

Чернобровкина Г. И.¹, Шулаев А. В.², Люцко В. В.³, Ходакова О. В.³

АКТУАЛЬНЫЕ РЕЧЕВЫЕ МОДУЛИ ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

¹ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением — Комплексный медицинский консалтинг», 115035, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;

³ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Представлена информация о результатах внедрения программы дополнительного образования врачей терапевтического профиля в рамках когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин. Проспективный анализ уровня осведомленности врачей исследуемой (n=120) и контрольной (n=120) выборок и их навыков в рассматриваемом вопросе до и после обучения показал наличие статистически значимых различий в пользу группы врачей, обучавшихся в рамках экспериментальной рабочей программы, что говорит об эффективности последней.

Ключевые слова: организация здравоохранения и общественное здоровье; железодефицитная анемия; профилактика; партисипативность; подготовка кадров; медицинское образование.

Для цитирования: Чернобровкина Г. И., Шулаев А. В., Люцко В. В., Ходакова О. В. Актуальные речевые модули для сбора анамнеза как основа профилактического мышления врача. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(4):619—623. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-619-623>

Для корреспонденции: Чернобровкина Г. И., ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением — Комплексный медицинский консалтинг», e-mail: pozolina@list.ru

Chernobrovkina G. I.¹, Shulaev A. V.², Liutsko V. V.³, Khodakova O. V.³

THE ACTUAL SPEECH MODULES FOR COLLECTING ANAMNESIS AS A FOUNDATION OF PREVENTIVE THINKING OF PHYSICIAN

¹The Society with Limited Liability "The Higher School of Health Care Organization and Management-the Complex Medical Consulting", 115035, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Kazan State Medical University" of Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia;

³The Federal State Budget Institution "The Central Research Institute for Health Organization and Informatics" of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The article presents information about results of implementation of program of additional education of general practitioners within the framework of cognitive-behavioral prevention of iron deficiency in women.

The prospective analysis of level of corresponding awareness and skills of physicians from sample (n=120) and control (n=120) groups before and after training established statistically significant differences in favor of physicians who were trained within the framework of experimental work program that confirms the effectiveness of the last one.

Keywords: health care organization and public health; iron deficiency anemia; prevention; participation; training; medical education.

For citation: Chernobrovkina G. I., Shulaev A. V., Liutsko V. V., Khodakova O. V. The actual speech modules for collecting anamnesis as a foundation of preventive thinking of physician. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(4):619—623 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-619-623>

For correspondence: Chernobrovkina G. I., the Employee of the Society with Limited Liability "The Higher School of Health Care Organization and Management-the Complex Medical Consulting". e-mail: pozolina@list.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.10.2022

Accepted 13.03.2023

Введение

Железодефицитная анемия (ЖДА), будучи полиэтиологическим расстройством, вызываемым патологиями с не поддающимися стопроцентному изучению механизмами, составляет около 20% общемирового объема заболеваний. В научно-исследовательских материалах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) наблюдается серьезное видоизменение этиологии ЖДА в аспектах не только половозрастных параметров, но и географического распределения [1, 2]. Отечественная статистика подтверждает общую картину: только за 2019 г., по данным Росстата, анемия была официально зарегистрирована у 1617,7 тыс. человек [3]. В группе риска на-

ходятся женщины репродуктивного возраста, особенно страдающие обильными менструальными выделениями, беременные и недавно родившие, что доказывают сведения из отечественных и зарубежных исследований [4—9].

При высокой распространенности ЖДА у данного контингента до сих пор наблюдается низкий уровень информированности не только о профилактике и лечении анемии или ее причинах, но даже о явных симптомах данного гематологического состояния [10]. При этом осведомленность пациенток зачастую зависит от качества профилактического мышления врача-терапевта в рамках амбулаторной практики.

Представленная статья обобщает результаты авторского исследования, проведенного с 2017 по 2021 г. среди врачей терапевтического профиля в нескольких регионах Российской Федерации (РФ). Была выявлена корреляция между объемами сбора анамнеза в сегменте выявления факторов риска развития ЖДА, латентный дефицит железа (ЛДЖ), включая сопутствующие патологии, и профессиональных компетенций врачей в сфере умений и навыков активного взаимодействия с пациентом.

