част от случаите на рак на маточната шийка при по-възрастни жени се срещат при тези, които не са били изследвани преди това или които нямат три последователни нормални цитологични резултати [79]. От жените в менопауза, които са били диагностицирани с инвазивен рак на шийката на матката, 50% от жените над 65 години не са имали цитонамазка през последните три години [51].

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. 38.**



**Фиг. 38. Провеждане на мамографско изследване**

Според Griva et al. съществува значително разминаване между препоръките за провеждане на мамография и реално проведените скрининг изследвания [117]. При проучване на Alam et al. се установява, че 82% от жените са информирани за ползите от самоизследването на гърдата и 61 % за ползите от мамографското изследване, но въпреки това само 41,2 % извършват самоинспекция на гърдите си и само 18.2 % участват в скрининга с мамография [12]. В проучване на Laporte et al. мнозинството от жените считат, че самоизследването на гърдата е достатъчно за откриването на патология и считат скрининга с мамография за абсолютно ненужен [187].

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 проделите 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.

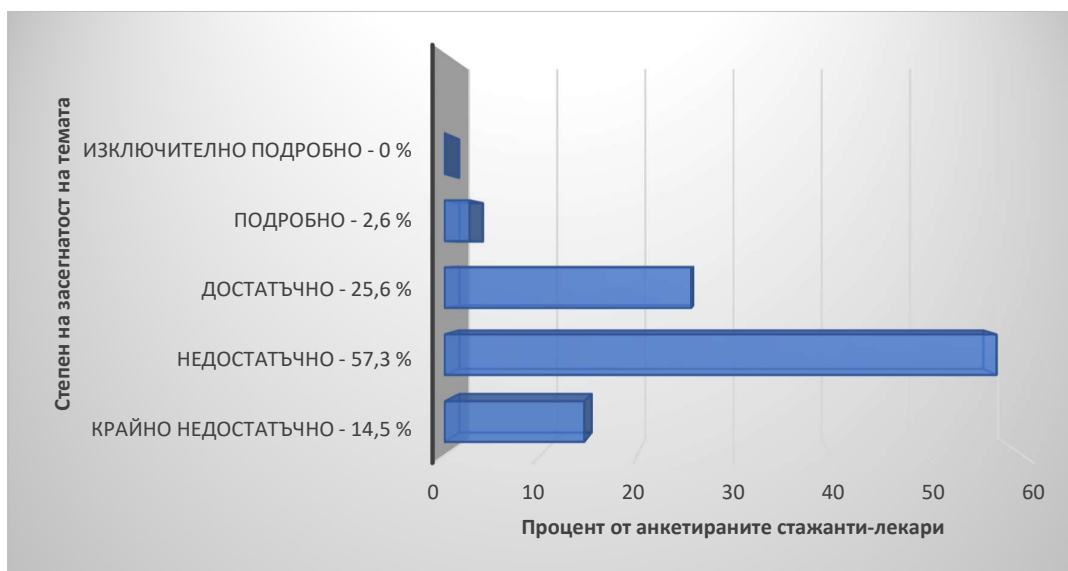
### **3.5. ПРОУЧВАНЕ СРЕД СТАЖАНТ-ЛЕКАРИ**

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.

#### **3.5.1. 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 (**Фиг. 39**). 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. Ясно проличава нуждата от по-задълбочена информираност на студентите в тази важна област. Подходящ би бил хорариум от повече часове в областта на гинекологията, по-задълбочена

информация относно менопаузата в учебниците на студентите, както и повече практически упражнения в отделенията и амбулаторни кабинети по гинекология и геронтология. Също така е необходимо да се обърне повече внимание на възможностите на профилактичните дейности за женското население, за да се осигури добро общо и гинекологично здраве в пострепродуктивната възраст. Не се откриват статистически значими разлики по пол в мнението на стажант-лекарите по поставения въпрос.



**Фиг. 39. Степен на засягане на темата за менопаузата в обучението на студентите по медицина**

Самооценката на стажант-лекарите за нивото на информираност относно свързаните с менопаузата промени и оплаквания е представена на **Фиг. 40**. 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. 40. Информираност на стажант-лекарите за свързаните с менопаузата промени и оплаквания**

### **3.5.2. 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.

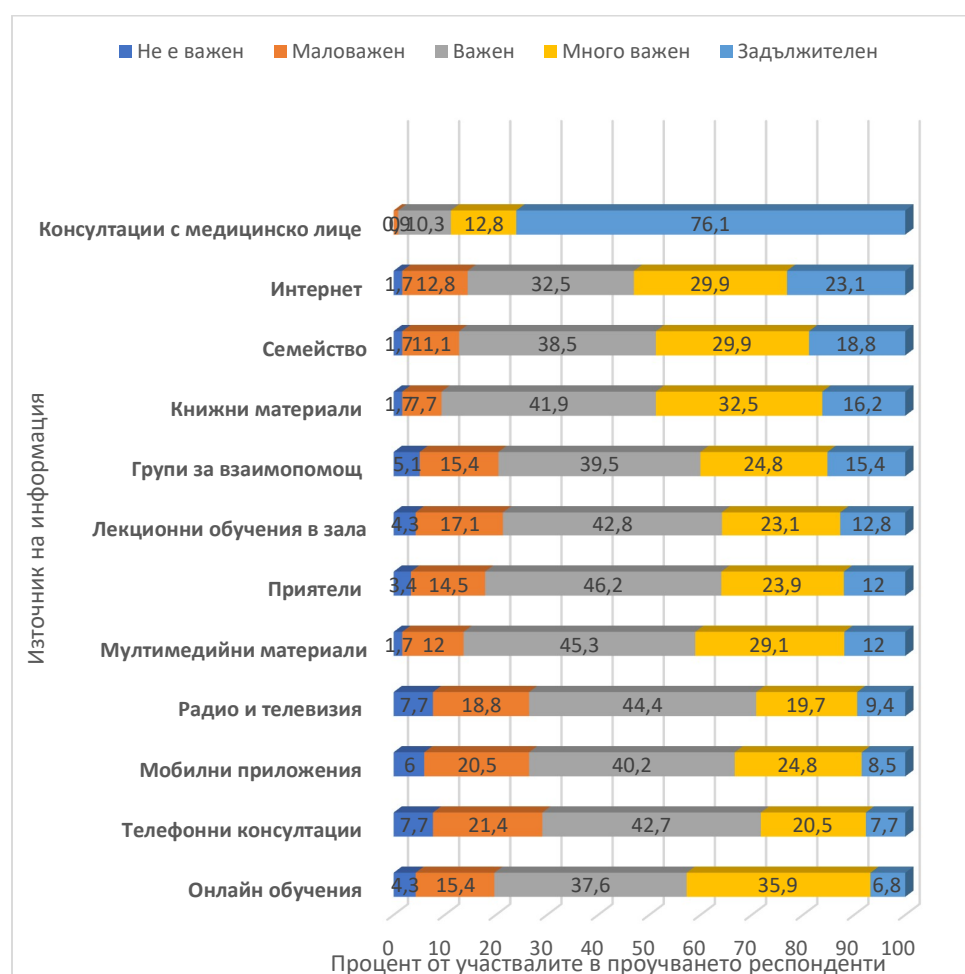
Като сравним мнението на стажант-лекарите с това на анкетираните жени по същата тема става ясно, че младите медици имат нереалистична представа относно промяната на качеството на живот в менопаузалните години, тъй като мнозинството жени (75 %) считат, че качеството на живот не се е променило и дори 5.5 % 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.

### 3.5.3. Мнение на стажант-лекарите относно аспекти на здравето и здравното поведение на жените в менопауза

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

Фиг. 41. илюстрира мнението на стажант-лекарите относно важността на определени източници на информация за подобряването на здравните знания на жените в пострепродуктивна възраст.



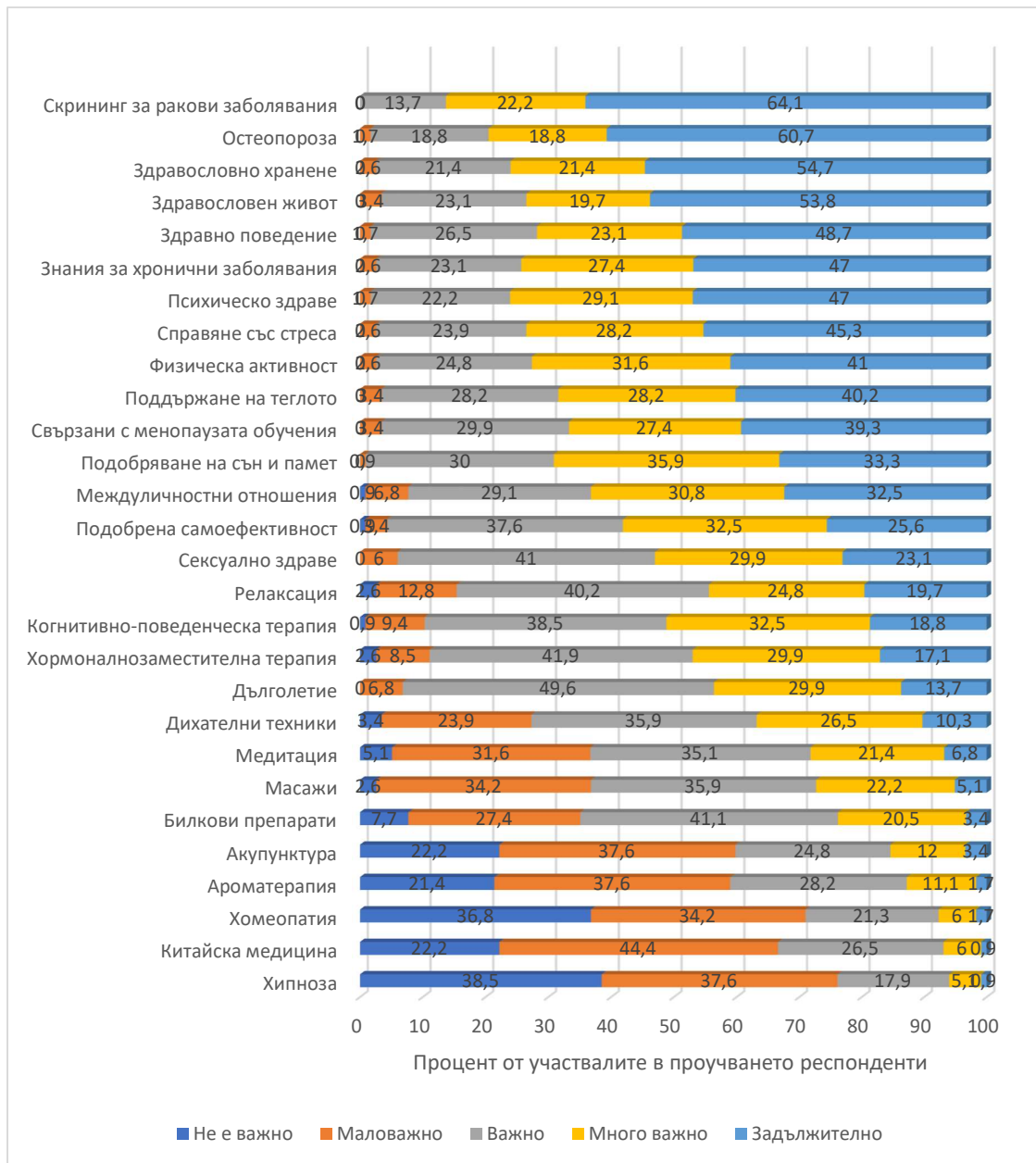
Фиг. 41. Мнение на стажант-лекарите за източниците на информация в подобряване на здравните знания на жените

Според младите медици най-важен източник на информация са консултациите с медицинско лице, като 76.1 % са посочили този източник като задължителен. Анкетираниите 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. Интернет се нарежда на 1-во място от анкетираниите постменопаузални жени, като цели 64,4 % от тях са отбелязали, че черпят информация за менопаузата от него. Групите за взаимопомощ също са силно надценени като важност от стажантите, като 15,4 % са ги маркирали като задължителен източник и 24,8 % като много важен такъв. Участвалите жени в П<sub>2</sub> са класифицирали групите за взаимопомощ на последно място и под 5 % от жените черпят информация за менопаузата по този начин. Онлайн обученията са на последно място по важност според стажант-лекарите, което до голяма степен отразява реалността, тъй като само 5.1 % от анкетираниите жени се информират за менопаузата чрез онлайн обучения

### ***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 (Фиг. 42).



**Фиг. 42. Важност на определени теми за здравното образование на жените в пострепродуктивна възраст**

От графиката се вижда, че 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“. Следващите две места се заемат от

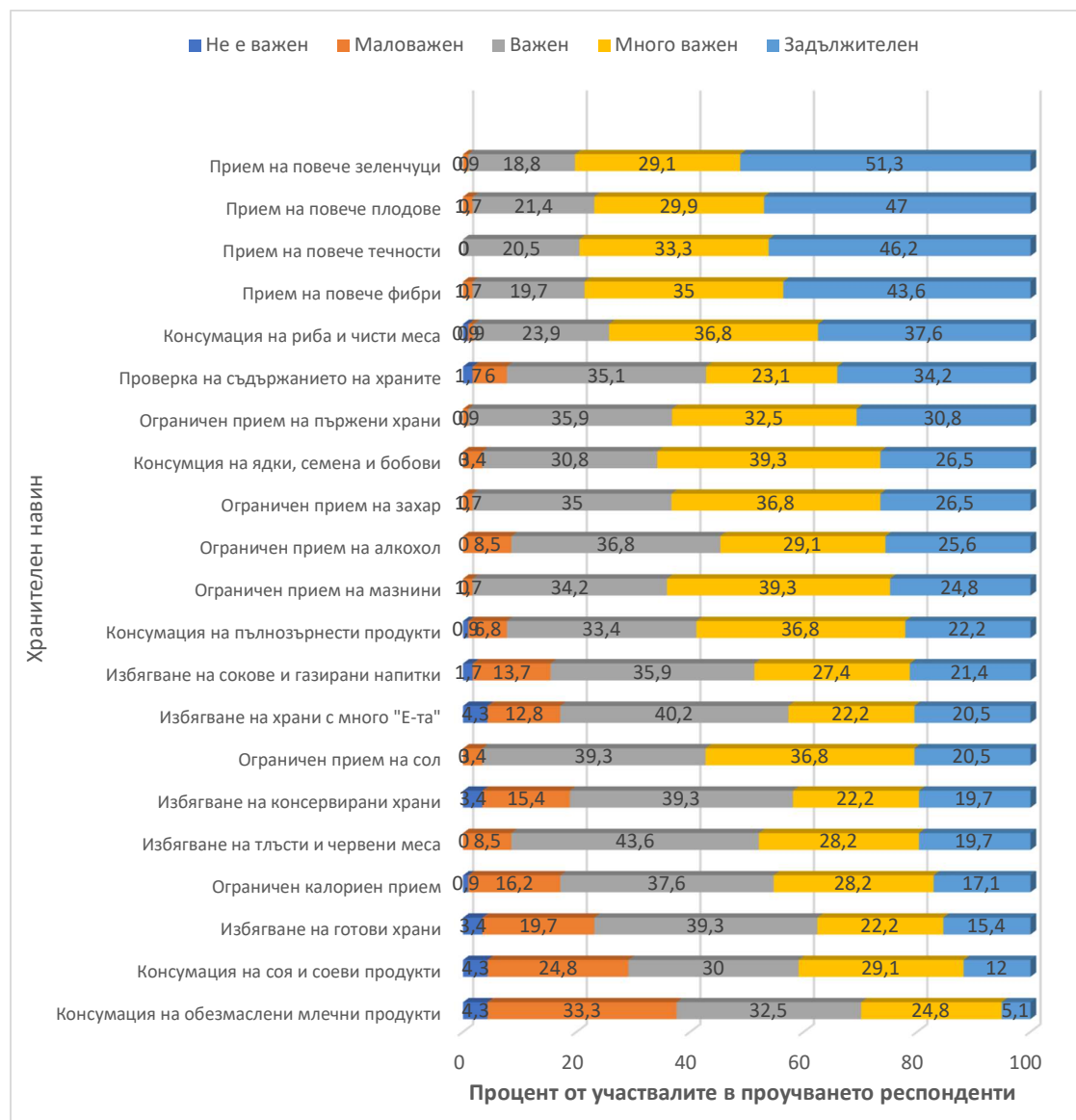
здравословното хранене и здравословният живот, които са класифицирани от анкетирани жени на първите две места като най-важни теми на интерес. Хипнозата е класирана на последно място по важност като 38,5 % са я определили като „не е важна“ и 37,6 % като „маловажна“, което отговаря и на мнението на анкетирани жени, които също са я класифицирали на последно място като тема на интерес. Прави впечатление, че повечето алтернативни медицински практики са класифицирани от стажант-лекарите като маловажни.

