

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАДИКАЛЬНО ПРОЛЕЧЕННЫМ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Богомазова Е.В., Воронец О.А.

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»,
Городище, Республика Беларусь*

Реферат. Исследование качества жизни в настоящее время становится все более актуальным в медицинской науке и практике. Однако в большинстве исследований учитываются только клинические факторы, состо-

яние здоровья пациента и упускаются социальные характеристики, которые также оказывают влияние на функционирование и благополучие пациента.

В статье ставится задача исследовать взаимосвязь социальных факторов и показателей качества жизни беременных с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ).

Авторами выделены основные социальные характеристики данной категории женщин, оказывающие непосредственное влияние на функционирование во время беременности. Определены категории женщин, которые нуждаются в комплексе мероприятий социальной и психологической направленности для улучшения субъективно ощущаемого физического, психологического и социального благополучия.

Ключевые слова: высокодифференцированный рак щитовидной железы, качество жизни, беременность.

Введение. Республика Беларусь входит в тройку европейских стран с высоким уровнем заболеваемости раком щитовидной железы. При этом злокачественные новообразования щитовидной железы наблюдаются у женщин приблизительно в 4,3 раза чаще, чем у мужчин [1].

Пациенты с онкологической патологией подвергаются длительному стрессовому воздействию, нарушающему нормальное функционирование человека, приводящему к дезадаптации и снижению качества жизни, а когда речь идет о беременных, в анамнезе которых отмечается онкологическое заболевание, ситуация усложняется. Беременность на фоне явных или скрытых нарушений вследствие радикального лечения рака может вызывать еще большие нарушения функционирования. Оценка взаимосвязи социальных характеристик и показателей качества жизни у женщин с радикально пролеченным высокодифференцированным РЩЖ позволит выделить категории женщин, у которых данная ситуация по субъективной оценке вызывает значительные ограничения и нарушения функционирования.

Цель работы — исследование взаимосвязи социальных факторов и показателей качества жизни беременных с радикально пролеченным высокодифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в группе беременных с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы ($n = 60$). Средний возраст в группе составил $29,9 \pm 0,5$ года.

Для исследования качества жизни женщин использовались методики: экспресс-методика для оценки качества жизни NAIF и методика SF-36 Health Status Survey. Для выявления статистически достоверных различий между показателями использовался U-критерий Манна–Уитни. Для определения связи между показателями качества жизни и социальными характеристиками в исследуемой группе рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Для выявления взаимосвязи с показателями качества жизни в ходе исследования были выделены следующие социальные характеристики: возраст, семейное положение, образование, планирование беременности, беременность по счету, возраст на момент операции, время с момента операции, вид хирургического лечения.

Проведенный анализ позволил выявить в I триместре беременности достоверные взаимосвязи между показателем планирования беременности и такими показателями качества жизни, как интегральный показатель ($R = -0,328$; $p < 0,05$), физическая мобильность ($R = -0,352$; $p < 0,015$), эмоциональное состояние ($R = -0,436$; $p < 0,01$), жизненная активность ($R = -0,371$; $p < 0,01$), общее состояние здоровья ($R = -0,309$; $p < 0,05$), психическое здоровье ($R = -0,425$; $p < 0,01$); между показателем возраста и эмоциональным состоянием ($R = -0,342$; $p < 0,01$), интегральным показателем ($R = -0,280$; $p < 0,05$), познавательной функцией ($R = -0,287$; $p < 0,05$), ролевым физическим функционированием ($R = -0,289$; $p < 0,05$), социальным функционированием ($R = -0,278$; $p < 0,05$); между показателем возраста на момент операции и познавательной функцией ($R = -0,275$; $p < 0,05$), ролевым физическим функционированием ($R = -0,351$; $p < 0,01$).

Во II триместре беременности достоверные взаимосвязи были отмечены между показателем планирования беременности и ролевым эмоциональным функционированием ($R = -0,319$; $p < 0,05$), психическим здоровьем ($R = -0,318$; $p < 0,05$); между показателем возраста и социальными функциями ($R = -0,320$; $p < 0,05$), ролевым физическим функционированием ($R = -0,393$; $p < 0,01$); между семейным положением и физической мобильностью ($R = -0,365$; $p < 0,01$), экономическим положением ($R = -0,321$; $p < 0,05$), ролевым эмоциональным функционированием ($R = -0,272$; $p < 0,05$), социальным функционированием ($R = -0,308$; $p < 0,05$), жизненной активностью ($R = -0,275$; $p < 0,05$), интенсивностью боли ($R = -0,278$; $p < 0,05$); между показателем опыта предыдущих родов и эмоциональным состоянием ($R = -0,300$; $p < 0,05$), социальной функцией ($R = -0,296$; $p < 0,05$), интегральным показателем ($R = -0,285$; $p < 0,05$), между возрастом на момент операции и ролевым физическим функционированием ($R = -0,326$; $p < 0,05$).

