

Анкетирование как метод оптимизации ведения женщин перименопаузального возраста

А.А. Гусова, Т.Ю. Беркетова, Г.А. Мельниченко

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Рост продолжительности жизни людей изменил демографическую ситуацию в обществе в сторону увеличения доли людей старшей возрастной группы в общей численности населения. По прогнозам демографов, в течение ближайшего десятилетия на долю женщин 45-60 лет будет приходиться почти половина женского населения Российской Федерации.

Эта тенденция является отражением общемирового старения населения [14]. В среднем, после наступления менопаузы женщина может прожить еще около 1/3 своей жизни. Так, по данным переписи 2002 года средняя продолжительность жизни женщины в России составляет 72 года.

Однако именно в пери- и постменопаузальном периоде отмечается появление целого ряда соматических и психических заболеваний, которые существенно сказываются на качестве жизни женщины и ее общей продолжительности [8,13].

К числу классических менопаузальных осложнений относят: психо-эмоциональные расстройства, атрофические изменения тканей мочеполового тракта, прогрессирующее разрушение костной ткани и зубов, нарушение жирового обмена. Обсуждается, что дефицит гормонов связан с прогрессированием сенильной макулярной дегенерации, развитием некоторых форм возрастной деменции и рака толстого кишечника.

Наряду с этим в современной популяции, начиная с 30-летнего возраста, у большинства людей происходит прогрессирующая прибавка веса. Так, по эпидемиологическим данным, в большинстве европейских стран среди женского населения в возрасте 25-34 лет избыточный вес имеют около 25-30%, в возрасте 35-44 лет – чуть меньше 40%, а между 45 и 55 годами – порядка 50% женщин. Увеличение жировой ткани и уменьшение мышечной массы неизбежно приводит к нарастанию инсулинорезистентности и повышает риск развития сахарного диабета. Манифестация сахарного диабета 2 типа часто происходит в перименопаузальном периоде, в возрасте 45-50 лет, так как дефицит женских половых гормонов, участвуя в формировании абдоминального ожирения, является пусковым механизмом для усугубления нарушений углеводного обмена. При этом избыточная масса тела и ожирение самостоятельно увеличивают вероятность развития сер-

дечно-сосудистых заболеваний и, у женщин, таких онкологических заболеваний, как рак молочных желез и эндометрия.

Глобальное постарение населения приводит к существенному увеличению демографической нагрузки на общество, что ложится большим грузом на экономику и вызывает значительные структурные изменения в сфере социального обеспечения. Поэтому проблема сохранения здоровья в пери- и постменопаузе становится чрезвычайно актуальной для общественного здоровья и здравоохранения [7].

Все это приводит к поискам новых средств и способов противостояния как осложнениям менопаузы, так и последствиям старения организма в целом.

Долгие годы пристальное внимание уделялось заместительной гормональной терапии (ЗГТ), как основному средству профилактики и лечения изменений, связанных с менопаузой. Однако, в свете последних данных, все большее значение имеют формирование здорового образа жизни, коррекция уже существующих и профилактика возможных изменений с использованием как ЗГТ, так и альтернативных негормональных методов. В этих условиях становится все более важным адекватное информирование женщины, разъяснение необходимости контроля за состоянием собственного здоровья и принятия мер по его сохранению [9,12].

На кафедре эндокринологии ММА им. И. М. Сеченова была организована система терапевтического обучения женщин на основе структурированной программы «Здоровье женщины старше 45» [1,3,6,10]. Программа терапевтического обучения работает уже в течение 8 лет, направлена на создание мотивации наблюдения за состоянием своего здоровья и выработку адекватного отношения к необходимым лечебным и диагностическим мероприятиям. Внедрение программы терапевтического обучения женщин пери- и постменопаузального возраста способствовало снятию напряженности в связи с остротой переживания стресса «перехода в критический возраст», осознанию роли собственных усилий для изменения качества жизни, повышению приверженности рекомендациям врача [2,4,5,11].