Актуальность данной проблемы подтолкнула авторов исследования к созданию программы дополнительного образования для врачей-терапевтов первичной медико-медико-санитарной помощи «Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин».

Цель исследования была определена как оценка эффективности внедрения данной программы с целью совершенствования соответствующих компетенций у врачей терапевтического профиля первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы

Основу проведенного эксперимента составил проспективный двухгрупповой анализ уровня осведомленности врачей исследуемой ($n=120$) и контрольной ($n=120$) выборки и их навыков в рассматриваемом вопросе. Исследование проводилось до и после обучения.

Количественные данные, составившие описательную статистику, представлены в рамках нижеперечисленных параметров: арифметическое среднее (Mean), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), 1-й и 3-й квартили (Q1; Q3), минимальное значение (Min), максимальное значение (Max). Категориальные параметры анализировались как таблицы сопряженности для двух или более признаков в каждой из групп. Статистически значимые различия обеих выборок определялись посредством наличия или отсутствия критерия χ^2 Пирсона, а также точного теста Фишера (для таблиц 2×2 и таблиц с большей размерностью, если ожидаемая частота была менее 5 в двух и более ячейках такой таблицы).

Результаты исследования

Предваряя описание авторского исследования, необходимо сделать микрообзор практики диагностического алгоритма железодефицитных состояний. Если Европейская ассоциация по внутренним болезням имеет унифицированный диагностический алгоритм (см. рисунок), основанный на том, что именно ЖДА является наиболее частой причиной анемических расстройств широкого спектра, то анализ отечественной системы выявил отсутствие единого подхода в диагностике.

Согласно Европейскому диагностическому алгоритму, врачам рекомендуется активно интересоваться у пациентов из группы высокого риска симптомами или признаками, указывающими на дефицит железа (ДЖ), если у конкретного пациента не

предполагаются иные причины ЖДА, тем более что рассматриваемое состояние осложнено его гетеро-этиологичной природой — от пожилого возраста до наличия хронических воспалительных заболеваний у пациента [11, 12]. Также применим алгоритм в работе с пациентами, перенесшими обширное хирургическое вмешательство, уже на базе в стационаров [13, 14].

Таким образом, мировая клиническая практика настаивает на расширенном поиске причин анемии при диагностировании ЖДА у пациентов, поскольку это влечет за собой более глубокий подбор лечения [11, 12].