В III триместре беременности достоверные взаимосвязи были выявлены между показателем планирования беременности и такими показателями качества жизни, как интегральный показатель ($R = -0,273$; $p < 0,05$), эмоциональное состояние ($R = -0,324$; $p < 0,05$), ролевое физическое функционирование ($R = -0,291$; $p < 0,05$), ролевое эмоциональное функционирование ($R = -0,341$; $p < 0,01$), жизненная активность ($R = -0,324$; $p < 0,05$), общее состояние здоровья ($R = -0,288$; $p < 0,05$), психическое здоровье ($R = -0,299$; $p < 0,05$); между семейным положением и интегральным показателем ($R = -0,327$; $p < 0,05$), физической мобильностью ($R = -0,366$; $p < 0,01$), эмоциональным состоянием ($R = -0,313$; $p < 0,05$), познавательными функциями ($R = -0,289$; $p < 0,05$), физическим функционированием ($R = -0,328$; $p < 0,05$), социальным функционированием ($R = -0,296$; $p < 0,05$), жизненной активностью ($R = -0,369$; $p < 0,01$), интенсивностью боли ($R = -0,313$; $p < 0,05$).

В послеродовом периоде достоверные взаимосвязи отмечены между показателем планирования беременности и такими показателями качества жизни, как интегральный показатель ($R = -0,272$; $p < 0,05$), эмоциональное состояние ($R = -0,454$; $p < 0,01$), жизненная активность ($R = -0,269$; $p < 0,05$); между образованием и физической мобильностью ($R = -0,292$; $p < 0,05$), хирургическим лечением и физической мобильностью ($R = -0,300$; $p < 0,05$); между семейным положением и психическим здоровьем ($R = -0,255$; $p < 0,05$).

Также был проведен сравнительный анализ показателей качества жизни женщин с разными социальными и клиническими характеристиками.

Показатели качества жизни снижаются с увеличением возраста женщин. Ряд показателей качества жизни в I триместре достоверно выше ($p < 0,05$) у женщин в возрасте до 30 лет по сравнению с женщинами от 31 до 40 лет. Это такие показатели, как интегральный (72,02 (62,02–80,65); 63,09 (52,97–76,19) соответственно), эмоциональное состояние (75,0 (57,14–87,5); 58,92 (53,57–75,0)), познавательная функция (77,14 (70,0–88,57); 68,57 (54,28–80,0)), ролевое физическое функционирование (87,5 (25,0–100,0); 37,5 (0,0–75,0)), психическое здоровье (72,0 (58,0–86,00); 64,0 (48,0–72,0)). Данная тенденция сохраняется и во II триместре беременности. Достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены по показателю ролевого физического функционирования (75,0 (50,0–100,0); 37,5 (25,0–62,5)) и социальных функций (65,36 (57,14–76,19); 57,14 (50,0–61,9)). В III триместре беременности и в послеродовом периоде не выявлено достоверных различий между женщинами разных возрастных категорий.

Значительным фактором, влияющим на качество жизни, является факт планирования или непланирования беременности. Так, среди женщин, планировавших рождение ребенка, показатели качества жизни выше на протяжении беременности и послеродового периода по сравнению с женщинами, в чьи планы это не входило. В I триместре беременности по ряду показателей были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между группами, среди которых интегральный показатель (72,02 (58,3–82,14); 62,2 (54,17–69,64) соответственно), физическая мобильность (69,05 (61,9–81,0); 59,52 (51,19–64,29)), эмоциональное состояние (75,0 (57,14–89,29); 57,14 (48,21–71,43)), сексуальная функция (85,71 (64,28–92,86); 60,71 (53,57–82,14)), экономическое положение (100 (85,71–100,0); 85,71 (57,14–85,71)), жизненная активность (60,0 (50,0–75,0); 47,5 (27,5–57,5)), общее состояние здоровья (69,5 (60,0–77,0); 52,0 (51,0–64,5)), психическое здоровье (72,0 (64,0–88,0); 54,0 (42,0–72,0)). Во II триместре беременности различия ($p < 0,05$) выявлены по показателям ролевого эмоционального функционирования (100 (66,66–100); 50,0 (33,3–83,3)) и психического здоровья (72,0 (64,0–84,0); 64,0 (60,0–72,0)). В III триместре различия ($p < 0,05$) выявлены по показателям эмоционального состояния (78,57 (67,86–89,29); 67,85 (41,07–82,14)), ролевого физического функционирования (25,0 (0,0–75,0); 0,0 (0,0–25,0)), общего состояния здоровья (67,0 (62,0–77,0); 57,0 (50,0–72,0)), ролевого эмоционального функционирования (100,0 (66,6–100,0); 33,3 (0,0–100,0)), жизненной активности (60,0 (50,0–65,0); 45,0 (40,0–65,0)), психического здоровья (72,0 (60,0–80,0); 64,0 (52,0–72,0)). В послеродовом периоде достоверно выше ($p < 0,05$) показатели эмоционального состояния (83,92 (67,85–89,29); 67,85 (42,85–78,57)) и жизненной активности (65,0 (47,5–75,0); 55,0 (35,0–65,0)) у женщин, планировавших беременность, по сравнению с женщинами, в чьи планы не входила беременность и рождение ребенка.