Таким образом, необходимость обучающих программ по вопросам здоровья, особенно на этом этапе

жизни, очевидна. Информация, сообщаемая врачом, должна быть адаптирована для каждой конкретной женщины. Проводимое перед началом терапевтического обучения анкетирование может помочь найти индивидуальный подход к пациенткам.

В этой связи на кафедре эндокринологии ММА было проведено исследование, основной целью которого была оценка возможности индивидуализации подходов к терапевтическому обучению женщин перименопаузального возраста на основании сведений, получаемых при анкетировании. Основными задачами исследования были: разработка и экспертная социологическая оценка анкеты, направленной на выяснение информированности женщины об изменениях, происходящих с ней в пери- и постменопаузальном периоде, проведение пилотного исследования на основании данной анкеты, для определения возможности получения сведений об информированности, на группе женщин перименопаузального периода перед процессом терапевтического обучения.

Социологические опросы женщин в возрасте перименопаузы с целью оценки информированности, качества жизни и наиболее актуальных для них проблем, применяются за рубежом около 10 лет. В последние годы в нашей стране проводились единичные неструктурированные опросы женщин старшего возраста без привлечения к участию профессиональных социологов. В данном исследовании проводятся начальные этапы создания социологически обоснованной, достоверной анкеты, которая могла бы позволить получить сведения об индивидуальных особенностях и потребностях женщины, с целью дальнейшего усовершенствования процесса терапевтического обучения, принципы которого были разработаны и в последние годы внедряются на кафедре и в клинике эндокринологии ММА им. И. М. Сеченова.

Пациенты и методы

В исследование было включено 108 женщин в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст - $52,97 \pm 6,31$ лет). На первый подраздел анкеты ответили 108 женщин, на 2 и 3 – 102, на вторую часть (четвертый смысловой раздел) – 101 женщина. Все параметры оценивались женщинами субъективно, самостоятельно.

Все эти женщины обратились за консультацией к гинекологу – эндокринологу по собственной инициативе или наблюдались в клинике эндокринологии ММА им. И. М. Сеченова в период с февраля 2000 по декабрь 2002 года.

Семейный статус опрошенных женщин был следующим: 75/108 – 69,44% были замужем, 10,18% (11/108) являлись вдовами, 9,26% (10/108) были разведены, 5,56% (6/108) – не замужем, а 2,78% (3/108) – состояли в гражданском браке. При этом у 47,2% (51/108) было 2 или 3 ребенка, у 41,67% (45/108) – один ребенок, у 9,26% (10/108) – нет детей, а у одной женщины (0,92%) – 4 ребенка.

Уровень образования у респонденток варьировал от среднего – 10,18% (11/108), среднего специального – 33/108 (30,56%), до незаконченного высшего (1,85% – 2/108) и высшего образования – 56,48% (61/108).

Распределение по видам занятий было следующее: экономисты и бухгалтеры (12,04% – 13/108), 11,11% (12/108) работают в сфере услуг, в сфере здравоохранения – 6,48% (7/108). Связь, реклама и журналистика – 6,48% (7/108), 6 из 108 опрошенных являлись инженерами (5,56%), и столько же – педагогами, научной деятельностью занимаются 4,63% (5/108) опрошенных. Кроме того, 18 из 108 (16,67%) женщин являлись домохозяйками, а 17/108 (15,74%) – на пенсии.

Среди респонденток были женщины как в периоде постменопаузы (до 33 лет после менопаузы), так и находящиеся в периоде перименопаузы и перехода к менопаузе. Так, 22,22% (24/108) респонденток находились в репродуктивном периоде, у 10,18% (11/108) женщин менструации прекратились в течение текущего года, у 28,70% (31/108) респонденток менопауза наступила от 1 до 5 лет назад, а у 34,26% (37/108) – более, чем 5 лет назад (максимальный срок – 33 года постменопаузы), о 4,63% (5/108) – данных нет. Среди всех этих женщин 14,81% (16/108) принимали препараты ЗГТ.

Преимущественными поводами для обращения к гинекологу-эндокринологу были симптомы менопаузы, в клинику – заболевания щитовидной железы и СД (в основном 2 типа).