При сравнението на мнението на студентите по пол относно важността на определени теми за жените в пострепродуктивна възраст се установяват гранични по значимост различия относно междуличностните отношения ( $\chi^2 = 11,172$ ,  $p = 0,048$ ). Сравнително по-голям е дялът на стажант-лекарите от женски пол (36,7%), които считат междуличностните отношения за задължителна тема, в сравнение с дела на мъжете (23,7 %). Това отразява специфичната оценка на жените относно ролята на междуличностните отношения във всички фази на женския живот.

### ***Важност на определени хранителни навици***

**Фиг. 43** илюстрира подредбата по важност на определени хранителни навици според мнението на анкетирани стажант-лекари. На първо място по важност те 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, когото 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.



**Фиг. 43. Важност на определени хранителни навици за жените в пострепродуктивна възраст според стажант-лекарите**

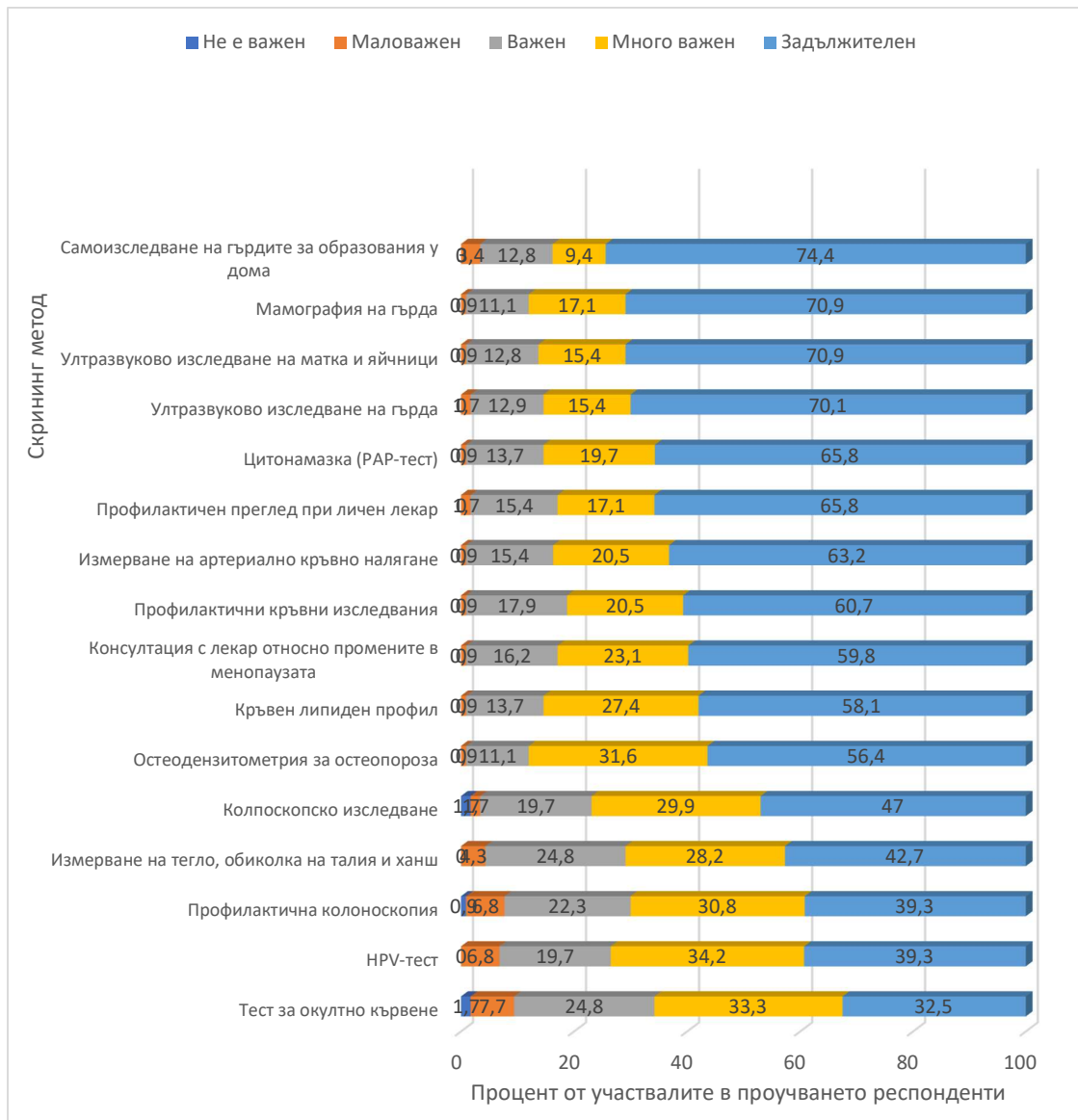
Като най-маловажен хранителен навик стажант-лекарите са определили консумацията на обезмаслени млечни продукти, като само 5,1 % са дали оценка „задължителен“, 33,3 % „маловажен“ и 4,3 % „не е важен“. Предпоследното място младите медици са отредили за консумацията на соя и соеви продукти, която само 12 % са определили като задължителна, 24,8 % като маловажна и 4,3 % като не важна. Подредбата при анкетираните жени

е сходна, като на последните две места са същите два хранителни навика с обърнатата поредност. Това показва, че обучаващите се медици и анкетираните жени имат много близки представи за важността на определени хранителни навици. Проявява си нуждата от информиране както на жените, така и на стажант-лекарите, относно предимствата на соята и соевите продукти като растителен източник на пълноценни протеини и фитоестрогени.

При сравнение на мнението на стажант-лекарите по пол за важността на определени хранителни навици се открива статистически значима разлика относно приема на повече течности ( $\chi^2 = 7,041$ ,  $p = 0,030$ ) и избягването на сокове и газирани напитки ( $\chi^2 = 12,694$ ,  $p = 0,026$ ). Сравнително повече стажант-лекари от женски пол (51,9%), отколкото такива от мъжки пол (34,2%) определят приема на повече течности като задължителен. По-висок е и дялът на стажант-лекарите от женски пол (29,1%), които считат избягването на сокове и газирани напитки за задължително, в сравнение със стажантите от мъжки пол (5,3%).

### ***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 (**Фиг. 44**). 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 %.



**Фиг. 44. Важност на определени профилактични методи в пострепродуктивния период според стажант-лекарите**

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. На последно място по важност стажант-лекарите са гласували теста за окултно кървене, като 1,7 % смятат че тестът не е важен и 7,7 % го класифицират като маловажен, докато само 32,5 % го считат за задължителен. На предпоследно място

обучаващите се медици са сложили тестът за човешки папиломен вирус – едно изследване, което намира все по-често приложение при вземането на цитонамазка в много страни по света. Само 6,8 % са го обявили за маловажен и само 39,3 % са го определили като задължително изследване.

### ***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 дялът на стажантите-лекарите от женски пол (54,4 %), които биха се посветили на такава кариера, в сравнение с дела на стажант-лекарите от мъжки пол (21 %).

### ***Предложения на стажант-лекарите за подобряване на здравето на жените в пострепродуктивна възраст***

Стажант-лекарите считат, че е необходимо повишено внимание към здравните проблеми на жените в пострепродуктивна възраст. Младите медици апелират за повишаване на цялостната здравна култура на населението, в частност на жените, с цел подобряване на здравното състояние, редовното посещение на профилактични прегледи и подобрена ранна диагностика на заболяванията.

Някои от стажантите считат, че младите поколения трябва да се възпитават на уважение към възрастните хора и така да последва по-голяма заинтересованост и търсене на начини за оказване на помощ и

решаване на проблемите на възрастните хора като цяло.

Бъдещите лекари предлагат прилагането на информационни кампании, здравно-промотивни и профилактични програми. Според тях добрата информираност на жените по проблемите на менопаузата от достоверни източници е изключително важна. Предлага се използване на социалните медии като средство за информиране и здравна просвета, поради тяхната ежедневна масова употреба.

По мнение на стажантите е необходимо подобряване на достъпа на жените в пострепродуктивна възраст до качествени здравни грижи. Според някои от тях в по-малките населени места липсват специалисти, които да могат пълноценно и качествено да оценят състоянието на пациентките. Липсва и адекватен скрининг на специфичните менопаузални заболявания и по-скоро се разчита на добрата информираност на пациентите, които сами да се насочат за консултация.

Студентите посочват задължително да се подобри посещаемостта на препоръчителните профилактични прегледи, като се ангажират общопрактикуващите лекари с активна покана и запазване на час за профилактика. Обучаващите се медици предлагат в големите АГ-болници да се развият безплатни кампании за скрининг с цитонамазка, ултразвукови изследвания и мамографии.

Според някои стажант-лекари най-важна роля в грижата за жените в пострепродуктивна възраст трябва да имат личните лекари, които реално да информират, консултират и да извършват профилактични дейности. Задължително според тях е и ангажирането на специалисти акушер-гинеколози и ендокринолози в грижата за постменопаузлните жени.

Стажант-лекарите препоръчват балансирано и здравословно хранене, както и редовна физическа активност. Те апелират към повече внимание на психическото здраве и към справянето с натрупания стрес.

Младите медици смятат също така, че обучението им относно здравето и организацията на здравната помощ за жените в пострепродуктивна възраст не е на нужното ниво и са имали само единични лекции относно ХЗТ. Те предлагат включването на повече образователни часове за менопаузата в хорариума на студентското обучение.

### **3.6. 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.

#### **3.6.1. 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.

### **3.6.2. 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.

### **3.6.3 Препоръки към здравните специалисти**

Здравето и болестта биват определяни като динамичния баланс между срещаните изисквания и индивидуалната способност за физиологична, психологична и социална адаптация. Здравословното стареене включва преживяването до късни години, забавяне на появата на незаразни заболявания и оптималното функциониране на телесните системи и клетки за максимално дълъг период от време [311]. Здравословната менопауза може да бъде дефинирана като динамично състояние след трайната загуба на яйчникова функция, характеризиращо се със задоволително физическо, психологическо и социално функциониране, със способност за адаптиране и самоуправление [311].

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.

#### **3.6.3.1. 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.

За особено добре приложими за българските жени в пострепродуктивна възраст считаме препоръките на EMAS за здравословна менопауза . От значение е **експертизата** при предоставяне на медицинско обслужване на контингента от жени в менопауза, поради спецификата на техните нужди. Това включва (но не се ограничава само до) знания за **менопаузални симптоми, диференциални диагнози,** способност за **оценка и интерпретация на денситометрия,** познаване на текущата литература, **насоки и препоръки от научните общества и предвидените национални профилактични програми [232].**

При снемането на личната анамнеза се препоръчва целенасочено да се пита за **подробно описание на симптомите и тяхното въздействие върху качеството на живот, данни за менструацията**, включително възрастта при настъпване менопаузата и причините за настъпване (естествени или ятрогенни), **информация за контрацепцията** [232].

**Личната и фамилна анамнеза** трябва да включват информация относно: рак на гърдата, яйчниците, ендометриума и дебелото черво, венозна тромбоемболия, мигрена, рискови фактори за остеопороза хипертония, сърдечни заболявания, инсулт и диабет [232]. Личните предпочитания на пациента относно лечението трябва да бъдат изрично записани [232]. Прегледът трябва да включва измерване на: теллото, височината, съотношението талия-таз, кръвното налягане [232].

Основен момент при грижата на жените в пострепродуктивна възраст е **определянето на менопаузалния статус** [232]. При жените преди навършване на 45 години нередовна или липсваща менструация, особено съпроводена от вазомоторна симптоматика, е достатъчна за диагностика на менопауза и при повечето жени не са необходими допълнителни изследвания, като рутинно измерване на Anti-Mullerian Hormone (AMH) не се препоръчва [232].

При жени преди навършване на 45 години трябва да бъде предприета **серия от измервания на FSH**, като при менструиращи жени измерванията трябва да се извършват в началото на фоликуларната фаза (дни 2-5 от цикъла) за да се избегнат индуцирани от овулацията покачвания на FSH [232]. Измервания на TSH и пролактин могат да бъдат полезни при изследване на менструални ирегулярности. Нивата на LH, естрадиол, прогестерон и тестостерон нямат отношение към преждевременната яйчникова недостатъчност, но могат да предоставят важна информация за други нарушения на менструалния цикъл (диференциална диагноза) [232]. **Задължително е изключване на бременност** чрез уринен или кръвен тест

с определяне на bHCG [232]. Измерването на АМН може да е от полза при подозирана преждевременната яйчникова недостатъчност за определяне на овариалните резерви [232]. Ултразвуково изследване и ориентиловъчно определяне на оставащия яйчников резерв чрез броене на антралните фоликули също може да бъде от полза. Искаме да подчертаем, че при липса на необходимата експертиза или комплицирани случаи, препоръчваме жените да бъдат препращани към съответни тесни специалисти в областта на гинекологичната ендокринология.

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 последствия 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“ [[348] [349]].

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.

### **3.6.3.2. Препоръки към здравните специалисти относно борбата с остеопорозата**

За намаляване на риска от фрактури се препоръчва жените на средна възраст да взимат адекватни количества калций и витамин Д, като тези след 50 годишна възраст се нуждаят от 1,200 милиграма калций дневно от хранителни и суплементиращи източници и пирамидално увеличаващи се дози Витамин Д от 5, 10 до 15 микрограма дневно [[292] [138]]. Препоръчват се спортни дейности за укрепване на костите като бързо ходене, джогинг, бягане, тренировки със свободни тежести, ластиси и машини, както и физически дейности за подобряване на баланса,

издръжливостта и гъвкавостта за редуциране на риска от падания и счупвания.

