Влияние информированности женщин на качество наблюдения и лечения по поводу заболеваний молочной железы

К.м.н. Е.А. СУХАРЕВА[1], д.м.н. Л.А. ПОНОМАРЕВА[2], д.м.н. С.В. КОЗЛОВ[2]

[1]МУЗ Городская поликлиника № 1, Сызрань; [2]Самарский государственный медицинский университет

Impact of women's awareness on the quality of observation and treatment for breast diseases

E.A. SUKHAREVA[1], L.A. PONOMAREVA[2], S.V. KOZLOV[2]

[1]Town Polyclinic One, Syzran; [2]Samara State Medical University

Представлены результаты социологического исследования среди женщин с нераковыми заболеваниями молочных желез. Установлено, что недостаточный уровень информированности по проблемам заболеваний молочных желез является одной из важных причин низкой мотивации женщин к последовательному наблюдению, обследованию и лечению. Информированность женщин с 2004 по 2010 г. имеет отрицательную динамику. Информацию о заболевании от медицинского персонала получают только 26% женщин. Необходим ряд профилактических технологий в первичном звене: маммологические школы, обучение самообследованию, просмотр видеосюжетов по профилактике в поликлиниках и диспансерах, распространение печатных материалов, внедрение web-технологий. Данные мероприятия помогут повысить мотивацию женщин к активным действиям по сохранению своего репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: нераковые заболевания и рак молочной железы, социологический опрос, информированность, мотивация.

The paper presents the results of a sociological survey among women with non-cancerous breast diseases. Inadequate awareness about breast problems is established to be one of the most important reasons for low female motivation to be consecutively followed up, examined, and treated. The women's awareness had a negative trend in 2004 to 2010. Only 26% of women obtain information on the disease from medical personnel. There has to be a number of prophylactic primary care technologies: mammology schools, training in self-examination, watching of prophylaxis videotapes at the polyclinics and dispensaries, distribution of printed materials, and introduction of Web technologies. These actions will increase women's motivation to be active in maintaining their reproductive health.

Key words: non-cancerous diseases and cancer of the breast, sociological survey, awareness, motivation.

Для улучшения организации маммологической помощи населению издан Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.03.06 №154 «О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам с заболеваниями молочной железы», в котором регламентируется деятельность медицинских учреждений. Сами женщины в рамках «Всемирного движения борьбы против рака» проводят информационно-просветительскую работу, включая обучение самообследованию молочных желез [1].

Проведенный Онкологическим институтом им. П.А. Герцена анализ показал, что в значительной степени запущенность рака молочной железы связана с низкой медицинской культурой населения; 42% больных откладывали визит к врачу, ссылаясь на занятость, проблемы в семье и на работе, 10,9% — боялись идти к врачу, 6,5% — занимались самолечением [2].

В литературе косвенно освещены вопросы взаимосвязи информированности женщин и их последовательных активных действий по поводу профилактики, наблюдения и лечения патологии молочной железы. Было решено провести социологическое исследование по оценке взаимосвязи информированности женщин и их мотивации к сохранению своего репродуктивного здоровья.

Цель исследования — установить влияние информированности женщин о болезнях молочной железы на качество профилактики, наблюдения и лечения по поводу этой патологии.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 589 женщин, обратившихся за медицинской помощью к маммологу и участковому акушеру-гинекологу. Предметом исследования определен уровень информированности женщин о проблемах, связанных с заболеваниями молочных желез. В ходе данного исследования использовали социологический метод (анкетирование), клиническое наблюдение, статистический анализ, в том числе системный многофакторный анализ **(см. таблицу)**.

В ходе социологического исследования использовали анкету, состоящую из трех разделов; преимущественно закрытые вопросы.