Анкетный метод. На базе клиники эндокринологии ММА им. И. М. Сеченова, была разработана анкета, в последующем подвергшаяся экспертной социологической оценке в Российской академии предпринимательства.

Анкета посвящена выяснению осведомленности женщины по вопросам менопаузы и здорового образа жизни, потребности в знаниях, с целью индивидуализации тактики ведения, ориентации на наиболее значимые для нее проблемы.

Анкета состоит из 121 вопроса, разбитых на три основные части. В *первую часть* входит 84 вопроса, посвященных компетентности женщин по вопросам менопаузы и своего здоровья в целом, отношение к терапии препаратами половых гормонов, причины, по которым пациентки принимают или не принимают препараты заместительной гормональной терапии (ЗГТ), а также основные источники информирования по вопросам здоровья.

Вопросы разбиты на три смысловых блока: общие вопросы, вопросы для женщин, никогда не принимавших ЗГТ (5 вопросов), и для пациенток, когда-либо принимавших ЗГТ (32 вопроса).

В основном используются вопросы закрытого типа, в том числе вопросы – фильтры. Также включено 11 вопросов открытого типа для выяснения осведомленности женщин о симптомах и осложнениях менопаузы, уточнения названий принимаемых препаратов (в том числе препаратов ЗГТ), а также в качестве контрольных к вопросам об озабоченности своим здоровьем (артериальное давление, рост, вес, окружности талии и бедер, уровень холестерина в крови).

Кроме того, в эту часть включены 27 полуоткрытых вопросов, посредством которых получены сведения об осведомленности пациенток о ЗГТ, подробностях ее применения, мотивах отказа и продолжения ис-

Таблица 1

Осведомленность о симптомах менопаузы

Симптом	Частота упоминания
«Приливы»	57,4% (62/108)
Эмоциональная лабильность	29,6% (32/108)
Потливость	20,4% (22/108)
Утомляемость и слабость	16,7% (18/102)
Сердцебиение и повышение АД	16,7% (18/108)
Головные боли и головокружения	15,7% (16/108)
Бессонница	13,0% (14/108)
Остеопороз	9,3% (10/108)
Прибавка веса	7,4% (8/108)
Диспареуния	3,7% (4/102)
Боли в суставах и костях	2,8% (3/108)
Недержание мочи	1,8% (2/108)
Плохое самочувствие и тревога	1,8% (2/108)
Нет данных	20,4% (22/108)

Таблица 2

Основные причины отказа от приема ЗГТ

Причина	Частота
Боязнь рака	28,7% (29/101)
Боязнь поправиться (прибавить в весе)	26,7% (27/101)
Боязнь избыточного роста волос	6,9% (7/101)
Боязнь привыкания	4,0% (4/101)
Женщина не считала прием необходимым	6,9% (7/101)

пользования терапии, причинах выбора определенного режима и формы приема, а также определены предпочтительные лица – консультанты и источники информации для опрашиваемых женщин.

Использовано 19 блоков (22%) вопрос – вопрос-контроль (в том числе двойным контролем) для оценки достоверности ответов и, следовательно, результатов анкетирования.

Вторая часть анкеты состоит из 24 вопросов. В ней обсуждаются изменения, происходящие в организме женщины в период перименопаузы, наиболее значимые для нее симптомы пре- и постменопаузы, а также проблема самореализации. Подробно выясняются выраженность ранних и поздних симптомов климактерического синдрома и степень озабоченности пациенток состоянием своего здоровья.

В данном разделе используются вопросы закрытого и, в меньшей мере, полукрытого типа. Для установления достоверности сведений, полученных из анкет, присутствуют 4 блока типа «вопрос – вопрос-контроль».

Для выяснения насколько искренни были женщины, заполняя анкету, введены три проверочных вопроса (2,5%).