Силно се препоръчва DEXA тестване за жени на възраст 65 и повече години [81]. За по-млади жени в постменопауза (на възраст от 50 до 65 години) необходимостта от DEXA сканиране се определя от задълбочена анамнеза и физикален преглед, като се отбелязват всички рискови фактори, които допринасят за загуба на костна маса [81]. Рисковите фактори за ниска КМП могат да бъдат комбинирани в инструмент за оценка на риска от фрактури за насочване на по-нататъшна диагностика с костната денситометрия с DEXA сканиране [65].

Препоръчва се DEXA за жени в постменопауза под 65-годишна възраст и тези в менопаузален преход, които имат клинични рискови фактори за фрактури като: • Ниско телесно тегло • Предишна фрактура • Заболяване или състояние, свързано с костна загуба • Използване на лекарства, които причиняват костна загуба, като глюкокортикоиди. DEXA се препоръчва и при жени, които се обмислят за фармакологично лечение и за проследяване на отговора на лечението [[66] [316]].

Препоръчва се скрининг за ниска костна минерална плътност с DEXA при поставяне на диагноза преждевременна яйчникова недостатъчност и отново в рамките на 5 години, особено ако костната минерална плътност е била ниска при започването на хормонална терапия. [121].

Със сигурност жените под 65-годишна възраст трябва да бъдат изследвани, ако имат клинични рискови фактори за костна загуба или фрактури. [81].

### **3.6.3.3. Препоръки относно затлъстяването в пострепродуктивните години**

Научните доказателства по проблема ясно показват, че затлъстяването повишава риск от лошо качество на живот, заболявания и смърт сред жените в пострепродуктивна възраст. Високата честота на затлъстяването сред жените в пострепродуктивна възраст обуславя голямото социално значение на този здравен проблем. Очевидна е ниуждата 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, хиперинсулинизъм, инсулинова резистентност, хиперхолестеролемия и хиперлипидемия. 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. Личните предпочитания на жените относно процентното разпределение на мазнините, въглехидратите и протеините в храната могат да изиграят основна роля в дългосрочен план, тъй като някои хора се придържат по-лесно към нисковъглехидратни диети, докато други толерират по-лесно нискомазнинни такива. Различни са и предпочитанията относно броят хранения за 24 часа: дали всички калории ще се приемат в рамките на 1 или 5 хранения, има по-малко значение от общото количество приети калории в рамките на деня.

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.

Препоръките относно правилното хранене в пострепродуктивните години са разгледани по-подробно в **Глава 3.6.3.4.**

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.

Препоръките относно физическото натоварване в пострепродуктивните години са разгледани по-подробно в **Глава 3.6.3.5.**

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.

#### **3.6.3.4. 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. Имайки предвид данните от нашето проучване в **Таблица 14** сме синтезирали част от препоръките на Canada's Food Guide за жени между 51 и 70, които считаме за добре приложими при българските жени в пострепродуктивна възраст [301]. Препоръките могат да послужат за опорна точка на здравните работници и самите жени в менопауза.

**Табл. 14. Препоръки за храненето**

<b>Препоръки за храненето на жени между 51 и 70 годишна възраст</b>
<p>1. Плодове и зеленчуци</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Консумация на 7 порции плодове и зеленчуци дневно</li><li>- Прием на минимум 1 тъмно зелен и 1 оранжев зеленчук дневно</li><li>- Приготвяне на плодовете и зеленчуците без или с много малко добавени мазнини, захари и готварска сол</li><li>- Предпочитане на плодове и зеленчуци пред плодови и зеленчукови сокове</li></ul>
<p>2. Зърнени храни</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Консумация на 6 порции зърнени храни дневно</li><li>- Поне половината от приеманите зърнени храни трябва да са пълнозърнести</li><li>- Избор на зърнени храни с ниско съдържание на мазнини, захар и готварска сол</li></ul>
<p>3. Млечни храни и млечни алтернативи</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Консумация на 3 порции млечни храни и млечни алтернативи дневно</li><li>- Препоръчва се прием на нискомаслени (1% и 2% масленост) млечни и алтернативни продукти</li></ul>
<p>4. Месо и алтернативи</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Консумация на 2 порции месо и месни алтернативни дневно</li><li>- Препоръчват се месни алтернативи като бобови, леща и тофу</li><li>- Консумация на поне 2 порции риба седмично</li><li>- Предпочитане на бедни на мазнини меса и алтернативи, приготвени с много малко или без добавяне на мазнини и готварска сол.</li></ul>
<p>5. Мазнини</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Препоръчва се замяната на наситените и транс мазнини с нехидрогенирани, мононенаситени и полиненаситени мазнини.</li></ul>
<p>6. Натрий</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Адекватният прием на натрий е 1300 mg дневно, като горна граница на дневния прием е 2300 mg</li></ul>
<p>7. Калории</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Препоръчва се калорийна рестрикция за постигане и поддържане на идеалното тегло.</li></ul>

<p>8. Препоръки за индивиди с хипертриглицеридемия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Редукция на приема на алкохол и рафинирани захари</li> <li>- Повишена консумация на Омега-3 и Омега-6 полиненаситени мазнини с препоръчителни източници: ленено семе и масло, както и студеноводни риби като риба тон, съомга и камбала</li> </ul>
<p>9. Препоръки за ограничавана на сърдечносъдовите заболявания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Повишен прием на флавоноиди с препоръчителен източник: плодове, зеленчуци и чай</li> <li>- Прием на фолат с препоръчителен източник: плодове, зеленчуци и зърнени храни</li> <li>- Прием на изофлавоноиди с препоръчителен източник соеви продукти</li> </ul>
<p>10. Витамини и минерали</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Суплементация с Витамин Д и Калций</li> </ul>
<p>11. Хранителни навици</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Препоръчват се чести хранения</li> <li>- Прием на малки порции храна</li> <li>- Половината от храната на ядене да е съставена от зеленчуци, <math>\frac{1}{4}</math> зърнени храни и <math>\frac{1}{4}</math> месо и месни алтернативи.</li> </ul>

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 респондените 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 заложения потенциал за дълголетие в пълноценно здраве.

### **3.6.3.5. Препоръки относно физическата активност в посрепродуктивните 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. След анализ на наличната литература и данните от проведеното от нас проучване считаме, че съветите на Canadian Society for Exercise Physiology и Osteoporosis Canada относно физическата активност са приложими и подходящи за българската менопаузална жена [[46] [244]]. Аеробни упражнения за жени между 18 и 64 годишна възраст се препоръчват поне 150 минути умерена до енергична физическа активност седмично в сесии от поне 10 минути. Ходене, танцуване, аеробика или бягане се препоръчват през повечето дни от седмицата за подобряване на сърдечната дейност и костната плътност. Упражняване със свободни тежести, машини, ластици или собственото тегло се препоръчва за 2-3 дни седмично (2-3 серии по 8-12 повторения) за подобряване на мускулатурата, здравината на костите, позата и мобилността. Важни са упражнения за баланс като тай-чи или йога 2-3 дни

седмично за подобряване на мобилността и баланса, което намалява риска от падания и счупвания. 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.

#### **3.6.3.6. Препоръки относно хормоналнозаместителна терапия**

Трябва да бъдат използвани видът, дозата и времетраенето на хормонално заместителна терапия, които са подходящи и индивидуализирани към симптоматичните менопаузални жени, като за жени до 60 годишна възраст или в рамките на 10 години от настъпване на менопаузата и без контраиндикация, отношението полза-риск е в полза на лечението на вазомоторна симптоматика, а за жени с повишен риск отношението полза-риск е в полза терапирането на остеопороза или фрактури [239]. Препоръчва се използването на хормоналнозаместителна терапия за третирането на горещи вълни, но не и за превенцията на менопаузални симптоми [239].

#### **3.6.4. Препоръки към медицинските университети на територията на Република България**

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.

### **3.6.5. Приложение на иновации в здравните грижи за жените в пострепродуктивна възраст**

Пероралната хормонална заместителна терапия, фитоестрогените, двигателната активност и други широкоизвестни класическите подходи за подобряване на здравето на жените в пострепродуктивна възраст и третиране на менопаузалните симптоми не са единствената налична възможност към дадения момент, тъй като съществуват и биват всекидневно откривани все по-нестандартни иновации. Това е валидно както за директната грижа за жените, така и при използването на различни дигитални системи, програми и инструменти.

Все по-широко използвани в наше време са трансдермалната и локална хормоналнозаместителна терапия. За транскутанна употреба са подходящи както различни пластири, така и съдържащи хормони гелове, спрейове и други носители. Алтернатива на пероралните гестагени днес са интраутеринните пещари с левоноргестрел, които успешно могат да регулират маточната лигавица.

Налични са множество козметични продукти, съдържащи хиалуронова киселина, коензим Q10, колаген и други активни вещества, които биха могли да подобрят еластичността и естетиката на кожата, но са необходими повече изследвания в областта, за да се докаже тяхната безопасност и ефективност.

Всекидневно биват създавани и излизат на пазара различни мобилни приложения, които спомагат да се мониторира менопаузалната симптоматика, сърдечният ритъм, физическата активност и други релевантни за жените в пострепродуктивна възраст параметри. Например провеждането на интерактивна програма, базирана на мобилни телефони Interactive Voice Response (IVR) показва подобрене във функционирането и телесното тегло при постменопаузални жени [43]. Жените имат предварително зададени като цел определен брой стъпки за извървяване

дневно, като изпълнението се мониторира с педометър и резултатите се съобщават на автоматичната IVR система по телефона.

Иновациите навлизат и в областта на физическата активност. Резултати от проучване на White et al. намират, че 15 минути ниско до умерено физическо натоварване с велоаргометър при постменопаузални жени води до психични и физиологични ползи – спадане на средното артериално налягане, постигане на усещане за позитивност, релаксация и спокойствие [337]. Участниците в изследването споделят, че когато гледат видео от морски бряг или природа, докато спортуват, се чувстват по-позитивно, изпитват повече удоволствие и имат по-голяма готовност за следващи тренировки. При видео от градска обстановка не се забелязват позитивни резултати, докато при видео от морски бряг се установява най-голям спад в средното артериално налягане и усещане за най-бързо преминаване на времето за тренировка [337].

Биват създавани и изпитвани все по-съвършени и приложими тестове за определяне на менопаузалната симптоматика, рисковете от развитие на остеопороза, развитие на различни онкологични заболявания и много други. Инструменти разработени за идентифициране на жени с повишен риск от остеопороза, включват FRAX Fracture Risk Assessment Tool – FRAX), SCORE (Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation), ORAI (Osteoporosis Risk Assessment Instrument), OSIRIS (Osteoporosis Index of Risk) и OST (Osteoporosis Self-assessment Tool) [65]. DEXA сканиране е показано, ако техният риск от фрактури е висок (т.е. еквивалентен на този при жена на 65 или повече години) въз основа на изчисление FRAX без измерване на костната минерална плътност [81]. FRAX е компютърно базирано уравнение, което използва клинични рискови фактори (и, ако е налична, информация за костната минерална плътност), за да оцени 10-годишната вероятност от фрактури на пациента [52].

Дигиталната томосинтеза е алтернатива за скрининг на рак на гърдата. При сравнение на резултатите от скрининговата мамография с дигиталната томосинтеза на гърдата (DBT) и дигиталната мамография (DM) се откриват някои преимущества на първата модалност. В грубите анализи DBT се свързва с намален процент на повторни изследвания за поставяне на диагноза, повишен процент на откриване на рак, положителна прогностична стойност на контролите и процент на биопсия [[178] [245]]. Реконструираните квази-триизмерни данни, получени с дигитална томосинтеза на гърдата (DBT), подобряват видимостта на лезиите, позволявайки подобро откриване, характеризиране и локализиране на лезиите [[178] [245]].

Друга модалност за диагностика на рак на гърдата е ядрено-магнитният резонанс. Понастоящем ЯМР-скринингът в комбинация с мамография е насочен към пациенти с висок риск, което включва: носители на BRCA 1 или 2 мутация, нетествани жени, които имат роднина от първа линия с BRCA 1 или 2 мутация, риск от рак на гърдата през целия живот от 20-25% или повече, подложени на лъчелечение на гръдния кош на възраст между 10 и 30 г., генетична мутация в гените TP53 Tumor Protein 53 (Li-Fraumeni syndrome) или PTEN (Phosphatase and Tensin homolog) (синдром на Cowden) [82].

Все по-разпространени са и алгоритмите на изкуствения интелект, които могат бързо да синтезират и интерпретират големи количества клинични данни на нива, значително надвишаващи човешкия капацитет [5]. Създаването и широкото приемане на различни цифрови инструменти предоставя потенциални възможности за разширяване на подхода към скрининга и превенцията на сърдечно-съдовите заболявания [5]. Такива инструменти включват портали за комуникация с пациентите, улесняване на клиничните грижи, предоставяне на автоматизирана подкрепа и напомняния чрез системи за текстови съобщения [5].

Не на последно място иновации навлизат и в областта на хирургичните терапии. Все по-често се провеждат колпосуспензионни операции, които чрез повдигане и фиксиране на пикочния мехур помагат при състояние на уринарна стресинконтиненция, като същевременно навлизат и по-малко инвазивни терапии като парауретрални инжекциите с булкамид. Налични са невростимулационни техники и инжекции с ботулинов токсин, които имат позитивен ефект при императивна уринарна инконтиненция. Възможни са и операции, които чрез инкорпориране на чужди материали (Mesh, Sling и т.н.) могат да коригират анатомично десцендирането на органите и да подобрят функцията на пикочния мехур.

Само с непрекъснат прогрес на науката и с навлизането на иновативни, по-добри и по-сигурни методики може да се постигне подобрене на качеството на живот на жените в пострепродуктивна възраст и успех в превенцията, профилактиката и терапията на свързаните с менопаузата състояния.

## 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, по-тежка 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.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Менопаузата е универсално биологично събитие за всяка жена, настъпващо в резултат на изчерпване на яйчниковите фоликули и функционалните овариални резерви. Докато само преди един век на менопаузата се е гледало като на един късен етап от женския жизнен цикъл, то занапред тя все повече ще се превръща в едно типично за средната възраст събитие. С прогресивното увеличение на продължителността на живота жените ще прекарват близо половината от него в пострепродуктивна възраст.

Необходим е правилен подход към комплексната проблематика на менопаузата. Трябва да бъдат разглеждани както биологичната и клинична, така и психосоциалната страна на проблема. Отделните менопаузални симптоми не действат изолирано един от друг, нито пък имат едно единствено негативно влияние, като може да бъдат засегнати физическото функциониране и работоспособността. Намалената работоспособност може да доведе по различни начини (уволнение, дни в неработоспособност и т.н.) до финансови и социални проблеми, което от своя страна допълнително да редуцира и без това вече засегнатото качество на живот.

Поради високата честота на разпространение на менопаузалната симптоматика и значителното ѝ влияние върху качеството на живот ще трябва да се намерят точните механизми на възникване на отделните симптоми, да се проучат съответните рискови фактори и да се обяснят големите различия в проявлението им сред жените. Извън спектъра на внимание не трябва да остават и по-слабо разпространените симптоми, които също могат да имат значителна тежест (до степен на недееспособност) при определени индивиди. Подходящ пример тук са различните видове инконтиненция, които не застигат всеки един индивид, но могат да бъдат разрушителни за качеството на живот на засегнатите.