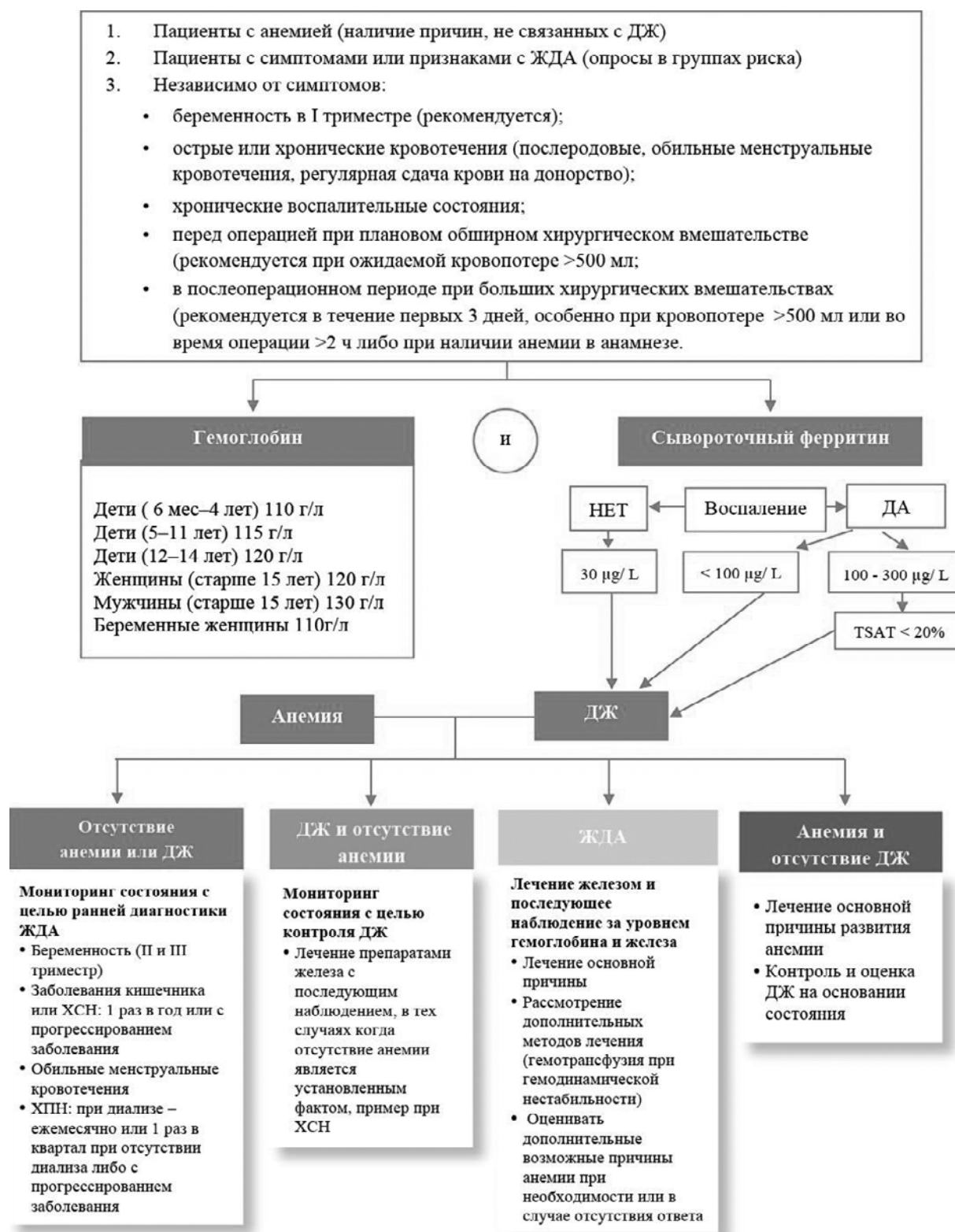
В практике отечественного здравоохранения каждое научное сообщество в зависимости от коморбидной патологии (желудочно-кишечный тракт, почки, сердце) дает свои рекомендации и диагностический алгоритм [16, 17]. В соответствии с действующими клиническими рекомендациями диагностика ЖДА в России имеет трехступенчатую структуру:

1. Сбор врачом жалоб и анамнеза с учетом факторов риска и образа жизни пациента; физикальное исследование с целью определения выявления сидеропенического и анемического синдромов ДЖ (основных симптомов ДЖ).
2. Проведение лабораторно-диагностических исследований.
3. Осуществление стандартного комплекса инструментальных исследований с целью идентификации причины развития анемии.

Анализ мировых и российских подходов к диагностике ЖДА и ЛДЖ выявил, что существует несколько этапов верификации диагноза. Вместе с тем ни в одной из указанных стратегий не содержится рекомендованный алгоритм сбора анамнеза для диагностической настороженности в отношении железодефицитных состояний на этапе первичного врачебного приема.

В связи с этим и с учетом актуальности проблемы диагностики ДЖ авторами была разработана программа «Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин» для совершенствования профессиональных компетенций, связанных со сбором анамнеза, и навыков профилактического консультирования, основанного на мотивации пациентов к изменению поведенческих паттернов. Информационные блоки данной программы дополнены протоколом действий, которым удобно пользоваться на врачебном приеме (см. Приложение), что составляет практическую ценность научной разработки.

Площадкой для внедрения программы «Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин» было выбрано ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет». Модули программы были включены в циклы программ дополнительного профессионального образования врачей.



Европейский диагностический алгоритм [15].

Оценка эффективности проводилась методом сравнения результатов обучения исследуемой ($n=120$) и контрольной ($n=120$) групп. Обе выборки изучали тему железодефицитных состояний. Учебно-тематический план исследуемой группы был дополнен разработанной авторами программой «Рече-

вые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин», в то время как участники контрольной группы обучались по стандартной программе.