В I триместре не отмечается достоверных различий между женщинами, состоящими и несостоящими в браке, однако стоит отметить, что замужние женщины имеют более высокие показатели психологического компонента здоровья (психическое здоровье, жизненная активность, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование) по сравнению с женщинами, не состоящими в браке. Во II триместре между замужними и незамужними женщинами отмечаются достоверные различия ($p < 0,05$) по показателям физической мобильности (65,09 (57,14–76,19); 52,38 (47,61–61,9) соответственно) и экономического положения (87,71 (85,71–100,0); 71,42 (57,14–85,71)). Данная тенденция сохраняется и в III триместре, достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены по показателям физической мобильности (61,9 (53,57–73,81); 52,38 (42,85–57,14)), эмоционального состояния (78,57 (66,07–89,29); 67,85 (46,42–75,0)), познавательной функции (74,29 (62,85–84,29); 71,42 (57,14–74,29)), физического функционирования (65,0 (45,0–80,0); 50,0 (40,0–55,0)), интенсивности боли (84,0 (74,0–100,0); 62,0 (51,0–84,0)), социального функционирования (87,5 (62,5–100,0); 75,0 (62,5–75,0)) и жизненной активности (60,0 (50,0–70,0); 45,0 (45,0–55,0)).

При оценке влияния времени с момента операции на качество жизни следует отметить, что большинство показателей качества жизни выше у женщин со сроком заболевания от 3 до 10 лет. В III триместре беременности отмечаются достоверные различия ($p < 0,05$) по показателям физической мобильности (63,1 (57,14–73,81); 57,14 (47,61–66,67)), эмоционального состояния (88,93 (71,42–92,86); 78,57 (67,85–85,7)), экономического положения (85,71 (85,71–100,0); 71,42 (42,85–85,7)), ролевого эмоционального функционирования (100,0 (66,6–100,0); 71,42 (42,85–85,71)) между женщинами со сроком заболевания от 3 до 10 лет и женщинами, у которых с момента операции прошло менее 3 лет. Также у женщин со сроком заболевания от 3 до 10 лет по сравнению с женщинами, у которых с момента операции прошло более 10 лет, в III триместре беременности отмечаются более высокие ($p < 0,05$) показатели: интегральный показатель (72,02 (63,69–76,19); 57,73 (55,92–66,6)), эмоциональное состояние (83,93 (71,43–92,86); 48,21 (35,71–67,86)), общее состояние здоровья (72,0 (67,0–82,0); 62,0 (47,0–67,0)), психическое здоровье (76,0 (68,0–80,0); 62,0 (48,0–72,0)).

При оценке влияния на качество жизни такого показателя, как возраст на момент операции, не было отмечено существенных различий между выделяемыми группами за исключением показателя общего состояния здоровья (58,5 (47,0–65,0); 67,0 (57,0–77,0)) в III триместре, где он достоверно выше ($p < 0,05$) у женщин, на момент операции которым было более 18 лет.

Заключение. Таким образом, выявлена взаимосвязь социальных характеристик с показателями качества жизни. Среди основных социальных характеристик, имеющих взаимосвязь с показателями качества жизни, следует выделить такие, как возраст, планирование беременности, семейное положение, время с момента операции.

Анализ показателей качества жизни женщин с разными социальными характеристиками позволил выделить категории, которые нуждаются в комплексе мероприятий социальной и психологической направленности для улучшения субъективно ощущаемого физического, психологического и социального благополучия: женщины в возрасте старше 30 лет; женщины, не планировавшие беременность; женщины, не состоящие в браке; женщины, длительность заболевания у которых менее 3 и более 10 лет.

Использование и учет полученных результатов исследования специалистами во время ведения беременности пациенток с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы позволит повысить эффективность мероприятий и улучшить показатели их качества жизни.

Литература

1. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин; под ред. О.Г. Суконко. — Минск: ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова», 2014. — 382 с.

SOCIAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF PREGNANT WOMEN WITH RADICALLY TREATED HIGH-DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND

Bogomazova E.V., Voronets O.A.

*State Institution “National Science & Practice Centre of Medical Assessment & Rehabilitation”,
Gorodiche, Republic of Belarus*

The study of the quality of life becomes more and more actual in medical science and practice now. However in the most of the studies are only clinical factors, a state of health of the patient are considered and social characteristics which also exert impact on functioning and well-being of the patient are missed.

In article authors set a task to explore interrelation of social factors and indicators of the quality of life of pregnant women with radically treated high-differentiated cancer of a thyroid gland.

Authors have selected the main social characteristics of this category of women exerting direct impact on functioning during pregnancy. Defined categories of women who need a set of measures of social and psychological orientation for improving the subjectively perceived physical, psychological and social well-being.

Keywords: the high-differentiated cancer of a thyroid gland, quality of life, pregnancy.