Здравеопазването трябва да обхване всички увредени по някакъв начин индивиди и да се погрижи за тях според специфичните им нужди. Нужно е да се наблегне на превенцията и профилактиката, тъй като те са се оказали много ефективни и значително по-малко струващи от лечението на различните болестни състояния и техните усложнения. Все повече проучвания показват, че огромна част от свързаните с менопаузата заболяемост и смъртност са предотвратими с промени в начина на живот. Така с изучаването на влиянието на диетата, трудовата дейност, образованието, вредните навици и физическата активност върху физиологията и патологията на менопаузата се осигуряват незаменими знания, които помагат да се спечели битката за по-здравословни пострепродуктивни години, още преди тя да е започнала. Изключително подходящо е развитието и прилагането на повече образователни програми за подобро обучение и информиране на женското население, както и на такива за скрининг при рисковите групи.

Приоритет трябва да бъде и изследователската дейност в областта на терапията и разработването на нови, по-ефективни и безвредни начини за справяне с менопаузалната симптоматика. Това биха могли да са както хормонални, така и нехормонални лекарства с по-малко странични ефекти, по-ниска цена и по-добро действие. Натрупват се все по-вече доказателства за благотворното действие на някои природни билкови продукти в лечението на менопаузалната симптоматика. Не трябва да се забравя и незаменимата роля на когнитивната поведенческа терапия и психосоматиката при терапията на много менопаузални жени.

От изключително значение е обучението на медицински специалисти, които да поемат грижите за жените в пострепродуктивните години, като важно е както качеството на обучителните програми, така и количеството на преминаващите през университетите кадри и баланса в териториалното им разпределение.

Използваните за горепосочените цели финанси няма да са просто изразходвани, те ще са инвестирани в здравето на женското население. Подобна инвестиция е с фундаментално значение, тъй като тя ще се възвърне многократно чрез предотвратените заболяемост и смъртност, редуцирането на прекараните в болест дни и подобряването на работоспособността и качеството на живот.

## 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.

## Декларация за оригиналност

Декларирам, че всички данни в настоящия дисертационен труд са резултат от извършената научноизследователска работа в катедра „Социална медицина“ на ФОЗ „Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн“ при Медицински университет-София. Резултатите, обсъжданията и изводите не са заимствани от други литературни източници, а при използването на такива, същите са задължително цитирани и приложени в библиографския списък.



Декларатор:.....  
/Ярослав Димитров Димитров/

## Библиография

1. Асенова, Св., Андреева-Гатева, П., Профилактика на остеопорозата чрез микронутриенти - съвременни патофизиологични аспекти
2. Бахчеванджиева Р., Същност и физикално лечение на остеопорозата – тихият крадец
3. Добрев П., Депресивни състояния на жени по време наменопаузата с добавъчен генитоуренарен синдром и съпътстващо онкологично заболяване
4. Министерство на Здравеопазването на Република България, Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията
5. Министерство на Здравеопазването на Република България, Наредба Номер 8 от 3 Ноември 2016 г. на Министерството на Здравеопазването за профилактичните прегледи и диспансеризацията
6. Национален статистически институт, Популация на Република България, декември 2005 по данни от Интернет
7. Томова А. Генов Н. Команов Ф. Menarche in Bulgarian-secular trend in twenty century
8. Abbott Laboratories FSH. Package Insert: Architect Analyzers; 6C24, 34-4680/R1. 2007-10
9. Abdullah NN, Daud S, Al-Kubaisy W, et al. Cervical cancer screening after 50: Near extinction? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;206:136–40.
10. Abedi P, Jafarzadeh M, Abbaspoor Z, et al. Haghhighizadeh MH, Hassani M. Education for sexual satisfaction promotion in postmenopausal women: Individual or group education.Iran? J Obstet Gynecol Infertil. 2017;20:16–23.
11. Abramson BL, Melvin RG. Cardiovascular risk in women: focus on hypertension.Can J Cardiol. 2014;30(5):553–9.
12. Adedinsewo D., Pollak A.,Phillips S. Cardiovascular Disease Screening in Women: Leveraging Artificial Intelligence and Digital Tools
13. Afshari F.,Bahri N.,Sajjadi M.,et al. Menopause uncertainty: the impact of two educational interventions amongwomen during menopausal transition and beyond
14. Agha, G.; Loucks, E.B.; Tinker, L.F.; et al. Healthy lifestyle and decreasing risk of heart failure in women: The Women’s Health Initiativeobservational study. J. Am. Coll. Cardiol. 2014, 64, 1777–1785
15. Agil A, Abike F, Daskapan A, et al. Short-term exerciseapproaches on menopausal symptoms, psychological health, andquality of life in postmenopausal women. Obstet Gynecol Int.2010;2010.
16. Akinpetide GO. Osteoporosis Knowledge, Beliefs, and Bone Promotion

- Behaviors of Postmenopausal African American (AA) Women. [Cited 3619306; 153], [Ph.D. Disertation] 2014.
17. Akker O. Published 2012 by John Wiley & Sons, Ltd. Reproductive Health Psychology, First Edition
  18. Al-Azzawi F, Palacios S. Hormonal changes during menopause. *Maturitas*. 2009; 63(2): e135-e137
  19. Alam, A (2006). Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. *Annals of Saudi medicine*, 26, 272.
  20. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Rev Obstet Gynecol* 2012; 5: 16-27
  21. Ande AB, Omu OP, Olagbuji NB (2011). Features and perceptions of menopausal women in Benin City, Nigeria. *Ann. Afr. Med.* 10(4):300- 304
  22. Anderson D, Seib C, Rasmussen L. Can physical activity prevent physical and cognitive decline in postmenopausal women? A systematic review of the literature. *Maturitas* 2014;79:14–33.
  23. Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & Porter-Steele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, 81,69-75.
  24. Andrews R., Hale G., John B. et al. Evaluating the Effects of Symptom Monitoring on Menopausal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis
  25. Anttila L, Koskinen P, Irjala et al. Reference intervals for serum sex steroids and gonadotropins in regularly menstruating women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:475-81
  26. Arroyo A, Yeh J. Understanding the menopausal transition, and managing its clinical challenges. *Sexuality Reproduction and Menopause* 2005;3:12–7
  27. Ashrafi M, Ashtiani S, Malekzadeh F, et al. Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran. *Int J Reprod Med.* 2010;8(1):29-32.
  28. Asrami F, Hamzehgardeshi Z. Shahhosseini Z. Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study (2016)
  29. Australian Government, Department of Health and Aging: Development of a new National Women's Health Policy Consultation Discussion Paper 2009
  30. Australian Women's Health Network, Women's Health: The new national agenda, AWHN Position Paper March 2008
  31. Aydin Y, Hassa H, Oge T, et al. Frequency and determinants of urogenital symptoms in postmenopausal Islamic women. *Menopause.* 2014;21(2):182–7.
  32. Ayers B, Smith M, Hellier J, et al. Effectiveness of group and self-help

- cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flashes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. *Menopause*. 2012;19:749-759.
33. Bailey TG, Cable NT, Aziz N, et al. Exercise training reduces the frequency of menopausal hot flashes by improving thermoregulatory control, *Menopause* 23 (2016)
  34. Baker A., Sirois-Leclerc H., Tulloch H. The impact of long-term physical activity interventions for overweight/obese postmenopausal women on adiposity indicators, physical capacity, and mental health outcomes: A systematic review. *J Obes* 2016. 2016;6169890.
  35. Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ
  36. Bansal P, Chaudhary A, Soni RK, et al. Menopausal problems among rural middle aged women of Punjab. *Int J Res Health Sci* 2013;1:103-9
  37. Barton DL, Schroeder KCF, Banerjee T, et al. Efficacy of a biobehavioral intervention for hot flashes: a randomized controlled pilot study. *Menopause*. 2017;24:774-782.
  38. Beard RJ, ed. 'The Menopause'. Lancaster, UK: MTP Press Ltd, 1976;25–32
  39. Beasley J, Schenk J., Ludman E. et al. Brief Telephone Intervention Increases Soy Intake in Peri- and Postmenopausal US Women: the Herbal Alternatives (HALT) Trial
  40. Bernis C, Reher D. Environmental contexts of menopause in Spain: comparative results from recent research. *Menopause*. 2007;14(4):777-87
  41. Bertero, C. (2003) What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Council of Nurses*, 50, 109 – 118
  42. Bircher, J. (2005) Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335 – 341
  43. Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009; 63: 160-163.
  44. Bojar I. Prophylaxis of cognitive functions disorders progressing with age in women. *Ann Agric Environ Med* 2015; 22: 573-5.
  45. Bowring CE, Francis RM. National Osteoporosis Society's Position Statement on hormone replacement therapy in the prevention and treatment of osteoporosis. *Menopause Int* 2011;17:63–65.
  46. Braithwaite D, Zhu W, Hubbard RA, et al. Screening outcomes in older US women undergoing multiple mammograms in community practice: does interval, age, or comorbidity score affect tumor characteristics or false positive rates? *J Natl Cancer Inst*. Mar 6; 2013 105(5):334–341.
  47. Braun M., Overbeek-Wager M., Grumbo R. *Diagnosis and Management of Endometrial Cancer*

48. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res ClinObstet Gynaecol.* 2009;23(1):25–32.
49. Buchanan , M. , Villagran , M. and Ragan , S. ( 2001 ) Women, menopause and (ms) information: communication about the climacteric . *Health Communication* , 14 , 99 – 119
50. Buckworth P., Pennell M., Katz M. et al. Walking intervention for postmenopausal women using mobilephones and interactive voice response, *J Telemed Telecare* 2012 Jan;18(1):20-5.
51. Butenandt A 1930 Über die Reindarstellung des Follikelhormones aus Schwangerenarn. *Zeitschrift für Physiologische Chemie* 191:127
52. Callisaya ML, Sharman JE, Close J, Lord SR, Srikanth VK. Greater daily defined dose of antihypertensive medication increases the risk of falls in older people e a populationbased study. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1527e33.
53. Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian physical activity guidelines and Canadian sedentary behaviour guidelines
54. Canario AC, Cabral PU, Spyrides MH, et al. The impact of physical activity on menopausal symptoms in middle-aged women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118(1):34–6.
55. Cardini F. et al. “The use of complementary and alternative medicine by women experiencing menopausal symptoms in Bologna,” *BMC Women’s Health*, vol. 10, article 7, 2010.
56. Carroll JC, Rosario ER. The potential use of hormone-based therapeutics for the treatment of Alzheimer’s disease. *Curr Alzheimer Res* 2012; 9: 18-34.
57. Catherine A, Meredith A, Donna F, et al. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopausal and quality of life. *Menopause.* 2012;20(1)
58. Celentano D. , Klassen A., Weisman C. , et al. “Cervical cancer screening practices among older women: results from the Maryland cervical cancer casecontrol study,” *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 41, no. 6, pp. 531–541, 1988
59. Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffi eld, UK. FRAX Fracture Risk Assessment Tool.
60. Cerruto M., D’Elia C., Aloisi A., et al. Prevalence, incidence and obstetric factors’ impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int* 2013;90:1–9. Epub 2012 Aug 3.
61. Chair S., Wang Q., Cheng H., et al. Relationship between sleep quality and cardiovascular disease risk in Chinese post-menopausal women
62. Chan C., Choi k. Wong R. Examining the Cervical Screening Behaviour of Women Aged 50 or above and Its Predicting Factors: A Population-Based Survey
63. Chan PK, Chang AR, Yu MY. Age distribution of human papilloma virus

- infection and cervical neoplasia reflects caveats of cervical screening policies. *Int J Cancer*. 2010;126(1):297-301.
64. Chang J., Shin D., Han K., et al. Obesity Has a Stronger Relationship with Colorectal Cancer in Postmenopausal Women than Premenopausal Women, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* (2020) 29 (11): 2277–2288.
  65. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, et al. Menopausal symptoms and associated risk factors among post-menopausal women screened for the metabolic syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;(3):161-8
  66. Cheng , M.H. , Wang , S.J. , Wang , P.H. et al. ( 2005 ) Attitudes toward menopause among middle aged women: A community survey of an island off Taiwan . *Maturitas* , 52 , 348 – 355
  67. Chester R. Kling J. Manson J. What the Women's Health Initiative has taught us about menopausal hormone therapy
  68. Chim H, Tan B, Ang C, et al. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas*. 2002;41(4):275- 82
  69. Choi E., Choi K., Park S. et al. The Benefit of Bone Health by Drinking Coffee among Korean Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Analysis of the Fourth & Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Surveys
  70. Chu-Hsu L., Kai-Hua C., Chien-Min C. et al. Low vegetable intake increases the risk of all-related fragility fracture in postmenopausal Taiwanese women, a prospective pilot study in the community
  71. Cintron D, Lipford M, Larrea-Mantilla L, Spencer-Bonilla G, Lloyd R, Gionfriddo MR, et al. Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2017;55(3):702–11.
  72. Compston J., Cooper A., Cooper C., et al. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos* 2017 Dec;12(1):43.
  73. Cosman F, de Beur S., LeBoff M., et al; National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int* 2014; 25(10):2359–2381.
  74. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, et al. Effectiveness of yoga for menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:863905.
  75. Cramer H, Rabsilber S, Lauche R, et al. Yoga and meditation for menopausal symptoms in breast cancer survivors—a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121:2175-2184.
  76. Crawford SL, Jackson EA, Churchill L, et al. Impact of dose, frequency of administration, and equol production on efficacy of isoflavones

- formenopausal hot flashes: a pilot randomized trial. *Menopause*. 2013;20(9):936–45
77. Cruickshank ME. Is cervical screening necessary in older women? *Cytopathology* 2001;12: 351-3
  78. Daley A, Stokes-Lampard H, Thomas A, et al. Aerobic exercise as a treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial protocol. *Maturitas* 2013;76:350–6.
  79. Dastgerdi F., Zandiyeh Z., Kohan S. Comparing the effect of two health education methods, self-directed and support group learning on the quality of life and self-care in Iranian postmenopausal woman, ,
  80. Davis S., Castelo-Branco C., Chedraui P., et al. as the Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012 (2012) Understanding weight gain at menopause, *Climacteric*, 15:5,419-429.
  81. Davis S., Lambrinoudaki I., Maryann M., et al. *Menopause*
  82. de Azevedo Guimaraes AC, Baptista F. Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *Int J Womens Health*. 2011;3:319–28.
  83. Debout C. The concept of quality of life in healthcare, a complex definition. *Soins*. 2011 Oct;(759):32-4
  84. Deeks A. and McCabe M. ( 2004 ) Well being and menopause: an investigation of purpose in life, self acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and post menopausal women *Quality of Life Research* , 13 , 389 – 398
  85. Deepika R., Wertheim B., et al. Associations between Self-Reported Physical Activity and Physical Performance Measures Over Time in Postmenopausal Women: The Women’s Health Initiative, *J Am Geriatr Soc*. 2017 Oct;65(10):2176-2181.
  86. DEMİR B., HABERAL A., OZTÜRKOĞLU A., et al., Pap Smear Screening Among the Postmenopausal Women (2010)
  87. DeSantis C, Ma J, Bryan L, et al. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin*, 64, 52-62.
  88. DeSapri K., Brook R. To scan or not to scan? DXA in postmenopausal women
  89. Digumarti L., Agarwal N., Vaze N., Clinical practice guidelines on menopause: \*An executive summary and recommendations
  90. Diniz TA, Neves LM, Rossi FE, et al. Weekly time spent in the standing position is independently related to a better quality of life in postmenopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;199:150–5.
  91. Dittus K, Geller B, Weaver DL, et al. Impact of Mammography Screening Interval on Breast Cancer Diagnosis by Menopausal Status and BMI. *J*