Анализ данных чек-листов, заполненных участниками обеих групп после обучения, установил по-

ложительную динамику степени осведомленности и уровня овладения навыками среди обучившихся врачей. Так, итоги, которые дала статистическая обработка сведений, позволяют утверждать, что в блоке оценки информированности доли правильных ответов в исследуемой и контрольной группах сопоставимы друг с другом и варьируют в пределах от 71,67 до 88,33%.

Тем не менее статистически значимые различия подтвердились в блоке практических умений и навыков профилактического консультирования, которые были доступны исследуемой выборке врачей в рамках экспериментальной рабочей программы.

Динамика показателей в данном блоке была проиллюстрирована в итоговых маркерах со статистически значимыми различиями. После обучения они распределились следующим образом:

- знают, какие именно уточняющие вопросы задавать по клиническим проявлениям ДЖ и как консультировать по оптимизации физической активности 110 (91,67%) врачей исследуемой группы и 88 (73,33%) врачей в группе контроля ($p < 0,001$);
- поняли, как уточнять у пациентки информацию о характере сна и обучать ее навыкам выстраивания циркадных ритмов 111 (92,5%) врачей в исследуемой группе и 74 (61,67%) врача в группе контроля ($p < 0,001$);
- владеют навыками задавать вопросы о структуре питания и консультирования пациентки по его оптимизации 117 (97,5%) врачей в исследуемой группе и 70 (58,33%) специалистов в группе контроля ($p < 0,001$);
- уточнять гинекологический анамнез и способствовать формированию приверженности регулярным обследованиям могут 110 (91,67%) врачей в исследуемой группе и 61 (50,83%) врач в группе контроля ($p < 0,001$);
- проводить психологическую оценку и оказывать профилактическую консультацию самопомощи в управлении тревогой готовы 109 (90,83%) врачей в исследуемой группе и 46 (38,33%) врачей в группе контроля ($p < 0,001$).

При сравнении порядковых шкал в процессе обучения врачей установлено, что суммарное среднее до обучения в исследуемой группе (5,18 балла) было достоверно ниже, чем в контрольной (5,42 балла; $p < 0,001$). После обучения в исследуемой группе среднее значение суммы баллов составило 8,82, а в контрольной — 6,83 соответственно ($p < 0,001$).

Обсуждение

ЖДА является одним из распространенных патологических состояний глобального уровня. В ее диагностике, как и в диагностике ЛДЖ, сложно переоценить роль врача, обладающего умениями и навыками сбора и анализа информации об образе жизни и анамнеза пациента. Предложенная авторами программа «Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин» призвана усо-

вершенствовать компетенции врачей терапевтического профиля первичного звена в области диагностирования анемии у женщин с целью подбора расширенного алгоритма лечения и улучшения качества жизни пациенток.

Максимальный прирост показателей после обучения достигнут в блоке умений и навыков у врачей исследуемой группы. Именно этим и объясняется возникновение статистически значимых различий при сравнении итоговых данных между группами.

Отметим, что по отдельным вопросам до старта обучения количество верных и неверных ответов и/или сформированности и несформированности умений и навыков представляло собой сопоставимые величины в обеих релевантных выборках. Что касается суммы средних баллов, то тенденция в исследуемой группе до обучения была хуже, чем в группе контроля, а после обучения анализ показал обратную картину, что, безусловно, свидетельствует о достоверной эффективности разработанной программы.

Заключение

Медицинское образование — сфера, в которой все большую роль начинает играть специалист, обладающий интегральными характеристиками, позволяющими ему решать профессиональные задачи, задействуя не только знания и опыт, но и умения и даже ценностные категории личности.

Подобный подход в современных условиях здравоохранения возможен при ориентации на две цели. Первая касается всеобъемлющей подготовки системы здравоохранения в целом, включая разработанные алгоритмы профилактического консультирования и единого информационного контура для этой отрасли. Вторая, которая является еще более значимой, — это кадровая подготовка и внедрение в карту специальностей всех врачей партисипативных компетенций. Именно благодаря им врач получает дополнительный инструментарий не только для углубленной диагностики того или иного состояния (заболевания), но и для мотивации пациентов к изменению сложившихся стереотипов поведения.