Последняя часть анкеты – паспортчика, состоящая из 13 вопросов, позволила нам сгруппировать опрашиваемых по социальному статусу, возрасту и другим общим признакам. Расположение паспортчика в са-

Таблица 3

Наиболее распространенные симптомы менопаузы

Симптом	Частота
<i>« меренно выраженные:</i>	
«приливы»	20,6% (21/102)
ночная потливость	21,6% (22/102)
колебания настроения	34,3% (35/102)
ухудшение памяти и чувство тревоги	по 28,4% (29/102)
сухость кожи	27,4% (28/102)
боли в суставах	29,4% (30/102)
боли в сердце	28,4% (29/102)
онемение, парестезии в руках	24,5% (25/102)
<i>≠ значительно беспокоящие:</i>	
колебания АД и сердцебиения	по 27,4% (28/102)
раздражительность	26,5% (27/102)
боли в костях и пояснице	29,4% (30/102)
снижение либидо	64,7% (66/102)

мом конце является социологически оправданным ходом, позволившим получить необходимые данные от большинства респондентов.

Статистический анализ. Для анализа данных использовалась программа STATISTICA v. 5.5A © STATSOFT, USA.

Результаты и обсуждение

Наиболее актуальными для опрошенных женщин были проблемы здоровья (79,6% – 86/108), финансовые – 23,2% (25/108) и проблемы во взаимоотношениях – 25,9% (28/108) (допускался выбор нескольких вариантов ответа). При анализе ответов, характеризующих компетентность респонденток по вопросам собственного здоровья во второй половине жизни, оказалось, что 83,3% (90/108) считают свои знания о менопаузе недостаточными.

Наиболее часто упоминаемыми расстройствами, возникающими после прекращения менструаций, являются вазомоторные и психологические симптомы (табл. 1).

Основные осложнения, возникающие в постменопаузе, знакомые женщинам – это:

- остеопороз – 27,8% (30/108),
- сердечно – сосудистые заболевания – 18,5% – (20/108),
- опухоли – 5,6% (6/108),
- сексуальные проблемы – 4,6% – (5/108).

Никогда не слышали об остеопорозе 18,5% (20/108) респонденток. При этом на вопрос о его сущности 69,4% (75/108) ответили, что это "вымывание" кальция из костей (1 вариант), 23,2% (25/108) – что это разрушение костной ткани (2 вариант), а 3,7% (4/108) – воспалительное заболевание костной ткани (3 вариант). Некоторыми женщинами было отмечено больше, чем один вариант ответа (7 женщин отметили варианты 1 и 2, две – 1 и 3 варианты и одна – все три варианта). Уверены, что их не касается проблема остеопороза 36,1% (39/108) пациенток.

Нормальные показатели артериального давления, а также цифры своего привычного и максимального АД знают 86,1% (93/108) женщин. Свой уровень АД не знают 9,3% (10 из 108).

Хотя бы приблизительное представление о том, зачем измеряют уровень холестерина имеют 38,0% опрошенных женщин (41/108). При этом свой уровень холестерина могут сообщить лишь 25,0% (27/108) женщин. Знают, какие составляющие входят в понятие липидный спектр 19,4% (21/108) женщин.