Для проведения статистического анализа рассчитывали достаточное число наблюдений, при котором все значения наблю-

© Коллектив авторов, 2012

Profilac Medicine 2012; 3: 21

[1]e-mail: suharev66@yandex.ru

Сводная характеристика методов исследования

Пациенты (все женщины)	Методы исследования			
	социологический	клиническое наблюдение	статистический	системный многофакторный анализ
589	468	121	589	589

даемой величины попали в доверительный интервал с заданной вероятностью P и допустимой ошибкой e. Для исследования принято P=0,95±0,05, что соответствует $p<0,05$. Оптимальное число наблюдений рассчитано по формуле [3, 4]:

$$N \pm \Delta N = \frac{\sum_{i=1}^{K}\sum_{i=1}^{m}(X_i - \overline{X}_m)^2 \, t_p^{\,2}}{K\,(m-1)\,\overline{X}_m^{\,2}\,\varepsilon^2}\left(1 \pm \frac{1}{\sqrt{2\,m}}\right),$$

где $\overline{X}_m = \frac{1}{m}\sum_{i=1}^{m} X_i$ — среднее значение наблюдаемого показателя в предварительном исследовании, m — количество наблюдений в предварительном исследовании, ε — допустимая относительная ошибка, K — количество объектов наблюдений, t_p — табличное значение критерия Стьюдента.

Для определения интегральной величины уровня информированности применен системный многофакторный анализ. При использовании многофакторной модели с получением интегрального показателя исходные данные могут иметь разные размерности (%, баллы, ‰). Для корректного сравнения многомерных количественных характеристик конкретные абсолютные значения исходных величин переводятся в относительные разности. Степень влияния исходной величины на интегральный показатель, характеризующий в нашем исследовании уровень информированности женщин, определена с помощью весового коэффициента. Чем выше весовой коэффициент, тем сильнее влияние j-го фактора на интегральный показатель уровня информированности, а следовательно, тем выше значимость данного фактора в исследуемой нами системе [3, 4].

Социологический опрос позволяет в короткий промежуток времени собрать и проанализировать субъективную информацию по интересующей проблеме [5]. Для характеристики состояния информированности женщин в динамике исследование методом анкетирования проводилось в 2004 г. (144), 2007 г. (180) и 2010 г. (144); всего 468 женщин. Отсутствие унифицированных методических подходов к социологическому опросу у маммологических больных позволило нам создать свою форму анкеты-опросника, состоящей из трех блоков: первый — возраст и характеристика здоровья женщины, второй — источники информации о заболевании и причины необращения за медицинской помощью, третий — фактические действия женщины для улучшения своего здоровья.

В первый блок были включены вопросы: «Ваш возраст?», «Заболевание молочных желез обнаружено впервые или болеете несколько лет?», «Имеются ли сопутствующие заболевания?». Второй блок включал вопросы по информированности: из каких источников женщина получает информацию (читает газеты, журналы, слушала лекцию, разъяснил врач, рассказали подруги), и вопросы о причинах негативного отношения к обследованию и лечению: почему вовремя не сделаны УЗИ или маммография, почему не обращались к врачу (очередь в регистратуру или к врачу, нет времени, страх). В третий блок вошли вопросы, характеризующие активные действия женщины по сохранению своего здоровья: прохождение обследования молочных желез регулярно (не реже 1 раза в год) или нерегулярно; получение лечения: регулярно (не менее 1 раза в год), нерегулярно или не лечится; консультация у онколога (да или нет); самообследование молочных желез (регулярно или нерегулярно).

Одновременно анализировали амбулаторные карты женщин (121) с нераковыми заболеваниями молочных желез, наблюдавшихся у участкового гинеколога не менее 7 лет. Исследовали следующие параметры: кратность обращения, регулярность обследования (УЗИ, маммография у женщин после 40 лет), получение лечения. Возрастная структура респондентов: 18% — 17—29 лет, 17% — 30—39 лет, 27% — 40—49 лет, 23% — 50—59 лет, 15% — 60 лет и старше. Заболевание выявлено впервые у 48% больных; 52% болели мастопатией от 1 года до 10 лет.