Примером реализации данного подхода является разработка рассматриваемой в данной статье программы «Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин». Она позволяет врачам получить представление о правилах постановки вопросов пациентам согласно принципу партисипативности, способствует освоению навыков в сборе анамнеза с целью настороженности относительно этих состояний у женщин, а также расширяет системные компетенции в профилактическом консультировании за счет использования техник когнитивно-поведенческой терапии.

В конечном счете подобная стратегия вносит свой вклад в сокращение объема распространенности ЖДА у женщин за счет раннего выявления симптомов данного состояния и применения расширенного алгоритма лечения, основанного на превентивной технике.

Реформы здравоохранения

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chaparro C. M., Suchdev P. S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low-and middle-income countries. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2019 Aug;1450(1):15–31. doi: 10.1111/nyas.14092. Epub 2019 Apr 22.
2. Marton I., Agócs S., Babik B. Epidemiology of anemia. *Orv. Hetil.* 2020 Sep;161(37):1569–73. doi: 10.1556/650.2020.31916
3. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России. М.: Росстат; 2019. 170 с.
4. Percy L., Mansour D., Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2017 Apr;40:55–67. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.007
5. Mirza F. G., Abdul-Kadir R., Breymann C., Fraser I. S., Taher A. Impact and management of iron deficiency and iron deficiency anaemia in women's health. *Expert Rev. Hematol.* 2018 Sep;11(9):727–36. doi: 10.1080/17474086.2018.1502081
6. Mansour D., Hofmann A., Gemzell-Danielsson K.. A Review of Clinical Guidelines on the Management of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Women with Heavy Menstrual Bleeding. *Adv. Ther.* 2021 Jan;38(1):201–25. doi: 10.1007/s12325-020-01564-y
7. Rizwan A., Khan Q. J., Ullah A., Wasim M., Ramzan S., Hussain S. Iron deficiency anemia in reproductive age women: A survey study of district Bahawalpur, Punjab, Pakistan. *Pak. J. Pharm. Sci.* 2019 May;32(3):1091–5.
8. Стуклов Н. И., Леваков С. А., Сушинская Т. В. Профилактика и лечение анемии у женщин репродуктивного возраста при гинекологических заболеваниях. *Акушерство и гинекология.* 2020;(3):218–26. doi: 10.18565/aig.2020.3.218-226
9. Лукина Е. А., Ледина А. В., Роговская С. И. Железодефицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику. *РМЖ. Мать и дитя.* 2020;3(4):248–53. doi: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-248-253
10. Драпкина О. М., Мартынов А. И., Байда А. П., Балан В. Е., Баранов И. И., Власова Е. Е. Резолюция экспертного совета “Актуальные вопросы железодефицита в Российской Федерации”. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020;19(5):2700. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2700
11. Dignass A. U., Gasche C., Bettenworth D. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. European consensus on the diagnosis and management of iron deficiency and anaemia in inflammatory bowel diseases. *J. Crohns Colitis.* 2015;9(3):211–22.
12. Spada C., Hassan C., Barbaro B., Iafrate F., Cesaro P., Petruzzello L. Colon capsule versus CT colonography in patients with incomplete colonoscopy: A prospective, comparative trial. *Gut.* 2015;64:272–81. doi: 10.1136/gutjnl-2013-306550
13. Musallam K. M., Tamim H. M., Richards T. Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2011;378:1396–407.
14. Рогачевский О. В., Паяниди Ю. Г., Моисеев С. В. Кровесбережение в периоперационном периоде. *Клиническая фармакология и терапия.* 2016;1(25):78–84.
15. Cappellini M. D., Musallam K. M., Taher A. T. Iron deficiency anaemia revisited. *J. Intern. Med.* 2019;287(2):153–70.
16. Ивакина С. Н., Нагимова Г. М., Бакиров Б. А., Кудлай Д. А. Совершенствование амбулаторной и стационарной лекарственной помощи пациентам с железодефицитной анемией в Республике Башкортостан. *Профилактическая медицина.* 2019;22(2):17–24. doi: 10.17116/profmed20192202117
17. Мирзабекова Д. Д., Михайлова О. В., Кан Н. Е., Тютюнник В. Л. Оптимизация лечения железодефицитной анемии при беременности. *Медицинский оппонент.* 2021;3(15):53–7.