- Gen Intern Med. Jun 13.2013
92. Dube M.C., Lemieux S. Piche M.E., The contribution of visceral adiposity and mid-thigh fat-rich muscle to the metabolic profile in postmenopausal women. *Obesity*2011, 19, 953–959.
  93. Dugan SA, Bromberger JT, Segawa E, et al. Association between physical activity and depressive symptoms: midlife women in SWAN. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(2):335–42.
  94. Dündar P, Erbay O, Dilek O (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, 6, 43.
  95. El Sabagh E, Abd Allah E. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post-menopausal women from rural area in Zagazig city. *Life Sci J.* 2012;9(2):283
  96. Elavsky S, Gonzales JU, Proctor DN, et al. Effects of physical activity on vasomotor symptoms: examination using objective and subjective measures. *Menopause.* 2012;19(10):1095–103.
  97. Elkins GR. Relief From Hot Flashes: The Natural, Drug Free Program to Reduce Hot Flashes, Improve Sleep, and Ease Stress. New York, NY: Demos HEALTH; 2014.
  98. Ensan A. (MSc), Babazadeh R. (PhD), Aghamohammadian H. (PhD) et al. Effect of Training Based on Choice Theory on Health Promoting Lifestyle Behaviors among Menopausal Women
  99. Ensrud KE, Guthrie KA, Hohensee C, et al. Effects of estradiol and venlafaxine on insomnia symptoms and sleep quality in women with hot flashes. *Sleep.* 2015;38(1):97–108.
  100. Fahimeh S. S., Mojgan M., Kafiyeh M. Health Promoting Behaviors and Their Relationship With General Health in Menopausal Women of Langroud City (2017)
  101. Foster T. Role of estrogen receptor alpha and beta expression and signalling on cognitive function during aging. *Hippocampus* 2012; 22: 656-69.
  102. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007; 10: 197-214
  103. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., et al. Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstet. Gynecol.* 117, 1095–1104 (2011)
  104. Friedenreich C., Woolcott C., McTiernan C. et al. Adiposity changes after a 1-year aerobic exercise intervention among postmenopausal women: a randomized controlled trial, *Int J Obes (Lond)* 2011 Mar;35(3):427-35.
  105. Friedewald, SM, Rafferty, EA, Rose, SL, et al (2014). Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography. *JAMA*, 311, 2499-507.

106. Fuh , J.L. , Wang , S.J. , Lu , S.R. et al . ( 2001 ) The Kinmen women - health investigation (KIWI): a menopausal study of a population aged 40 – 54 . *Mauritas* , 39 , 117 – 124
107. Gangavati A., Hajjar I., Quach L., et al. Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study
108. Gao, Y.; Babazono, A.; Nishi, T.; et al. Could investment in preventive health care services reduce health care costs among those insured with health insurance societies in Japan? *Popul. Health Manag.* 2014, 17, 42–47.
109. Garcia-Unciti M., Izquierdo M., Idoate F., et al. Weight-loss diet alone or combined with progressive resistance training induces changes in association between the cardiometabolic risk profile and abdominal fat depots. *Ann Nutr Metab.* 2012;61:296–304.
110. Garcia, C. L., & Gómez-Calcerrada, S. G. (2011). Cognitive-Behavioral Intervention among Women with Slight Menopausal Symptoms: A Pilot Study. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 344-355. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n1.31](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.31)
111. Gartoulla P., Davis S., Worsley R. Use of complementary and alternative medicines for menopausal symptoms in Australian women aged 40–65 years *Med J Aust* 2015; 203 (3): 146
112. Gartoulla, P., Islam, M. R., Bell, R. J. et al. Prevalence of menopausal symptoms in Australian women at midlife: a systematic review. *Climacteric* 17, 529–539 (2014)
113. Gehad M, Samia A, Galila S. Effect of menopausal symptoms on women's quality of life in Benha city (Egypt) and Arar city (Kingdom of Saudi Arabia). *Med J Cairo Univ.* 2010;78(1):319-30
114. Gerber JR, Johnson JV, Bunn JY, et al. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertil Steril.* 2005;83:643–8.
115. Ghuorbani M, Azhari S, Esmaili H. The survey of relationship between health promotion behaviors and vasomotor's symptoms in menopausal women in Mashhad, Iran. *IJOGI* 2012;15(39):23-30.
116. Gibson C, Matthews K, Thurston R. Daily physical activity and hot flashes in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Flashes Study. *Fertil Steril.* 2014;101(4):1110–6.
117. Ginsberg R., Tinker L., Liu J., et al. Prevalence and correlates of body image dissatisfaction in postmenopausal women, *Women Health* 56 (2016) 23–47.
118. Gold E, Bromberger J, Crawford S, et al. Factors associated with age at natural menopause in multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153:865–74

119. Gold EB, Leung K, Crawford SL, et al. Phytoestrogen and fiber intakes in relation to incident vasomotor symptoms: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2013;20(3):305–14.
120. Gozuyesil E, Baser M. The effect of foot reflexology applied to women aged between 40 and 60 on vasomotor complaints and quality of life. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:78-85.
121. Greenberg I, Stampfer M, Schwarzfuchs D, et al. Adherence and success in long-term weightloss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). *J Am Coll Nutr*. 2009;28:159–168.
122. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, et al. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause* 2013 Jan;20(1):22-27
123. Greendale G.A., Sternfeld B., Huang M., et al. Changes in body composition and weight during the menopause transition, *JSI Insight* 2019 Mar 7;4(5):e124865.
124. Griva F, Anagnostopoulos F, Gourounti K, et al. (2013). Mammography screening within the context of the theory of planned behavior: The role of personality traits and personal factors. *Int J Psychol Studies*, 5, 98.
125. Gutierrez V., Luque T., Medina A. et al. Influence of exercise on mood in postmenopausal women. *J Clin Nurs*. 2012;21(7–8):923–8.
126. Hagner W., Hagner-Derengowska M., Wiacek M., et al. “Changes in level of VO<sub>2</sub>max, blood lipids, and waist circumference in the response to moderate endurance training as a function of ovarian aging,” *Menopause*, Sep-Oct 2009;16(5):1009-13.
127. Ham O. Predictors of health-related quality of life among low-income midlife women. *West J Nurse Res*. 2011; 33: 63-78.
128. Hamoda H. British Menopause Society and Women's Health Concern recommendations on the management of women with premature ovarian insufficiency. *Post Reprod Health* 2017;23(1):22e35.
129. Han U. Health promoting behavior and quality of life of chronic illness in Korea. *International Nursing Library* (2011)
130. Harlow S., Gass, M. Hall E., et al. EXECUTIVE SUMMARY of STRAW+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging
131. Harlow SD, Mitchell ES, Crawford S, et al. The ReSTAGE Collaboration: defining optimal bleeding criteria for onset of early menopausal transition. *Fertil Steril*. 2008;89(1):129–40.
132. Heidenreich, P. A. (2014). Healthy Lifestyles and Personal Responsibility. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(17), 1786-1788.
133. Heydari, L., Suhrabi, Z., Sayehmiri, F. et al. (2014). Effect of herbaceous medicines effective in hot flashes of menopause women: A systematic review and meta-analysis in Iran.

134. Hill-Sakurai LE, Muller J, Thom DH. Complementary and alternative medicine for menopause: a qualitative analysis of women's decision making. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):619–22.
135. Ho S., Wu S., Chan S., et al. Menopausal transition and changes of body composition: a prospective study in Chinese perimenopausal women. *Int J Obes* 2010 ; 34 : 1265 – 74., ,
136. Hogervorst E. Effects of gonadal hormones on cognitive behaviour in elderly men and women. *J Neuroendocrinol* 2013; 25: 1182-95.
137. Høj, K.; Skriver, M.V.; Hansen, A.L.; et al. Effect of including fitness testing in preventive health checks on cardiorespiratory fitness and motivation: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014, 10, 1057
138. Hsu CC, Kuo HC, Chang SY, et al. The assessment of efficacy of *Dioscorea alata* for menopausal symptom treatment in Taiwanese women. *Climacteric.* 2011;14:132-139
139. Huang A., Subak L., Wing R., et al. An intensive behavioral weight loss intervention and hot flashes in women. *Arch Intern Med* 2010 ; 170 : 1161 – 7.
140. Hunt K. “The basic social process of the menopausal transition”. *Journal of the Royal College of General Practice* 38 (2009): 398-401
141. Husain D, Khanna K, Puri S, Haghizadeh M. Supplementation of soy isoflavones improved sex hormones, blood pressure, and postmenopausal symptoms. *J Am Coll Nutr.* 2015;34:42–8. [PubMed: 25648211]
142. Hvas L. (2006) Menopausal women's positive experiences of growing older. *Maturitas*, 54, 245 – 251
143. Imayama, I., Alfano, C. M., Kong, A. et al. (2011). Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: A randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(118), 2-12.
144. IMS. Updated IMS Recommendation on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011; 14: 302-20.
145. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D.* Washington (DC): The National Academies Press; 2011.
146. Ioannides-Demos L., Piccenna L., McNeil J., *Pharmacotherapies for obesity: past, current, and future therapies.* *J Obes* 2011 ; 2011 : 179674.
147. Jahanfar S, Abdul Rahim A, Shah Reza B, et al. Age of Menopause and menopausal symptoms among Malaysian women who referred to health clinic in Malaysia. *Shiraz EMed J.* 2006;7:1-9.
148. Jansirani Natarajan., et al. “Review Literature on Distress during the Menopausal Transition and Their Impact on the Quality Of Life of Women: What is The Evidence”? *IOSR Journal of Nursing and Health Science*

- (IOSR-JNHS) 2.4 (2013): 01-10
149. Janssen I. , Powell L. , Kazlauskaitė R. , et al. Testosterone and visceral fat in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) fat patterning study . *Obesity* 2010 ; 18 : 604 – 10. , ,
  150. Jasińska M., Żułtak-Bączkowska M., Mroczek B., et al. Health behaviors of postmenopausal women
  151. Jassim G, Al-Shaboul Q. Attitude of Bahraini women towards the menopause: implication for health policy. *Maturitas*. 2008;59:358–372
  152. Jayabharathi B, Judie A. Prospective randomized interventional study to evaluate the effect of yoga on quality of life of menopausal women. *Glob J Res Anal*. 2014;3:207–9.
  153. Joffe H, Massler A, Sharkey KM. Evaluation and Management of Sleep Disturbance During the Menopause Transition. *Semin Reprod Med* 2010; 28: 404-421
  154. Joffe H, Massler A, Sharkey KM. Evaluation and Management of Sleep Disturbance During the Menopause Transition. *Semin Reprod Med* 2010; 28: 404-421
  155. Johnson A., Roberts A., Elkins G., Complementary and Alternative Medicine for Menopause
  156. Jones CE, Maben J, Jack RH, et al (2014). A systematic review of barriers to early presentation and diagnosis with breast cancer among black women. *BMJ Open*, 4, e004076.
  157. Jones GL, Sutton A: Quality of life in obese postmenopausal women. *Menopause Int* 2008, 14(1):26-32.
  158. Kagawa - Singer , M. , Kim , S. , Wu , K. et al. ( 2002 ) Comparison of the menopause and midlife transition between Japanese American and European American women . *Medical Anthropology Quarterly* , 16 , 64 – 91
  159. Kalahroudi M , Mahboubeh T, Sadat Z, et al. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 Years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud*. 2012;1(2);88-93
  160. Kanis JA; World Health Organization Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary health-care level. Technical Report. Sheffield, UK: World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, 2007
  161. Karacan S. Effects of a long-term aerobic exercise on physical fitness and postmenopausal symptoms with menopausal rating scale. *Sci Sports*. 2010;25(1):39–46.
  162. Karbaschi K, Zareiyan A, Dadgari F, Saidati S. The effect of self-care program based on Orem's theory on quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in military personnel. *Military Caring Sci*. 2015;2:69–78.
  163. Karimy M. Evaluation of the effect of educational intervention based on

- empowerment model of the health promotion behaviors on menopausal women. *Daneshvar Medicine*. 2011; 94:63-72(Persian).
164. Karmakar N., Majumdar S. , Dasgupta A. et al. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal
  165. Kase NG. Impact of hormone therapy for women aged 35 to 65 years, from contraception to hormone replacement. *Gender Medicine* 2009;6:37-59
  166. Kato I, Toniolo P, Akhmedkhanov A, et al. Prospective study of factors influencing the onset of natural menopause. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1271-6
  167. Kaufert P, Lock M, McKinlay S et al. Menopause research: the Korpilampi workshop. *Soc Sci Med* 1986;22:1285-1289
  168. Kaur S, Sidhu GK. Quasi – Experimental study to evaluate the effectiveness of soya powder on selected menopausal problems among perimenopausal women in selected rural areas of Ludhiana, Punjab. *Asian J Nurs Educ Res*. 2017;7:524–8.
  169. Kavitha G, Latha P, Indira S. Effectiveness of RED intervention on symptoms among postmenopausal women in selected villages at Nellore, Andhra Pradesh. *Int J Res Rev*. 2017;14:1–5.
  170. Kazemzadeh R, Nikjou R, Rostamnegad M, Norouzi H. Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: a crossover randomized clinical trial. *J Chin Med Assoc*. 2016;79:489-492.
  171. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev* 1993;15:36–47
  172. Kerlikowske K, Zhu W, Hubbard RA, et al. Outcomes of screening mammography by frequency, breast density, and postmenopausal hormone therapy. *JAMA Internal Medicine*. May 13; 2013;173(9):807–816.
  173. Kessler , R.C. , McGonagle , K.A. , Swartz , M. et al. ( 1993 ) Sex and depression in the National Comorbidity Survey, I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence . *Journal of Affective Disorders* , 29 , 85 – 96
  174. Khan UI, Wang D, Karvonen-Gutierrez CA, et al. Progression from metabolically benign to at-risk obesity in perimenopausal women: a longitudinal analysis of Study of Women Across the Nation (SWAN). *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(7):2516–25.
  175. Khani H, Moslemizadeh N, Montazeri A, et al. (2008). Breast cancer prevention: knowledge, attitudes and practices among Iranian health workers in southern coastwise of the Caspian Sea in 2006: a multi-center study. *Iran Quart J Breast Dis*, 2, 28-37.
  176. Kim KM, Choi SH, Lim S, et al. Interactions between dietary calcium intake and bone mineral density or bone geometry in a low calcium intake population (KNHANES IV 2008-2010). *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: 2409-17.