Результаты и обсуждение

Известно, что мастопатия распространена в первую очередь среди женщин репродуктивного возраста — 24—40% [6]. В нашей выборке преобладают женщины репродуктивного (62%) и женщины пре- и климактерического возраста (38%). Частота повторных обращений пациентов с мастопатией для проведения обследования и лечения составила 52%, что говорит о низкой мотивации в отношении своего здоровья.

Под влиянием факторов внешней и внутренней среды нарушения гормонального и обменного характера приводят к изменению нейрогуморальной составляющей женского организма, что способствует развитию заболеваний молочных желез. В связи с этим неблагоприятными факторами считается сочетание болезней молочных желез с гинекологической патологией, заболеваниями печени, щитовидной железы, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями [6—8].

В нашем исследовании из сопутствующих заболеваний преобладает сочетанная патология (32%) — гинекологические болезни, болезни щитовидной железы и печени; гинекологические заболевания (20%). На заболевания печени и желчного пузыря указали 6% опрошенных, по 5% — на заболевания щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы, 9% — другие заболевания. У 23% пациенток сопутствующей патологии не выявлено. Таким образом, в исследуемой группе преобладали женщины репродуктивного возраста с разнородной сопутствующей патологией.

Ответы на второй блок вопросов показали, что для получения информации женщины чаще пользуются всеми имеющимися источниками (газеты, журналы, беседы с родственниками и подругами, статьи из Интернета). На втором месте печатная форма информации (книги, газеты, журналы). И это понятно — печатные издания наиболее доступны для населения. Из беседы с врачом о заболевании узнали 24% женщин. Наименее популярный способ получения информации — от знакомых, подруг и лекции медицинского персонала **(рис. 1)**.

Поскольку в настоящее время информация, содержащаяся в печатной продукции и в сети Интернет, достаточно низкого качества, на первый план в предоставлении знаний о болезни должны выходить медицинские работники. Однако опрошенные женщины узнали о болезни от медицинского работника только в 26% случаев. В отношении прохождения обследования и посещения врача ответы опрошенных разделились **(рис. 2, 3)**.

Какие же фактические действия предпринимают женщины для улучшения состояния своего здоровья? Они проходят обследование (УЗИ или маммография), ле-

чатся, посещают онколога, проводят самообследование молочных желез.

Женщинам, страдающим нераковыми заболеваниями молочных желез, необходимы контрольные осмотры в течение жизни 2 раза в год; УЗИ молочных желез до 35—40 лет 1—2 раза в год; маммография 1 раз в год с 35—40 лет, после перенесенной операции по поводу доброкачественных опухолей или при отказе от операции осмотр каждые 3 мес [9].

В группе опрошенных женщин регулярно (не менее 1 раза в год) проходят обследование молочных желез 41%, 45% проходят обследование нерегулярно, а 14% по тем или иным причинам вообще не обследуются. Регулярно лечатся по поводу мастопатии 26%, нерегулярно — 30%, 44% женщин не лечатся, т.е. преобладают женщины, нерегулярно лечившиеся или не получавшие лечения (74%). Среди опрошенных низкий процент женщин (24%), получивших консультацию онколога в текущем году; 33% женщин консультировались с онкологом 1 год назад и более; не консультировались вообще 43%.

Даже такой метод, как самообследование, игнорируется более чем половиной больных. Главная методическая особенность самообследования — максимальная зависимость от качества его выполнения, поэтому наиболее важным является мотивация и подготовка женщин к его проведению, т.е. обучение [10].

Опрос показал, что самообследование молочных желез проводят регулярно 42%, нерегулярно — 34%, не проводят вообще — 24%, из них половина пациенток не обучены самообследованию. И этот важнейший аспект раннего выявления заболевания имеет неблагоприятную тенденцию.