REFERENCES

1. Chaparro C. M., Suchdev P. S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low-and middle-income countries. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2019 Aug;1450(1):15–31. doi: 10.1111/nyas.14092. Epub 2019 Apr 22.
2. Marton I., Agócs S., Babik B. Epidemiology of anemia. *Orv. Hetil.* 2020 Sep;161(37):1569–73. doi: 10.1556/650.2020.31916
3. Federal State Statistics Service. Health care in Russia. Moscow: Rosstat; 2019. 170 p. (in Russian).
4. Percy L., Mansour D., Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2017 Apr;40:55–67. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.007
5. Mirza F. G., Abdul-Kadir R., Breymann C., Fraser I. S., Taher A. Impact and management of iron deficiency and iron deficiency anaemia in women's health. *Expert Rev. Hematol.* 2018 Sep;11(9):727–36. doi: 10.1080/17474086.2018.1502081
6. Mansour D., Hofmann A., Gemzell-Danielsson K.. A Review of Clinical Guidelines on the Management of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Women with Heavy Menstrual Bleeding. *Adv. Ther.* 2021 Jan;38(1):201–25. doi: 10.1007/s12325-020-01564-y
7. Rizwan A., Khan Q. J., Ullah A., Wasim M., Ramzan S., Hussain S. Iron deficiency anemia in reproductive age women: A survey study of district Bahawalpur, Punjab, Pakistan. *Pak. J. Pharm. Sci.* 2019 May;32(3):1091–5.
8. Stuklov N. I., Levakov S. A., Sushinsky T. V. Prevention and treatment of anemia in women of reproductive age with gynecological diseases. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology.* 2020;(3):218–26. doi: 10.18565/aig.2020.3.218-226 (in Russian).
9. Lukina E. A., Ledina A. V., Rogovskaya S. I. Iron deficiency anemia: a view of a hematologist and gynecologist. We optimize diagnostics and treatment tactics. *RMZh. Mat' i ditya = RMJ. Mother and Child.* 2020;3(4):248–53. doi: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-248-253 (in Russian).
10. Drapkina O. M., Martynov A. I., Baida A. P., Balan V. E., Baranov I. I., Vlasova E. E. Resolution of the expert council “Actual issues of iron deficiency in the Russian Federation”. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2020;19(5):2700. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2700 (in Russian).
11. Dignass A. U., Gasche C., Bettenworth D. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. European consensus on the diagnosis and management of iron deficiency and anaemia in inflammatory bowel diseases. *J. Crohns Colitis.* 2015;9(3):211–22.
12. Spada C., Hassan C., Barbaro B., Iafrate F., Cesaro P., Petruzzello L. Colon capsule versus CT colonography in patients with incomplete colonoscopy: A prospective, comparative trial. *Gut.* 2015;64:272–81. doi: 10.1136/gutjnl-2013-306550
13. Musallam K. M., Tamim H. M., Richards T. Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2011;378:1396–407.
14. Rogachevsky O. V., Payanidi Yu. G., Moiseev S. V. Blood saving in the perioperative period. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya = Clinical Pharmacology and Therapy.* 2016;25(1):78–84 (in Russian).
15. Cappellini M. D., Musallam K. M., Taher A. T. Iron deficiency anaemia revisited. *J. Intern. Med.* 2019;287(2):153–70.
16. Ivakina S. N., Nagimova G. M., Bakirov B. A., Kudlay D. A. Improvement of outpatient and inpatient drug care for patients with iron deficiency anemia in the Republic of Bashkortostan. *Profilakticheskaya meditsina = Preventive Medicine.* 2019;22(2):17–24. doi: 10.17116/profmed20192202117 (in Russian).
17. Mirzabekova D. D., Mikhailova O. V., Kan N. E., Tyutyunnik V. L. Optimization of the treatment of iron deficiency anemia during pregnancy. *Meditsinskiy opponent = Medical Opponent.* 2021;15(3):53–7 (in Russian).