Что касается антропометрических характеристик, то если данные о росте



Рис. 1. Здоровое питание с точки зрения респондентов

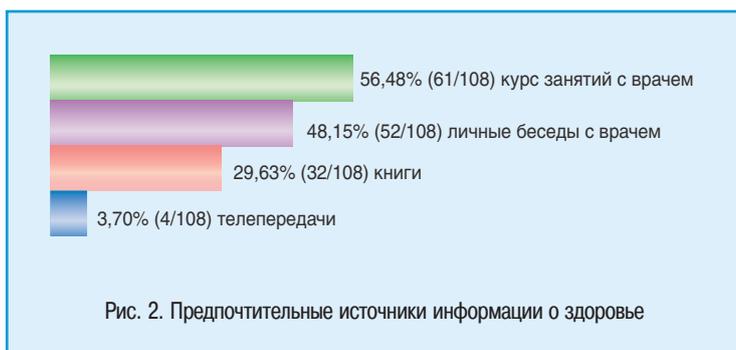


Рис. 2. Предпочтительные источники информации о здоровье



Рис. 3. Основные источники рекомендации приема ЗГТ

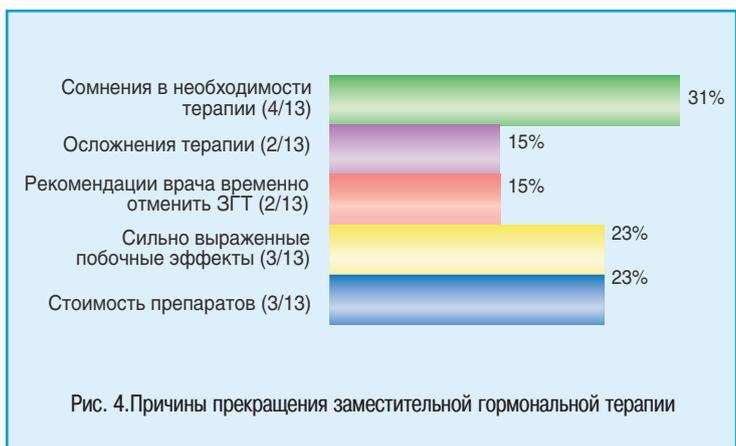


Рис. 4. Причины прекращения заместительной гормональной терапии

и весе были получены от 94,4% (102/108) и 93,5% (101/108) опрошенных соответственно, свой объем талии смогли назвать лишь 61,1% (66/108), а объем бедер – 56,5% (61/108) респондентов. Значение этих показателей для здоровья не знают 18,5% (20/108), 59,3% (64/108) считают, что они показывают степень ожирения, а 25,9% (28/108) – что отражают риск развития атеросклероза.

Данные о том, какое питание женщины считают рациональным, представлены на рис. 1.

Анализируя реальные предпочтения в еде, оказалось, что женщины в основном питаются:

- мясом с кашами, овощами и фруктами – 21,3% (23/102);
- молочными или кисло-молочными продуктами и растительной пищей (овощи, фрукты) – 12,0% (13/108),
- овощами и фруктами – 10,2% (11/102),
- рыбой и другими морепродуктами, с овощами и/или фруктами – 8,3% (9/102),
- сладким, жирным, острым и копченым – 4,6% женщин (5/108),
- не имеют предпочтений в еде – 11,1% (12/102).

Понятие ЗГТ знакомо 50,0% (54/108) женщин, однако правильно ответили на вопрос, что это такое (прием препаратов, восполняющих дефицит собственных гормонов) лишь 35,2% (38/108). Отрицательно относятся к лечению гормонами 26,8% (29/108) респондентов, нейтрально и настороженно – 22,2%, положительно – 23,2% (25/108). При этом препараты ЗГТ получают 14,8% (16/108), достоверно нет – 79,6% (86/108).

Среди женщин, не принимающих ЗГТ 43,0% (37/86) она была не рекомендована, не знали о существовании такой терапии 31,4% (27/86), столько же хотели сначала узнать о ней больше, 23,3% (20/86) боялись побочных эффектов, 9,3% (8/86) пробовали принимать ЗГТ, но перестали (допускался множественный выбор варианта ответа), о 6,9% (6/86) – нет данных.

По вопросам о частоте проведения медицинских обследований получены следующие ответы: не знают, как часто нужно посещать гинеколога 1,8% (2/108) респонденток, 79,6% (86/108) полагают, что гинеколога нужно посещать как минимум раз в год, а 25,0% (27/108) – по мере возникновения необходимости. Двенадцать женщин выбрали 2 варианта ответа (раз в год и по необходимости). Среди опрошенных 7,4% (8/108) не знают, как часто показано делать маммографию, 55,6% (60/108) считают, что маммографию показано делать раз в год, 22,2% (24/108) – по назначению и 11,1% (12/108) – раз в два года.

Большинство женщин заинтересовано в получении информации об изменении, происходящих в организме и возможностях сохранения здоровья в перименопаузе – на эти вопросы хотели бы узнать подробнее ответы 88,0% (95/108) (и лишь одна – 0,9% – не хотела бы). Предпочтительные источники информации указаны на рис. 2.