177. KIM L. POKORNY C. Faecal incontinence Under-reported, underdiagnosed
178. Kim, I. K., Choi, H. M., & Kim, M. H. (2012). Menopausal Knowledge and Management in Peri-menopausal Women. *The Korean Society of Menopause*, 18, 124-131. <http://dx.doi.org/10.6118/jksm.2012.18.2.124>
179. Kim, K.; Hwang, S. Impact of physical activity, central obesity and depression on the quality of life according to the presence of cardiovascular risk among menopausal middle-aged women: Secondary data analysis. *Korean J. Adult Nurs.* 2017, 29, 382–392
180. Kline CE, Irish LA, Krafty RT, Sternfeld B, Kravitz HM, Buysse DJ, et al. Consistently high sports/exercise activity is associated with better sleep quality, continuity and depth in midlife women: the SWAN sleep study. *Sleep.* 2013;36(9):1279–88.
181. Kline CE, Sui X, Hall MH, et al. Dose–response effects of exercise training on the subjective sleep quality of postmenopausal women: exploratory analyses of a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2012;2(4):e001044
182. Ko E., Tambouret R., Wilbur D et al. HPV Reflex Testing in Menopausal Women
183. Kolu P., Raitanen J., Nygård C., et al. Cost-Effectiveness of Physical Activity among Women with Menopause Symptoms: Findings from a Randomised Controlled Trial 2015
184. Kopiczko A. Bone mineral density in old age: the influence of age at menarche, menopause status and habitual past and present physical activity
185. Korhonen KE, Conant EF, Cohen EA, et al.. Breast cancer conspicuity on simultaneously acquired digital mammographic images versus digital breast tomosynthesis images. *Radiology* 2019;292(1):69–76.
186. Kravitz HM, Avery E, Sowers M, et al. Relationships between menopausal and mood symptoms and eeg sleep measures in a multi-ethnic sample of middle-aged women: the SWAN sleep study. *Sleep* 2011; 34: 1221-1232
187. Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Early menopause, number of reproductive years and bone mineral density in the postmenopausal women. *Am J Public Health* 1993;83:983–8
188. Kryger M, Lavie P, Rosen R. Recognition and diagnosis of insomnia. *Sleep* 1999; 22: 421-426
189. Kupfersztain C, Rotem C, Fagot R, et al. The immediate effect of natural plant extract, *Angelica sinensis* and *Matricaria chamomilla* (Climex) for the treatment of hot flushes during menopause. A preliminary report. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30:203-206.
190. Lachmann, P. J. (2011). The grandmother effect. *Gerontology*, 57(4), 375–377.

191. LAKSHMI K., CHITRALEKHA S., ILLAMANI V. et al. PREVALENCE OF BACTERIAL VAGINAL INFECTIONS IN PRE AND POSTMENOPAUSAL WOMEN
192. Lambiase MJ, Thurston RC. Physical activity and sleep among midlifewomen with vasomotor symptoms. *Menopause*. 2013;20(9):946–52.
193. Lambrinoudaki I, Brincat M, Erel CT, et al. EMAS position statement: managing obese postmenopausal women. *Maturitas*. 2010;66:323–6.
194. LaPorta J, McClowry R, McIntosh L, et al (2017). Addressing barriers to breast cancer screening: Where to intervene to increase mammogram completion rates.
195. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013;100(4):898–904.
196. Leach M, Moore V. Black cohosh (*Cimicifuga* spp) for menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD007244.
197. Lee JA , Kim JW , Kim DY . Effects of yoga exercise on serum adiponectin and metabolic syndrome factors in obese postmenopausal women . *Menopause* 2012 ; 19 : 296 – 301
198. Lee MS, Shin BC, Yang EJ, et al. Maca (*Lepidium meyenii*) for treatment of menopausal symptoms: a systematic review. *Maturitas*. 2011;70:227-233.
199. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women’s International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006; 13: 46-56.
200. Lemaire GS, Lenz ER. Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 39-48.
201. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, et al. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD001395., ,
202. Lindh - Astrand , L. , Bixo , M. , Hirschberg , A. et al. ( 2010 ) A randomized controlled study of taper down or abrupt discontinuation of hormone therapy in women treated for vasomotor symptoms . *Menopause* , 17 , 72 – 79
203. Lindh-Astrand L, Nedstrand E. Effects of applied relaxation on vasomotor symptoms in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2013;20:401-408.
204. Llana P., García-Portilla M. , Llana-Suárez D. , et al. Depressive disorders and the menopause transition . *Maturitas* 2012 ; 71 : 120 – 30.
205. Lo JC, Burnett-Bowie SA, Finkelstein JS. Bone and the perimenopause. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38(3):503–17.
206. Lovejoy JC, Champagne CM, De Jonge L, et al. Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition, et al.

- 32 (2008) 949–958.
207. Machado V., Valadares A., Costa-Paiva L., et al. Morbidades e fatores associados em mulheres climatéricas: estudo de base populacional em mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(5):215-220..
  208. Madhukumar S, Gaikwad V, Sudeepa D. A community based study on perceptions about menopausal symptoms and quality of life of post-menopausal women in Bangalore rural. *Int J Health Sci Res* 2012;2:49-56
  209. Makara-Studzińska M. , Kryś-Noszczyk K. , Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review
  210. Makara-Studzińska M. , Kryś-Noszczyk K. , Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review
  211. Malik E., Sheoran P., Siddiqui A. Health-Promoting Behaviors and Menopausal Symptoms: An Interventional Study in Rural India (2018)
  212. Mann E, Smith M, Hellier J, et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;13:309-318.
  213. Mansikkamaki K, Raitanen J, Malila N, et al. Physical activity and menopause-related quality of life - a population-based cross-sectional study. *Maturitas*. 2015;80(1):69–74.
  214. Mansikkamaki K, Raitanen J, Nygard CH, et al. Sleep quality and aerobic training among menopausal women – a randomized controlled trial. *Maturitas*. 2012;72(4):339–45.
  215. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2017;318:927–938.
  216. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the women's health initiative randomized trials. *JAMA*. 2013;310:1353–1368.
  217. Marlatt K, Ph.D., M.P.H, Beyl R., Ph.D, and Redman L., Ph.D. A qualitative assessment of health behaviors and experiences during menopause: a cross-sectional, observational study
  218. Mason C., Tapsoba J., Duggan C., et al. Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2019.
  219. Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, et al. Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: a cross-sectional study. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(6):552–60.
  220. 220: Miglioretti D., PhD, Zhu W., MS, Kerlikowske K., MD, et al, and the Breast Cancer Surveillance Consortium Risk of less-favorable breast

- tumor characteristics with biennial versus annual mammography by age and menopausal status, ,
221. Moghaddam F., Vahdati S., Khanahmadi S. et al. Determinants of Breast Cancer Screening by Mammography in Women Referred to Health Centers of Urmia, Iran
  222. Mohamed H., Lamadah S., Zamil L. Quality of life among menopausal women
  223. Mohammadi Zeidi E, Pakpour A, Mohammadi Zeidi B. The Impact of Educational Interventions based on Individual Empowerment Model on Knowledge, Attitude, Self-Efficacy, Self Esteem and Quality of Life of Postmenopausal Women. *Iran J Nurs.* 2013;26(81):21–31
  224. Moilanen JM, Mikkola TS, Raitanen JA, et al. Effect of aerobic training on menopausal symptoms – a randomized controlled trial. *Menopause* 2012; 19: 691-696
  225. Moilanen, J., Aalto, A.-M., Hemminki, E., et al. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67(4), 368-374.
  226. Morabi A, Costanza MC. World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives, International variability in ages at menarche, First live birth and menopause. *Am J Epidemiol* 1998;148:1195–1205
  227. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women — 2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(11):1243–62.
  228. Murad MH, Coto-Yglesias F, Varkey P, et al. The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Med Educ*. 2010;44(11):1057–68.
  229. Murphy, M., Verjee, M., Bener, A., & Gerber, L. (2013). The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric*, 16(5), 550–554.
  230. Muscat B. A HISTORY OF THE MENOPAUSE
  231. Nagarkar AM, Kulkarni SS. Obesity and its effects on health in middle-aged women from slums of Pune. *J Midlife Health*. 2018;9:79–84. [PMCID: PMC6006801] [PubMed: 29962806]
  232. Nagata C. Prevalence of hormone replacement therapy and user's characteristics: a community survey in Japan
  233. Nappi, R. E. & Palacios, S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric* 17, 3–9 (2014)
  234. Nash Z. Al-Wattar B. Davies M. Bone and heart health in menopause
  235. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in name
  236. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse Urinary Incontinence in Women
237. Nayak G, Kamath A, Kumar P, et al. A study of quality of life among perimenopausal women in selected coastal areas of Karnataka, India. *J Midlife Health* 2012;3:71-5
  238. Nazari M., Farmani S., Kaveh M. et al. The Effectiveness of Lifestyle Educational Program in Health Promoting Behaviors and Menopausal Symptoms in 45-60-Year-Old Women in Marvdasht, Iran
  239. Neves-e-Castro M, Birkhauser M, Samsioec G., et al. EMAS position statement: The ten point guide to the integral management of menopausal health
  240. Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: A hospital based survey. *J Pak Med Assoc* 2009;59:752-6
  241. Nojomi M, Namiranian N, Myers RE, et al. (2014). Factors associated with breast cancer screening decision stage among women in Tehran, Iran. *Int J Prev Med*, 5, 196.
  242. Norman , R.J. , Flight , I. and Rees , M. ( 2001 ) Oestrogen and progestogens hormone replacement therapy for perimenopausal and post menopausal women: Weight and body fat distribution . *Cochrane Review*. Volume 2
  243. Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, et al. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Educ Health Promot*. 2013;2:25.
  244. Noroozi, E., Miri, M. R., & Mohammadi, S. G. (2012). Application of behavioral analysis phase of PRECEDE model for quality of life survey in postmenopausal women in Birjand. 19(3), 312–323.
  245. Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, et al. Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan, 2011. *J Educ Health Promot* 2013;2:58
  246. North American Menopause Society
  247. Nusrat N., Sohoo N., Sikandar R. AGE AND SYMPTOMS AT NATURAL MENOPAUSE: A CROSS-SECTIONAL SURVEY OF RURAL WOMEN IN SINDH PAKISTAN
  248. Oliveira P., Gadelha A., Gauche R., Resistance training improves isokinetic strength and metabolic syndrome-related phenotypes in postmenopausal women, *Clin Interv Aging* 2015; 10: 1299–1304.
  249. Omidvar S, Bakouie F, Nasiri Amiri F. Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). *J Midlife Health*. 2011;2(2):77–80.
  250. Ossewaarde , M.E. , Bots , M.L. , Verbeek , A.L. et al. ( 2005 ) Age at menopause, cause specific mortality and total life expectancy . *Epidemiology* , 16 , 556 – 562

251. Osteoporosis Canada. Exercise for healthy bones [website]. Toronto: Osteoporosis Canada; 2014.
252. Østerås BH, Martinsen ACT, Gullien R, Skaane P. Digital mammography versus breast tomosynthesis: impact of breast density on diagnostic performance in population-based screening. *Radiology* 2019;293(1):60–68
253. Padubidri VG, Daftary SN. *Shaw's Textbook of Gynaecology. Menopause*. 13th ed. New Delhi: Reed Elsevier; 2006. p. 56-67
254. Palacios , S. , Henderson , V.W. , Sisles , N. et al. ( 2010 ) Age of menopause and impact of climacteric by geographical region . *Climacteric* , 134 , 419 – 428
255. Parker SE, Troisi R, Wise LA, et al. Menarche, menopause, years of menstruation, and the incidence of osteoporosis: the influence of prenatal exposure to diethylstilbestrol. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: 594-601.
256. Parsa P, Tabesh RA, Soltani F, et al. Effect of group counseling on quality of life among postmenopausal women in Hamadan, Iran. *J Menopausal Med*. 2017;23:49–55.
257. Patel, V., Koshy, S., & Ravindra, H. N. (2014). Effectiveness Of Structured Teaching Programme On Knowledge Regarding Menopausal Symptoms And Its Management Among Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3(3), 22-26.
258. Peng W, Adams J, Hickman L, Sibbritt DW. Complementary/alternative and conventional medicine use amongst menopausal women: Results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Maturitas* 2014; 79: 340–342.
259. Pensri R, Siriporn C and Milica M (2007): Quality of Life Perceptions of Middle-Aged Women Living with a Disability in Muang District, KhonKaen, Thailand: WHOQOL Perspective. *J Med Assoc Thai.*, 90 (8): 1640-6
260. Perez-Lopez FR. An evaluation of the contents and quality of menopause information on the World Wide Web. *Maturitas*. 2004;49(4):276–82.
261. Pimenta F. , Leal I. , Maroco J. et al. Menopause Symptoms 'Severity Inventory (MSSI-38): assessing the frequency and intensity of symptoms (2012)
262. Poomalar GK, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res* 2013 Jan;7(1):135-139
263. Potdar, N., & Shinde, M. (2014). Psychological problems and coping strategies adopted by post menopausal women. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(2), 293–300.
264. Prieto-Alhambra D, Premaor MO, Fina Aviles F, et al. The association between fracture and obesity is site-dependent: a population-based study in postmenopausal women. *J Bone Min Res* 2012;27:294e300.
265. Provencher , H.L. ( 2007 ) Psychological factors in studying recovery

- from a transactional stress - coping approach: implications for mental health nursing practices . *International Journal of Mental Health Nursing* , 16 , 188 – 197
266. Radiological Society of North America, Inc. (RSNA). Radiation dose in X-ray and CT exams. , ,
267. Rahman SA, Zainudin SR, and Kar Mun VL (2010): Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 9:5
268. Rahn DD, Ward RM, Sanses TV, et al. Vaginal estrogen use in postmenopausal women with pelvic floor disorders: systematic review and practice guidelines. *Int Urogynecol J* 2014
269. Ranasinghe C, Shettigar PG, Garg M. Dietary intake, physical activity and body mass index among postmenopausal women. *J Midlife Health*. 2017;8:163–9.
270. Randolph JF Jr, Sowers M, Gold EB, et al. Reproductive hormones in early menopausal transition: relationship to ethnicity, body size and menopausal status. *J clin Endocrinol Metab* 2003;88:1516–22
271. Raz R. Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women
272. Razmjou, S.; Abdunour, J.; Bastard, J.P.; et al. Body composition, cardiometabolic risk factors, physical activity, and inflammatory markers in premenopausal women after a 10-year follow-up: A MONET study. *Menopause* 2018, 25, 89–97.
273. Reece , S.M. and Harkless , G.E. ( 2006 ) Perimenopausal Health self efficiency among Hispanic Caribbean and non Hispanic White women . *Health Care for Women International* , 27 , 223 – 237
274. Reed SD, Guthrie KA, Newton KM, et al. Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise, and omega-3 supplements. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210:244.e1-e11.
275. Regan JA. Motivating students towards self-directed learning. *Nurse Educ Today*. 2003;23(8):593–9.
276. Riesco E, Choquette S, Audet M, et al. Effect of exercise combined with phytoestrogens on quality of life in postmenopausal women. *Climacteric*. 2011;14:573-580.
277. Rikkinen T, Sund R., Sirola J., et al. Obesity is associated with early hip fracture risk in postmenopausal women: a 25-year follow-up. *Osteoporos Int* , 2021 Apr;32(4):769-777.
278. Rimaz, S., Zareie, F., & Shamsalizadeh, N. (2013). Iranian women's understandings of menopause and cultural scenarios. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 11(1), 1–16.
279. Rizvi, S. A., Jalil, F., Azam, S. I., et al. (2012). Prevalence of menopause, chronic illnesses and life style of middle aged women in Karachi, Pakistan. *US National Library of Medicine Enlisted Journal*, 5(4), 347-354.