Поступила 10.10.2022
Принята в печать 13.03.2023

Протокол действий программы
«Речевые модули для сбора анамнеза и когнитивно-поведенческой профилактики железодефицитных состояний у женщин»

№	Действия
1	Сбор анамнеза в рамках «Алгоритма настороженности железодефицитных состояний у женщин»
1.1	Уточнить наличие симптомов ЖДС Я хочу уточнить у Вас, испытываете ли Вы чувство постоянной усталости, нехватки сил, сонливости в течение дня? Вас не беспокоят головные боли и/или головокружения? Не замечали ли Вы, что в последнее время (несколько месяцев или более) Ваша кожа стала сухой и шелушащейся и/или ногти слоятся? Ваши волосы не выпадают интенсивно? Вы знаете, как определить норму выпадения волос? <i>(Давайте я Вам поясню: разделите волосы на несколько прядей и попробуйте слегка потянуть за каждую. Если при этом выпадает более 15 волос, то стоит обратить внимание и сообщить врачу при диагностическом приеме.)</i> Вас не беспокоит болезненность языка и/или заеды в углах рта?
1.2	Уточнить гинекологический анамнез Я знаю, что Вам будет, возможно, неловко отвечать подробно на мои вопросы, но я хочу уточнить важные детали о характере Ваших менструаций. Расскажите, пожалуйста, какова продолжительность Вашего цикла? <i>(Лучше пояснить: сколько дней обычно проходит с первого дня месячных до первого дня следующего цикла?)</i> Сколько дней длится обычно Ваши месячные? Как Вы считаете, Ваши менструации обильные? Вас беспокоит это или Вы считаете, что все в норме? Сколько прокладок в день Вам необходимо? Не замечали ли Вы, что менструации настолько обильные, что Вам необходимо использовать и тампон, и прокладку одновременно? Извините, если это так, я хотела бы уточнить: какого цвета выделения? Не замечали ли Вы, что кровь не темного, а алого цвета? Сколько дней выделяются сгустки? Два дня или более?
1.3	Уточнить пищевой анамнез Давайте поговорим о Вашем питании. Подскажите, пожалуйста, Вы прибегаете к диетам (вегетарианские/веганские)? Расскажите, пожалуйста, сколько раз в день Вы обычно питаетесь? Удастся соблюдать режим с интервалами между приемами пищи или любите перекусы? Пожалуйста, поясните, на примере своей ладони или тарелки, какой объем порции обычно Вы съедаете за один прием? <i>(Оптимально 300—350 г.)</i> Что Вы можете рассказать про свой питьевой режим? Сколько Вы обычно выпиваете в день чистой воды? <i>(Кофе, чай, газированные напитки?)</i> Сколько раз в неделю Вы употребляете красное мясо (говядину, телятину, индейку), больше 5 раз в неделю? Что Вы можете рассказать про сладости и мучное? Склонны ли Вы к частому употреблению сладостей <i>(больше 3—5 раз в неделю/ежедневно)?</i>
1.4	Уточнить сомнологический анамнез Давайте поговорим про Ваш сон, попробуем охарактеризовать его за последний месяц. Как Вы бы охарактеризовали качество Вашего сна? Расскажите, пожалуйста, в какое время Вы обычно ложитесь спать? Сколько времени (минут) Вам требовалось, чтобы заснуть? Какое Ваше обычное время подъема? Сколько часов в среднем Вы спите за ночь? Случалось ли такое, что Вы просыпались и долго не могли заснуть? <i>(Уточнить, что в таком случае делает пациентка: использует гаджеты / употребляет пищу/алкоголь?)</i>
1.5	Провести психологическую оценку Расскажите, пожалуйста, как Вы себя чувствуете эмоционально? Вам сейчас спокойно или Вас что-то беспокоит? Поделитесь, пожалуйста, какие ситуации заставляют Вас переживать? <i>(Если пациентка указывает на наличие переживаний — уточнить, с чем она их связывает?)</i> Как Вы обычно действуете в подобных ситуациях? <i>(Следует уточнить у пациентки: заедает/запивает ли она стресс или гневается, проявляет агрессию?)</i> Какие мысли у Вас возникают в голове, когда Вы ощущаете стресс или тревогу? <i>(Следует уточнить у пациентки, чувствует ли она себя беспомощной/одиноким, не возникает ли у нее мысли — «я не справлюсь», «мне никто не поможет»?)</i> ! Если у пациентки в ответе присутствуют сообщения о деструктивном поведении (суицидальные мысли, тенденция к злоупотреблению алкоголем и причинению вреда себе или окружающим) — необходимо рекомендовать консультацию медицинского психолога или психиатра.