При появлении менопаузальных симптомов только 42,6% (43/101) женщин обращались за медицинской помощью. Основными причинами низкой активности были: восприятие симптомов менопаузы как нормальных возрастных изменений – 26,7% (27/101), незнание о возможности их лечения – 22,8% (23/101), мнение, что со временем эти симптомы пройдут сами – 5,9% (6/101), стеснение – 2,0% (2/101).

Среди женщин, ответивших на вопросы 2 смыслового блока, 55,4% (56/101) ЗГТ не была рекомендована. Обычно терапию рекомендовали гинеколог/гинеколог-эндокринолог или эндокринолог (рис. 3)

Основными причинами того, что ЗГТ не принималась, были боязнь злокачественных заболеваний – 29% – и прибавки веса – 27% (табл. 2).

Поводами для отказа от терапии в случае, если ЗГТ назначалась, были:

- обнаружение противопоказаний – 7,1% (3/42),
- отговорил другой врач – 23,8% (10/42),
- отговорила подруга – 11,9% (5/42),
- негативная информация из СМИ – 7,1% (3/42),
- самостоятельно решила не принимать – 9,5% (4/42),
- финансовые проблемы – 9,5% (4/42),
- не хотели возобновления менструаций – 4,8% (2/42),
- испугала инструкция к препарату – 4,8% (2/42),
- боялась беременности, связанной с возобновлением менструаций – 2,4% (1/42),
- хотели получать негормональное лечение – 14,3% (6/42),
- помешал прием других препаратов – 7,1% (3/42),
- считают менопаузу естественным процессом, и ЗГТ – ненужной – 11,9% (5/42).

Если женщины начинали прием препаратов, то прекращали его обычно по следующим причинам (из 16 когда – либо принимавших ЗГТ): плохо их перенесли 18,8% (3/16), не хотели долго принимать гормональную терапию 12,5% (2/16), исчезли симптомы у 1 женщины из 16 (6,2%), из-за высокой стоимости препаратов – 25% (4/16), испугались вредного воздействия – 18,8% (3/16), не знали, что ЗГТ является профи-

лактикой серьезных осложнений и ее необходимо принимать долго 37,5% (6/16), осложнения терапии, препятствующие продолжению лечения, возникли у 12,5% (2/16), не знали, что кроме таблеток существуют другие лекарственные формы 37,5% (6/16).

Женщины принимают или хотят принимать ЗГТ для:

- профилактики поздних осложнений менопаузы – 10,9% (11/101),
- купирования беспокоящих симптомов – 5,9% (6/101),
- психологически важно продолжение менструаций – 1,0% (1/101),
- хотят лучше себя чувствовать – 13,9% (14/101),
- хотят лучше выглядеть – 6,9% (7/101),
- чтобы избежать возрастных изменений – 8,9% (9/101),
- из-за широкого применения в других странах – 5,94% (6/101),
- улучшения сексуальных отношений – 2,0% (2/101).

Ничего не знают о разнообразии лекарственных форм 18,8% (19/101) женщин.

Среди женщин, принимающих ЗГТ 14 из 28 (50%) считают, что ЗГТ положительно влияет на организм, по одному человеку (3,6%) считают, что ЗГТ не влияет на организм или влияет отрицательно.

У 46,4% (13/28) были перерывы в лечении. Причины перерывов в терапии в данных случаях указаны на рис. 4. Только один препарат принимали 46,4% (13/28), меняли препараты 21,4% (6/28). Наиболее часто применялся препарат климен – в 21,4% (6/28) случаев. Собираются продолжить ЗГТ 39,3% (11/28) женщин, принимающих ее, 1 женщина – не хочет более принимать ЗГТ никогда.

На фоне лечения 39,3% (11/28) женщин испытывали побочные эффекты: 42,9% (12/28) беспокоило нагрубание молочных желез, 53,6% (15/28) – головные боли. 60,7% (17/28) женщин прибавили в весе, из них 29,4% (5/17) связали это с препаратом, а 35,3% (6/17) решили, что неправильно питаются.