280. Rotem C, Kaplan B. Phyto-female complex for the relief of hotflashes, night sweats and quality of sleep: randomized, controlled, double-blind pilot study. *Gynecol Endocrinol.* 2007;23:117-122.
281. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(2):233–40
282. Rutanen R, Luoto R., Raitanen J. et al. Short- and Long-term Effects of a Physical Exercise Intervention on Work Ability and Work Strain in Symptomatic Menopausal Women
283. Ryan J, Artero S, Carrière I, et al. Brain volumes in late life: gender, hormone treatment, and estrogen receptor variants. *Neurobiol Aging* 2014; 35: 645-54.
284. Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, et al. Relaxation for perimenopausal and postmenopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD008582.
285. Sagdeo MM, Arora D. Menopausal symptoms: A comparative study in rural and urban women. *JK Sci J Med Educ Res* 2011;13:23-6
286. Saravi FD, Sayegh F. Bone mineral density and body composition of adult premenopausal women with three levels of physical activity. *J Osteoporos* 2013; 2013:953271.
287. Sarkar A, Pithadia P, Goswami K, et al. A study on health profile of postmenopausal women in Jamnagar district, Gujarat. *J Res Med Dent Sci* 2014;2:25-9
288. Saslow D., Runowicz C., Solomon D., et al. American Cancer Society Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:342-62
289. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric.* 2005;8(2):146–53
290. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ.* 2012;345:e6409.
291. SEER, SEER Cancer Statistics Review, 1975–2007. 2010
292. Sehhatie Shafaie F, Mirghafourvand M, Jafari M. Effect of education through support – Group on early symptoms of menopause: A randomized controlled trial. *J Caring Sci.* 2014;3:247–56.
293. Selkoe DJ. Alzheimer's disease. *Cold Spring Harb Perspect Biol* 2011
294. Seyedfatemi, N., Salsali, M., Rezaee, N., & Rahnavard, Z. (2014). Women's health concept: A meta-synthesis study. *Iranian Journal of Public Health*, 43(10), 1335–1344
295. Shakeri F, Taavoni S, Goushegir A, et al. Effectiveness of red clover in alleviating menopausal symptoms: a 12-week randomized, controlled trial. *Climacteric.* 2015;18:568-573.
296. Shakila, P., Sridharan, P., & Thiyagarajan, S. (2014). An Assessment of

- Women's Awareness and Symptoms in Menopause (A Study with Reference to Academic Women's at Sri Lanka). *Journal of Business & Economic Policy*, 1(2), 115-124.
297. Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *J Midlife Health* 2015;6:16-20
298. Sharma S, Tandon VR, Mahajan A. Menopausal symptoms in Urban women. *J K Sci* 2007;9:13–17
299. Shifren JL, Gass ML. NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*. 2014;21(10):1038–62.
300. Silvea E. Thomas Menopause Knowledge and Attitudes of English-Speaking Caribbean Women: Implications for Health Education
301. Skates S., Mai P. Horick N. Large Prospective Study of Ovarian Cancer Screening in High-Risk Women: CA125 Cut-Point Defined by Menopausal Status
302. Skrzypulec V. Seksualność kobiet w okresie klimakterium. W: LewStarowicz Z, Skrzypulec V. Podstawy seksuologii. Wyd. I. Wyd. PZWL, Warszawa 2010; 138-144
303. Sluijs C., Lombardo F., Lesi G., et al. Social and Cultural Factors Affecting Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use during Menopause in Sydney and Bologna
304. Smirnova, M. H. (2012). A will to youth: The woman's antiaging elixir. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1236–1243
305. Smith CC, Vedder LC, Nelson AR, et al. Duration of estrogen deprivation, not chronological age, prevents estrogen's ability to enhance hippocampal synaptic physiology. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107: 19543-8.
306. Soares CN and Taylor V. "Effects and management of the menopausal transition in women with depression and bipolar disorder". *Journal of Clinical Psychiatry* 68.9 (2007): 16-21
307. Soberon J, Calderon JJ, Goldzieher JW. Relation of parity to age at menopause. *Am J Obstet Gynecol* 1966;96:96–100
308. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
309. Soleimani, M. A., Negarandeh, R., Bastani, F., et al. (2014). Disrupted social connectedness in people with Parkinson's disease. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 136–141.
310. Soules, M.R., Sherman, S., Parrott, E. et al. (2001a) Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Fertility and Sterility, 76, 874 – 878. Soules, M.R., Sherman, S., Parrott, E. et al. (2001b) Stages of Reproductive Change Workshop (STRAW). *Journal of Women's Health and Gender – Based Medicine*, 10, 843 –

311. Stacie E. Geller, Ph.D. Laura Studee, MPH Soy and Red Clover for Midlife and Aging
312. Stefanska, A.; Bergmann, K.; Sypniewska, G. Metabolic Syndrome and Menopause: Pathophysiology, Clinical and Diagnostic Significance. *Adv. Clin. Chem.* 2015, 72, 1–75.
313. Sternfeld B, Dugan S. Physical activity and health during the menopausal transition. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3):537–66.
314. Sternfeld B, Guthrie KA, Ensrud KE, et al. Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause.* 2014;21(4):330–8.
315. Stojanovska L., et al. “To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond”. *Maturitas* 77.4 (2014): 318-323
316. Stoll C, Roberts S, Cheng MR, et al (2015). Barriers to mammography among inadequately screened women. *Health Educ Behav*, 42, 8-15.
317. Stricker R, Eberhart R, Chevailler MC, Quinn FA et al. Establishment of detailed reference values for luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, estradiol, and progesterone during different phases of the menstrual cycle on the Abbott ARCHITECT analyzer. *Clin Chem Lab Med.* 2006;44(7):883–7
318. Stute P., Ceausu I., Depypere H et al. A model of care for healthy menopause and ageing: EMAS position statement
319. Tan MN, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):38., ,
320. Tatsuno I, Terano T, Nakamura M, et al. Lifestyle and osteoporosis in middle-aged and elderly women: Chiba bone survey. *Endocr J* 2013;60:643e50.
321. Tavakolian L, Boniadi F, Malekzadeh E (2015). The investigation of factors associated with breast cancer screening among Kazeroon women aged 20-65 in 2013. *Nurs J Vulnerable*, 1, 17-31.
322. The Cancer Genetics Network, a National Institute of Cancer, Clinical trial to screen participants who are at high genetic risk for ovarian cancer—NCT00039559. 2001
323. The International Society for Clinical Densitometry. 2015 ISCD official positions—adult.
324. Thurston R, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the study of women’s health across the nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38:489-501
325. Thurston R., Ewing L., Low C., et al. Behavioral Weight Loss for the Management of Menopausal Hot Flashes: A Pilot Study, *Menopause* 2015

- Jan;22(1):59-65.
326. Tom SE, Kuh D, Guralnik JM, et al. Self-reported sleep difficulty during the menopausal transition: results from a prospective cohort study. *Menopause* 2010; 17: 1128-1135
  327. Tomaszewski J. Postmenopausal overactive bladder (2014)
  328. Torrens J.I., Sutton-Tyrrell K.; Zhao X.; et al. Relative androgen excess during the menopausal transition predicts incident metabolic syndrome in midlife women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2009, 16, 257–264.
  329. Travers C, O'Neill SM, King R, et al. Greene Climacteric Scale: norms in an Australian population in relation to age and menopausal status. *Climacteric* 2005; 8: 56-62
  330. Tucker LA, Fosson E, Bailey BW, et al. Is the dose-response relationship between body mass and hip bone mineral density in women influenced by diet, physical activity, or menopause? *Am J Health Promot* 2014; 28: 325-7.
  331. Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, et al. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. *J Am Acad Nurse Pract* 2007; 19: 602-613
  332. Uebelhack R, Blohmer JU, Graubaum HJ, et al. Black cohosh and St. John's wort for climacteric
  333. United Nations The World's Women 2015 Trends and Statistics
  334. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. World Population Ageing 2013
  335. Utian WH & Woods NF. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause* 2013;20:1098-105
  336. Utian WH. "Quality of life (QOL) in menopause". *Maturitas* 57.1 (2007): 100-102
  337. Vallance JK, Murray TC, Johnson ST, et al. Quality of life and psychosocial health in postmenopausal women achieving public health guidelines for physical activity. *Menopause*. 2010;17(1):64–71.
  338. van Gemert Willemijn A. , Peeters P. , Adriaan A. et al. Effect of diet with or without exercise on abdominal fat in postmenopausal women - a randomised trial, *BMC Public Health*, 2019 Feb 11;19(1):174.
  339. Velentzis L., Banks E., Sitas F., et al. Use of Menopausal Hormone Therapy and Bioidentical Hormone Therapy in Australian Women 50 to 69 Years of Age: Results from a National, Cross-Sectional Study
  340. Vianna LC, Oliveira RB, Araújo CGS. Age-related decline in handgrip strength differs according to gender. *J Strength Cond Res*. 2007;21(4):1310–1314.
  341. Vijayalakshmi S, Chandrababu R, Eilean Victoria L. Menopausal transition among Northern Indian women. *Nitte Univ J Health Sci* 2013;3:73-9

342. Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, et al. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause*. 2009;16:164-70.
343. Wasti S, Robinson SC, Akhtar Y, et al. Characteristics of menopause in three socioeconomic urban groups in Karachi, Pakistan. *Maturitas* 1993;16:61–9
344. White M., Pahl S., Ashbullby K. et al. The Effects of Exercising in Different Natural Environments on Psycho-Physiological Outcomes in Post-Menopausal Women: A Simulation Study
345. Whiteley J., et al. “The Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life, Productivity, and Economic Outcomes”. *Journal of Women’s Health* 22.11 (2013): 983-990
346. Woods NF, Mitchell ES. Sleep symptoms during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women’s Health Study. *Sleep* 2010; 33: 539-549
347. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group. 866, 12-14. 1996. Geneva, WHO. WHO Technical Report Series.
348. Xu Q, Lang CP, Rooney N. A systematic review of the longitudinal relationships between subjective sleep disturbance and menopausal stage. *Maturitas*. 2014;79(4):401–12
349. Yang, C. F., Kenney, N. J., Chang, T. C., et al.. S. R. (2016). Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*
350. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Khoei EM, et al. The Effect of Support Group Method on Quality of Life in Post-menopausal Women. *Iran J Public Health*. 2012;41(11):78–84.
351. Ziaei S, Kazemnejad A, Zareai M. The effect of vitamin E on hotflashes in menopausal women. *Gynecol Obstet Invest*. 2007;64:204-207.

## Приложение 1.

Списък  
на населените места, в които е осъществено събиране на първичната  
информация на проучването П<sub>2</sub>

Област	Община	Населено място
01 Благоевград	Благоевград	гр. Благоевград
	Банско	гр. Банско
02 Бургас	Айтос	гр. Айтос
	Бургас	гр. Бургас
	Камено	с.Трояново
03 Варна	Варна	Р-н 01 Одесос
		Р-Н 02 Приморски
		Р-Н 03 Младост
		Р-Н 04 Вл. Варненчик
		Р-Н 05 Аспарухово
		Долни Чифлик
04 Велико Търново	Горна Оряховица	гр. Долна Оряховица
	Велико Търново	гр. Велико Търново
	Елена	с. Майско
05 Видин	Видин	гр. Видин
	Видин	с. Покрайна
06 Враца	Козлодуй	гр. Козлодуй
	Враца	гр. Враца
	Борован	с. Малорад
07 Габрово	Трявна	гр. Трявна
	Габрово	гр. Габрово
	Габрово	с. Яворец
08 Добрич	Балчик	гр. Балчик
	Добрич	гр. Добрич
	Добричка	с. Бенковски
09 Кърджали	Кърджали	гр. Кърджали
	Кирково	с. Горски Извор
10 Кюстендил	Кюстендил	с. Жабокрът
	Кюстендил	гр. Кюстендил
	Дупница	гр. Дупница
11 Ловеч	Тетевен	гр. Тетевен

	Ловеч	гр. Ловеч
	Угърчин	с. Кирчево
12 Монтана	Лом	с. Ковачица
	Монтана	гр. Монтана
	Вълчедръм	гр. Вълчедръм
13 Пазарджик	Брацигово	гр. Брацигово
	Пазарджик	гр. Пазарджик
	Лесичово	с. Калугерово
14 Перник	Перник	гр. Перник
15 Плевен	Левски	гр. Левски
	Плевен	гр. Плевен
	Никопол	с. Новачене
16 Пловдив	Първомай	гр. Първомай
	Пловдив	Р-Н 01 Централен
		Р-Н 02 Източен
		Р-Н 03 Западен
		Р-Н 04 Северен
		Р-Н 06 Тракия
	Раковски	с. Белозем
17 Разград	Разград	гр. Разград
	Лозница	с. Бели Лом
18 Русе	Русе	гр. Русе
	Две могили	с. Баниска
19 Силистра	Силистра	гр. Силистра
	Ситово	с. Искра
20 Сливен	Твърдица	гр. Твърдица
	Сливен	гр. Сливен
	Котел	с. Градец
21 Смолян	Смолян	гр. Смолян
	Баните	с. Баните
22 София-град	София-град	01 Средец
		02 Красно Село
		03 Възраждане
		04 Оборище
		05 Сердика
		06 Подуяне
		07 Слатина
		08 Изгрев

		09 Лозенец
		10 Триадица
		11 Красна Поляна
		13 Надежда
		14 Искър
		15 Младост
		16 Студентски
		18 Овча Купел
		19 Люлин
		20 Връбница
		21 Нови Искър
23 София-област	Драгоман	гр. Драгоман
	Елин Пелин	с. Елин Пелин - гара Елин Пелин
24 Стара Загора	Чирпан	гр. Чирпан
	Стара Загора	гр. Стара Загора
	Гурково	с. Паничерево
25 Търговище	Търговище	гр. Търговище
	Антоново	с. Трескавец
26 Хасково	Свиленград	гр. Свиленград
	Хасково	гр. Хасково
	Харманли	с. Шишманово
27 Шумен	Шумен	гр. Шумен
	Хитрино	с. Живково
28 Ямбол	Ямбол	гр. Ямбол
	Тунджа	с. Безмер

## Приложение 2.

### **Анкетна карта към проучване П1**

Менопаузата е абсолютно нормален физиологичен процес, който засяга всяка една жена по света в даден момент от нейния живот. С напредване на възрастта количествата на женските полови хормони постепенно намаляват, менструационните цикли спират и по този начин се стига до един естествен завършек на репродуктивните години. През този период жените биха могли да изпитат множество оплаквания, които да доведат до влошено качество на живот. Поради тази причина изготвихме следната анкета специално за жени на възраст между 45 и 65 години. Тя е абсолютно АНОНИМНА и попълването ѝ ще Ви отнеме около 10 минути. Участието Ви ще спомогне за по-доброто разбиране на менопаузата и нейните ефекти върху качеството на живот. Моля отговорете на въпросите и попълнете необходимата информация:

- 1) Вашата възраст е ..... години; Вашето тегло е ..... кг, Вашият ръст е ..... см;
- 2) Семейно положение: 1) омъжена 2) неомъжена 3) разведена 4) вдовица
- 3) Какво образование имате? 1) начално 2) основно 3) средно 4) висше 5) друго
- 4) Работите ли към дадения момент? 1) Да 2) Не, безработна съм 3) Не, пенсионирана съм
- 5) Приемате ли алкохол? (Едно питие се равнява на 300 мл бира, 100 мл вино или 30 мл концентрат)  
1) Не 2) Не, но преди пиех по ..... питиета седмично 3) Да. Пия по ..... питиета седмично
- 6) Пушач ли сте? 1) Не 2) Не, но преди пушех по ..... цигари дневно 3) Да. Пуша ..... цигари дневно
- 7) Как бихте оценили здравословното си състояние към дадения момент?  
1) лошо 2) задоволително 3) добро 4) много добро 5) отлично
- 8) Моля посочете хроничните заболявания, които имате:
- 9) На каква възраст започнаха менструационните Ви цикли? .....
- 10) На каква възраст беше последната Ви менструация: .....
- 11) Провеждате ли заместителна терапия с женски полови хормони? 1) Не 2) Да
- 12) Приемате ли други хормонални препарати? 1) Не 2) Да, приемам

13) Моля посочете гинекологичните операции (свързани с яйчници, матка или гърда), които имате:

14) Колко бременности сте имали? Брой бременности: .....