2	Реализация техник когнитивно-поведенческой профилактики ЖДС у женщин
2.1	Давайте представим, все Ваши проблемы решены, как бы это изменило Вашу жизнь? Как Вы начали бы действовать, если бы почувствовали себя сейчас так, как Вам мечтается? Как мы поймем, что Вы добились успехов в работе над собой? Ради чего Вы могли бы прикладывать усилия и преодолевать проблемы?
2.2	Демонстрация пациентке, как преодолеть преграды, на примере КПТ-модели по четырем блокам
2.2.1	Преодоление тревожности Как Вы сами понимаете, что является причиной Вашей тревоги? Что Вы можете сделать со стресс-факторами? Что из Ваших привычек влияет на уровень тревоги? Насколько Вы сами ощущаете, что способны справиться с проблемами и своей тревогой? Что может помешать Вам обратиться к психологу или психиатру?
2.2.2	Управление качеством сна Как Вы думаете, с чем связаны Ваши проблемы со сном? Как связаны Ваши действия и мысли со сном? На Ваш взгляд, что Вы делаете такого, что мешает качеству сна? Вы знаете о том, как улучшить свой сон? Знакомы ли Вы с «правилами», которые требуют соблюдения для качественного сна? <i>(Рассказать пациентке о принципах гигиены сна, предложить скачать памятку)</i> Что в данный момент (сегодня вечером) Вам может помешать начать применять эти правила?
2.2.3	Структурирование пищевых привычек Владете ли вы информацией об оптимальной диете для Вас? Какие рекомендации Вам нужны, чтобы выстроить правильный режим питания? В какой степени Вы контролируете свои пищевые привычки? Если, по-Вашему, Вы управляете своим пищевым поведением не в полной мере, то что Вам мешает? Какие способы для решения проблем с питанием Вы видите? Если не видите, то знаете ли, куда обратиться дальше за помощью?
2.2.4	Формирование приверженности целенаправленному поддержанию здоровья (регулярные чек-апы) Среди всех важных моментов в жизни насколько большое место занимает собственное здоровье, от 0 до 100%? Если оценить все Ваше время, то какой процент вы отводите заботе о своем здоровье? Как, по-Вашему, что представляет из себя профилактика, какие мероприятия Вы знаете? Что Вам мешает обращаться к разным инструментам профилактики регулярно? Если Вы не видите в себе ресурсов для поддержания здоровья, то знаете ли Вы, куда обратиться за помощью? Нужны ли контакты психолога?
2.3	Навыки составления домашних заданий пациентке Что важного Вы сегодня услышали от меня? Что из информации Вам больше всего хотелось бы запомнить? Есть что-то в нашей встрече, что повлияло на Вас больше всего? Давайте составим конкретные задания, которые нужно выполнить к следующей нашей встрече. Какой план действий Вы уже видите для себя? Хотите ли Вы получить конкретные рекомендации от меня? Как насчет конкретных задач для себя, которые Вы могли бы начать делать уже на этой неделе?
2.4	Формирование обратной связи с пациенткой по результатам работы Поделитесь, пожалуйста, со мной, как Вам наша сегодняшняя консультация? Что Вам понравилось в нашей работе больше всего? Вы обратили внимание на то, что это была хорошая совместная работа? Вы активно принимали участие в улучшении своего здоровья. Подскажите, пожалуйста, чего Вам не хватило? Готовы ли Вы выполнить все задания к следующей консультации?