Режим с менструальноподобными кровотечениями был выбран 7 из 28 женщин (25,0%), основной причиной такого выбора являлась соответствующая рекомендация (3 из 7 женщин). Режим без менструальноподобных кровотечений был выбран 38,1% (8/21) вследствие категорического нежелания возобновления менструаций, 14,3% (3/21) не знали, что есть другой режим лечения.

Безразлично, какой режим ЗГТ применяется, было 14,3% (3/21) женщин. Предпочтительной лекарственной формой являлись таблетки.

За время приема ЗГТ 10,7% женщин (3/28) стали лучше и быстрее справляться с профессиональными обязанностями, чаще получать одобрительные отзывы от начальства.

Таким образом, из первого раздела анкеты можно узнать о наиболее актуальных для женщин проблемах, показателях ее исходной информированности по вопросам менопаузы – как мнимой (наличие внутренней осознанной потребности в информации), так и истинной, и проанализировать основные факторы ри-

ска, а также степень осведомленности об их существовании (антропометрические данные, характер питания, показатели артериального давления и содержание холестерина в плазме). Кроме того, мы получаем сведения об активности женщины по сохранению своего здоровья (искала ли помощь при возникновении симптомов менопаузы и если нет, то почему), а также можем определить мотивы и опасения пациенток, получающих терапию, направленную на коррекцию проявлений менопаузы (в том числе ЗГТ), переносимость и приверженность к ней. Возможно также выявить предпочтительные способы получения информации и заинтересованность в ней.

Во втором разделе выяснялись различные аспекты качества жизни женщины во второй половине жизни. Наиболее беспокоящие респонденток симптомы перименопаузы представлены в табл. 2.

Только 45 из 102 опрошенных женщин (44,1%) удовлетворяют существующие в настоящем сексуальные отношения.

Реализация себя как женщины в настоящее время устраивает 23,5% (24/102), в прошлом — 49,0% (50/102), не устраивает реализация себя как женщины 9,8% (10/102).

Среди опрошенных женщин 28,4% (29/102) часто обращаются к врачам. Основными поводами для обращения являются профилактическое обследование (6,9% — 7/102), артериальная гипертензия и сахарный диабет — по 5,9% (6/102). За последний месяц очень часто обращались за медицинской помощью (3 раза и более) 31,4% (32/102) респонденток, ни разу — 9,8% (10/102). На приеме у гинеколога 39,2% (40/102) опрошенных были в течение последнего года, 10,8% (11/102) — год назад, остальные — более года назад. Ровно половина из них (51/102) была информирована о взятии мазка из цервикального канала.

На вопрос о том, хотят ли они проконсультироваться у психолога, психиатра или психотерапевта положительно ответили 46,1% (47/102) респонденток. Тем не менее, в течение последнего года 81,4% (83/102) отмечали за собой подавленность, апатию, равнодушие,

отсутствие радости, беспокойство или тревогу и 58,8% респонденток (60/102) считают себя легковозбудимыми и раздражительными. Регулярно принимают седативные препараты 15,7% (16/102), никогда не принимали подобные средства 47,1% (48/102).

Социальная активность женщин, не связанная со здоровьем (досуг и общение) характеризовалась следующими показателями: за последний месяц у подруги часто бывали (3 раза и более) 27,4% опрошенных женщин (28/102), ни разу — 25,5% в гостях — у родственников, друзей, знакомых — часто бывали 17,6% (18/102), ни разу — 23,5% (24/102); в театре (на концерте, выставке, в кино и т.п.) за последний месяц часто бывали 5,9% (6/102), ни разу — 47,1% (48/102). Не ответили ни на один из этих вопросов 14,7% (15/102).