15) От тези бременности колко са завършили с: нормално раждане ....., аборт ....., секцио ....., оперативно раждане (форцепс или вакуум екстракция) ....., аборт по ваше желание

16) Как се е променило качеството Ви на живот след настъпването на свързаните с менопаузата промени? 1) Не се е променило 2) Качеството на живот е по-лошо 3) Качеството на живот е по-добро

17) Какво е отношението Ви към свързаните с менопаузата промени?

1) силно негативно 2) негативно 3) неутрално 4) позитивно 5) силно позитивно

18) Как бихте оценили информираността си за свързаните с менопаузата промени и оплаквания?

1) много оскъдна 2) оскъдна 3) добра 4) много добра 5) отлична

19) Сексуално активни ли сте към дадения момент? 1) Да 2) Не

**Въпросите с номера 20 – 25 се отнасят само до жени, които имат менструационен цикъл. Ако не сте имали менструационен цикъл повече от 12 месеца, моля да ги пропуснете и да преминете към въпросите на следващата страница.**

20) През какъв интервал от време се редуват менструационните ви цикли? Брой дни:

21) Променил ли се е интервалът от време между менструационните Ви цикли през последните пет години? 1) Не 2) Да, интервалът е по-кратък от преди 3) Да, интервалът е по-продължителен от преди

22) Каква е средната продължителност на менструационното Ви кървене? Брой дни:

23) Променила ли се средната продължителност на менструационното Ви кървене през последните пет години? 1) Не 2) Да, кървенето продължава по-кратко 3) Да, кървенето продължава по-дълго

24) Променила ли се е обилността на менструационното Ви кървене през последните пет години?

1) Не 2) Да, кървенето е по-слабо от преди 3) Да, кървенето е по-обилно от преди

25) Използвате ли някакъв метод на контрацепция: 1) Не 2) Да, използвам .....

**В следната таблица сме изброили някои от най-често срещаните оплаквания, свързани с менопаузата, напредването на възрастта и намаляването на количествата на полови хормони.**

В графа „Честота“ поставете оценка на честотата, с която съответното оплакване се среща при вас.

В графа „Ефект“ оценете негативния ефект на съответния симптом върху качеството Ви на живот.

**В следната таблица сме изброили някои от най-често срещаните оплаквания при жени в менопауза.**

В графа „честота“ след съответното оплакване поставете оценка от „0“ до „9“, за да покажете честотата, с която то се среща при вас. Отбележете с „0“, ако нямате този симптом. Оценка „1“ би означавала, че имате даденото оплакване много рядко, докато максималната оценка „9“ би показала, че страдате от този симптом изключително често.

В графа „ефект“ оценете от „0“ до „9“ негативния ефект на съответния симптом върху качеството Ви на живот. Оценка „0“ би означавала, че даденият симптом няма отношение към качеството Ви на живот. С оценка „1“ отбележете симптомите с минимален ефект, а с „9“ тези оплаквания, които повлияват живота Ви в най-голяма степен.

Симптом	Честота	Ефект
Тук са изброени съответните симптоми, които Ви трябва да оцените според честотата и ефекта им върху качеството Ви на живот. Срещу всяко оплакване отбележете съответната цифра за „Честота“ и „Ефект“.	0 - никога не се е случвало; 1 - случвало се е еднократно; 2 - случва се по-рядко от веднъж седмично; 3 - случва се по-често от веднъж седмично; 4 - случва се по-често от веднъж дневно; 5 - случва се постоянно;	Ефект 0 – няма ефект 1 – много слаб ефект 2 – слаб ефект 3 – умерен ефект 4 – силен ефект 5 – много силен ефект
Сърбежи по кожата		
Нововъзникнало окосмяване в областта на лицето		
Болки и схванатост в ставите и мускулите		
Надаване на тегло		
Усещане за прескачане на сърцето		
Усещане за „горещи вълни“ по тялото		
Обилно нощно потене		
Силни главоболия		
Проблеми със съня: трудно заспиване, ранно събуждане или будения през нощта		

По-тежка от обикновено умора		
Проблеми с концентрацията		
Лоша памет		
Раздразнителност		
Тревожност		
Депресивни настроения		
Често и бързо променящи се настроения		
Неконтролируемо изпускане на фекалии или газове		
Неконтролируемо изпускане на урина при закашляне или физическо натоварване		
Неконтролируемо изпускане на урина при позив за уриниране		
Учестено уриниране		
Чести инфекции на пикочните пътища		
Чести вагинални инфекции		
Чувство за натиск или усещане за чуждо тяло във влагалището		
Усещане за сухота във влагалището		
Болка и неприятни усещания при полов контакт		
Загуба на интерес към сексуална активност		
Намалена задоволеност от сексуалния Ви живот		

## **Анкетна карта към основното проучване П2**

### **Уважаеми Дами**

Менопаузата е абсолютно нормален физиологичен процес, който засяга всяка една жена в даден момент от нейния живот. С напредване на възрастта функционирането на яйчниците постепенно намалява, менструационните цикли спират и по този начин се стига до един естествен завършек на репродуктивните години. Изготвихме следната анкета специално за жени над 45 годишна възраст. Тя е абсолютно АНОНИМНА и попълването ѝ ще Ви отнеме около 15 минути. Участието Ви ще ни помогне да оценим обхвата на грижите за жените след репродуктивната възраст и ще ни даде ценна информация за Вашите лични предпочитания.

Благодарим предварително за отделеното време!

**Моля, отговорете на въпросите, като оградите с кръгче отговора, който е най-подходящ за Вас, или попълнете необходимата информация:**

**1) Вашата възраст е ..... години;**

**2) Вашето тегло е ..... кг;**

**3) Вашият ръст е ..... см;**

**4) Какво образование имате?**

1) начално    2) основно    3) средно    4) висше    5) друго .....

**5) Как бихте оценили здравето си към дадения момент?**

1) лошо    2) задоволително    3) добро    4) много добро    5) отлично

**6) На каква възраст започнаха менструационните Ви цикли?**

На ..... години

**7) На каква възраст беше последната Ви менструация:**

На..... години

**8) През какъв интервал от време се редуват менструационните ви цикли? (ако имате такива )**

Брой дни: .....

**9) Провеждате ли заместителна терапия с женски полови хормони?**

1) Не, защото .....

2) Не, но предиизползвах .....

3) Да,  
ИЗПОЛЗВАМ .....

10) Ако приемате хранителни добавки, витамини или билкови препарати моля да ги изброите:

.....  
.....

11) Приемате ли редовно лекарства?

1) Не 2) Да, приемам.....

.....

12) Имали ли сте сериозни падания с тежки наранявания или счупвания на кости след 45 годишна възраст?

1) Не 2) Да

13) Ако страдате от някакви заболявания ги избройте: .....

14) Ако имате хронични или ракови заболявания в семейството ги избройте: .....

15) Сексуално активни ли сте към дадения момент?

1) Не 2) Да

16) Използвате ли лубрикант при полов контакт?

1) Не 2) Да

17) Как се е променило общо качеството Ви на живот след настъпването на свързаните с менопаузата промени?

1) Не се е променило 2) Качеството на живот е по-лошо 3) Качеството на живот е по-добро

18) Какво е отношението Ви към свързаните с менопаузата промени?

1) силно негативно 2) негативно 3) неутрално 4) позитивно

5) силно позитивно

19) Как оценявате информираността си за свързаните с менопаузата промени и оплаквания?

1) твърде недостатъчна 2) недостатъчна 3) добра 4) много добра  
5) отлична

20) Искате ли да промените телесното си тегло?

1) Не 2) Искам да отслабна 3) Искам да напълнея

21) Приемате ли алкохол? (Едно питие е равно на 300 мл бира, 100 мл вино или 30 мл концентрат)

1) Не 2) Не, но преди пиех по ..... питиета седмично 3) Да. Пия по .....  
питиета седмично

**22) Пушите ли?**

1) Не 2) Не, но преди пушех по ..... цигари дневно 3) Да. Пуша ..... цигари дневно

**23) Споделете какво бихте желали да се промени в грижата за Вашето здраве?.**

**24) В таблицата са изброени различни атрактивни за жените спортни дейности. Ако БИХТЕ ЖЕЛАЛИ ДА ИЗВЪРШВАТЕ дадена спортна дейност моля да я отбележите с „X“ в сивото квадратче след дейността. Можете да отбележите повече от една дейност.**

Аеробика		Упражнения на Кегел за тазово дъно		Тренировки с ластиси		Танци		Тенис	
Колоездене		Тренировки със свободни тежести		Тренировки за добър баланс		Йога		Бягане	
Пилатес		Тренировки със спортни уреди		Продължително ходене		Езда		Разтягане	

**25) Ако извършвате някаква спортна дейност моля да я напишете: .....**

**26) Колко пъти седмично спортувате?**

Брой тренировки .....

**27) Колко минути средно продължава една Ваша тренировка?**

Продължителност ..... минути

**28) Спортували ли сте активно в миналото?**

1) Не 2) Да, между ..... и ..... годишна възраст

**29) В таблицата сме изброили актуални за менопаузата теми. Моля посочете в каква степен имате интерес да получите информацията относно тези теми. В сивото квадратче след съответната тема отбележете с „0“ ако нямате интерес, „1“ при много слаб интерес, „2“ при слаб интерес, „3“ при силен интерес, „4“ при много силен интерес и „5“, ако задължително желаете да получите информацията по съответната тема. На първия ред на таблицата сме дали пример как да я попълвате.**

<b>Психическо здраве</b>	<b>0</b>	<b>Ароматерапия</b>	<b>2</b>	<b>Масажи</b>	<b>5</b>	<b>Дихателни техники</b>	<b>4</b>
Дълголетие		Билкови препарати		Хомеопатия		Здравословно Хранене	
Подобрена самоефективност		Здравословен живот		Остеопороза		Междудличностни отношения	
Скрининг за ракови заболявания		Обучения свързани с менопауза		Медитация		Когнитивно-поведенческа терапия	
Психическо здраве		Ароматерапия		Масажи		Дихателни техники	
Поддържане на теглото		Китайска медицина		Акупунктура		Хронични заболявания	
Физическа активност и спорт		Сексуално здраве		Релаксация		Хормонална терапия	
Подобряване на сън и памет		Справяне със стреса		Хипноза		Здравно поведение	

30) В таблицата сме изброили актуални за менопаузата теми. В сивото квадратче след съответната тема отбележете с „X“, ако **ВЕЧЕ ИМАТЕ** задълбочени познания или практически опит в ежедневието си с нея. На първия ред на таблицата сме дали пример как да я попълвате.

<b>Психическо здраве</b>	<b>X</b>	<b>Ароматерапия</b>	<b>X</b>	<b>Масажи</b>		<b>Дихателни техники</b>	<b>X</b>
Дълголетие		Билкови препарати		Хомеопатия		Здравословно Хранене	
Подобрена самоефективност		Здравословен живот		Остеопороза		Междудличностни отношения	
Скрининг за ракови заболявания		Обучения свързани с менопауза		Медитация		Когнитивно-поведенческа терапия	
Психическо здраве		Ароматерапия		Масажи		Дихателни техники	
Поддържане на теглото		Китайска медицина		Акупунктура		Хронични заболявания	
Физическа активност и спорт		Сексуално здраве		Релаксация		Хормонална терапия	
Подобряване на сън и памет		Справяне със стреса		Хипноза		Здравно поведение	

31) Ако **ИЗПОЛЗВАТЕ** някой от следните източници на информация за менопаузата моля да го отбележите с „X“ в сивото квадратче след съответния източник.

Мултимедийни материали		Интернет		Онлайн обучения		Радио и телевизия	
Консултации с медицинско лице		Семейство		Мобилни приложения		Телефонни консултации	
Лекционни обучения в зала		Приятели		Книжни материали		Групи за взаимопомощ	

**32) Ако ВИХТЕ ЖЕЛАЛИ ДА ИЗПОЛЗВАТЕ** някой от изброените източници на информация за менопаузата моля да го отбележите с „X“ в сивото квадратче след съответния източник.

Мултимедийни материали		Интернет		Онлайн обучения		Радио и телевизия	
Консултации с медицинско лице		Семейство		Мобилни приложения		Телефонни консултации	
Лекционни обучения в зала		Приятели		Книжни материали		Групи за взаимопомощ	

**33) Колко често извършвате изброените в таблицата свързани с храненето дейности? Моля отбележете в сивото квадратче СЛЕД съответната дейност с „0“ никога, „1“ много рядко, „2“ рядко, „3“ често, „4“ много често и с „5“ постоянно . На първия ред сме дали пример как да попълвате таблицата.**

<b>Ограничавам приема на сол</b>	<b>1</b>	<b>Старая се да ям повече плодове</b>	<b>0</b>	<b>Избягвам консервирани храни</b>	<b>5</b>
Проверявам съдържанието на храните		Консумирам пълнозърнести продукти		Купувам обезмаслени млечни продукти	
Ограничавам приема на мазнини		Консумирам риба и чисти меса		Избягвам тлъсти и червени меса	
Ограничавам приема на захар		Консумирам ядки, семена и бобови		Старая се да приемам повече фибри	
Ограничавам калорийния прием		Консумирам соя и соеви продукти		Избягвам консервирани храни	
Ограничавам приема на алкохол		Старая се да ям повече зеленчуци		Избягвам храни с много „Е“-та	
Ограничавам пържените храни		Старая се да ям повече плодове		Избягвам сокове и газирани напитки	
Ограничавам приема на сол		Старая се да пия повече течности		Избягвам да купувам готови храни	

34) В таблицата са изброени важни за жените в пострепродуктивна възраст диагностични изследвания. Моля отбележете преди колко време (дни, месеци или години) за последен път е било проведено при вас съответното изследване. Ако изследването до сега не било провеждано отбележете с „НИКОГА“. На първия ред на таблицата сме дали пример как да я попълвате.

Мамография на гърда	3 месеца	HPV-Тест	2 години
Консултация с лекар относно промените в менопаузата		Колпоскопско изследване	
Ултразвуково изследване на матка и яйчници		Цитонамазка ( PAP-Тест)	
Ултразвуково изследване на гърда		HPV-Тест	
Самоизследване на гърдите за образувания у дома		Мамография на гърда	
Профилактичен преглед при личен лекар		Профилактична колоноскопия	
Измерване на тегло, обиколка на талия и ханш		Тест за окултно кървене	
Измерване на артериално кръвно налягане		Остеодензитометрия за остеопороза	
Профилактични кръвни изследвания		Кръвен липиден профил	