Анализ взаимосвязи информированности женщин о заболевании с их активными действиями по сохранению своего здоровья. Анализ интегральных показателей и линейной регрессии показал, что информированность женщин с 2004 по 2010 г. имеет отрицательную динамику ($p<0,05$) **(рис. 4)**.

Характеристика динамики информированности по источникам получения информации свидетельствует, что использование печатных средств, проведение лекций и бесед снизилось ($p<0,05$). Получение информации по взаимообмену (от подруг, родственников) также имеет слабо отрицательную тенденцию ($p<0,05$). Положительную динамику имеет один показатель — получение информации от личной беседы с врачом ($p<0,05$). Улучшение данной ситуации связано с тем, что в медицинское учереждение, на базе которого проводилось исследование, в 2009 г. принят онколог-маммолог. От специалиста женщины дополнительно получали индивидуальную информацию по обязательным методам обследования, лечения, обучению самообследованию, о последствиях заболевания **(рис. 5)**. Анализ интегральных показателей и линейной регрессии по комплексу мер диагностики и лечения заболеваний молочных желез, проводимых самой женщиной, показал положительную динамику **(рис. 6)**.

При детальной характеристике комплекса диагностических и лечебных мероприятий видно, что интегральный показатель посещаемости врача имеет слабоположительную динамику ($p<0,05$). Женщины с нераковыми заболеваниями молочных желез в течение жизни более или менее регулярно посещают участкового гинеколога.

Резко повысился к 2010 г. интегральный показатель обследования молочных желез, и линейная регрессия этого показателя имеет положительную динамику ($p<0,05$). Несколько меньше вырос интегральный показатель получения лечения. Линейная регрессия показателя «лечение» также имеет положительную динамику ($p<0,05$) **(рис. 7)**.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать заключение, что показатели наблюдения, обследования и лечения женщин неразрывно связаны с их информированием медицинскими работниками.