Таким образом, из этого раздела мы получаем информацию о степени выраженности климактерических и психологических симптомов у пациентки, а также о ее соматической отягощенности, что, несомненно, будет влиять на самочувствие женщины и индивидуальный профиль факторов риска. Более того, мы имеем возможность оценить показатели, характеризующие активность женщины в наблюдении за своим здоровьем и социальную востребованность женщины, что, в известной мере, влияет на степень ее удовлетворенности жизнью. Это может позволить в процессе терапевтического обучения и курации женщины выявить основные проблемы, беспокоящие пациентки, и именно им уделить особое внимание.

В целом, несмотря на громоздкость анкеты, именно такая форма может обеспечить решение задач исследования. Все сведения, полученные при анкетировании, позволят в будущем отработать алгоритм распределения женщин, проходящих терапевтическое обучение, по группам, в соответствии с их уровнем образования, исходных знаний, наиболее актуальными проблемами и беспокоящими симптомами. Это позволит повысить эффективность обучения, интерес к занятиям и усвояемость знаний, а также способствовать более серьезному отношению женщин к рекомендациям врача.

Л и т е р а т у р а

1. Беркетова Т. Ю. Течение менопаузы и особенности проведения заместительной гормональной терапии у женщин с гипотиреозом, тиреотоксикозом и гиперпролактинемическим гипогонадизмом. Автореф. канд. мед. наук, М., ММА, 1999.
2. Беркетова Т.Ю., Кулыгина М.А., Хорошева Г.А. Заместительная гормональная терапия в пери- и постменопаузе: комплаентность пациента. Лечащий врач 2002, №5, с.32.
3. Беркетова Т.Ю., Мельниченко Г.А., Рагозин А.К. Программа медицинской и психологической поддержки женщин в климактерическом периоде в условиях эндокринологического стационара. - Развитие системы обучения больных в эндокринологии: Школы для больных СД, ожирением, остеопорозом, менопаузой. Матер. Московской городской конференции эндокринологов, с.6. М., 1998.
4. Беркетова Т.Ю., Мельниченко Г.А., Рагозин А.К. и др. Повышение комплаентности с заместительной гормональной терапией в пери- и постменопаузе посредством внедрения программы обучения "здоровье женщины старше 45 лет". - Первый Российский конгресс по менопаузе (сборник тезисов), с.80. М., 2001.
5. Мельниченко Г.А., Беркетова Т.Ю., Рагозин А.К. и др. Первый опыт внедрения программы обучения женщин пери- и постменопаузального возраста. - Развитие системы обучения больных в эндокринологии: Школы для больных СД, ожирением, остеопорозом, менопаузой. Материалы Московской городской конференции эндокринологов, с.67. М., 1998.
6. Мельниченко Г.А., Бобров А.Е., Беркетова Т.Ю. и др. Программа медицинской и психологической поддержки женщин в климактерическом периоде в условиях эндокринологического стационара. - Тезисы съезда Всероссийской ассоциации акушеров-гинекологов, с.19. М., 1997.
7. Birkhauser MH/ Management strategies in Europe. The role of the European Menopause Society.
8. Diczfalusy E. Ageing: a medical, social and ethical challenge. IV European Congress on Menopause, Edition ESKA, 1998, p.655-667.
9. MacLennan A - Improving HRT compliance during the next decade. 1997/81.
10. Melnitchenko G. A., Berketova T. Y., Ragozin A. K., Bobrov A. E., Kulygina M. A., Samsonova L. A. Program of patient education - a new approach in prophylactic of menopausal complaints and quality of life improvement. - The First Amsterdam menopause symposium (abstracts), p.100. - Amsterdam, 1998.
11. Melnitchenko G. A., Berketova T. Y., Ragozin A. K., Dedov I. I. The first experience of women's education in peri- and postmenopausal period. - 3rd international Symposium Women's Health And Menopause. Florence, 1998.
12. Schneider H P G. Cross-national study: women's use of HRT in Europe. Int J Fertil&Women's Medicine, 1997, 42(2):365-375.
13. The World Bank, World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford. Oxford University Press, 1993.
14. United Nations Department for Economic & Social Information & Policy Analysis, Statistical Division, The World's Women 1995, Trends&Statistics. Social Statistics&Indicators. Series K, №12. NY: United Nations, 1995.