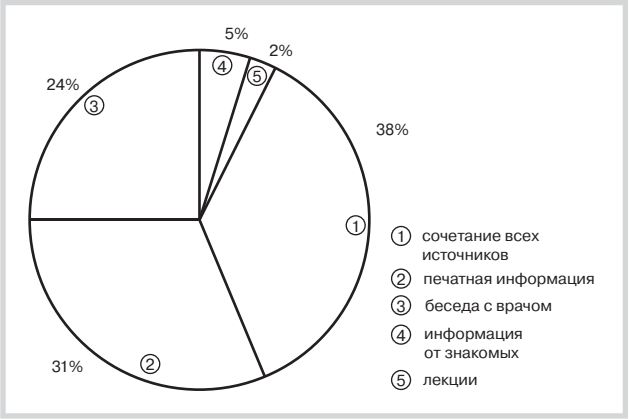


Рис. 1. **Структура источников информации о заболеваниях молочной железы.**

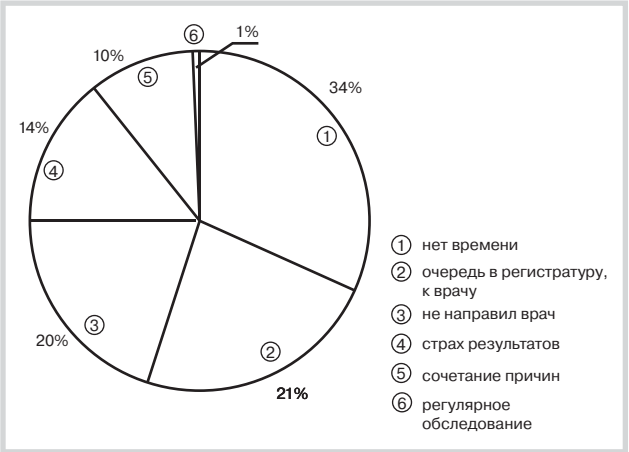


Рис. 2. **Причины отсутствия обследования (УЗИ, маммографии).**

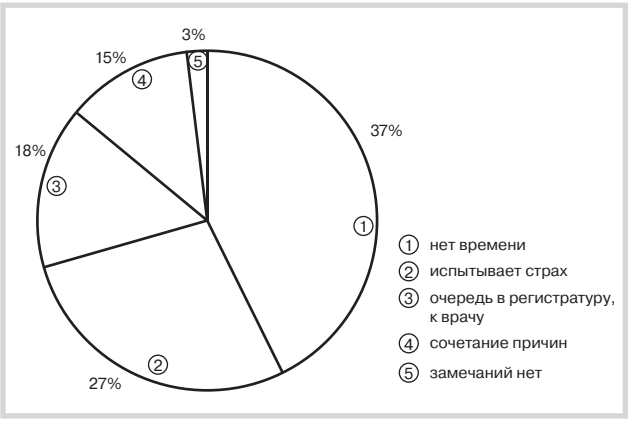


Рис. 3. **Причины нерегулярного наблюдения у врача.**

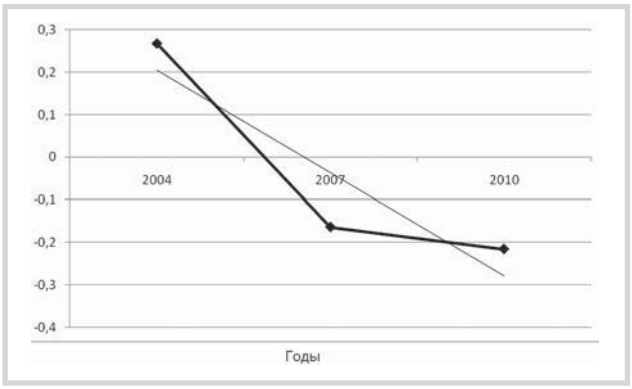


Рис. 4. **Интегральный показатель информированности женщин с 2004 по 2010 г. (*p*<0,05).**

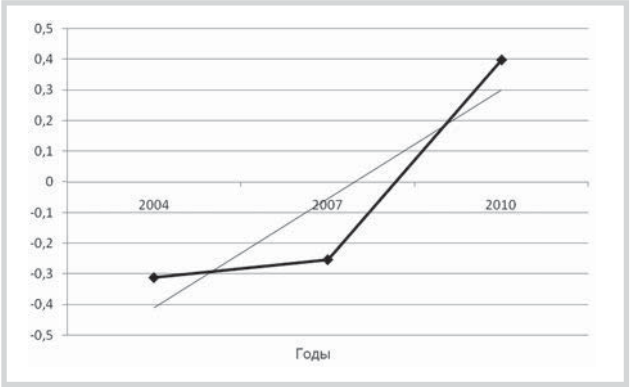


Рис. 6. **Интегральный показатель комплекса диагностических и лечебных мероприятий с 2004 по 2010 г. (*p*<0,05).**

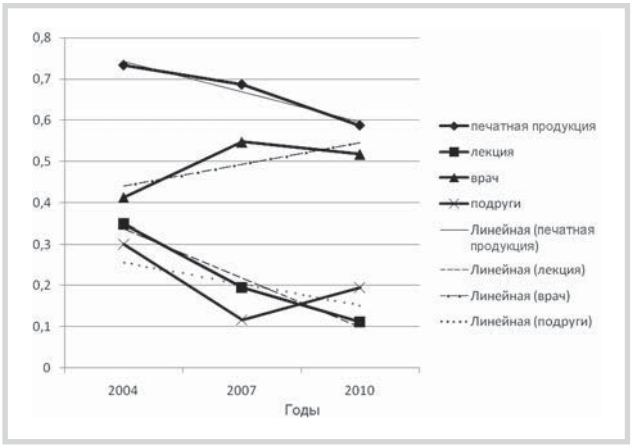


Рис. 5. **Средние значения интегральных показателей источников информации с 2004 по 2010 г. (*p*<0,05).**

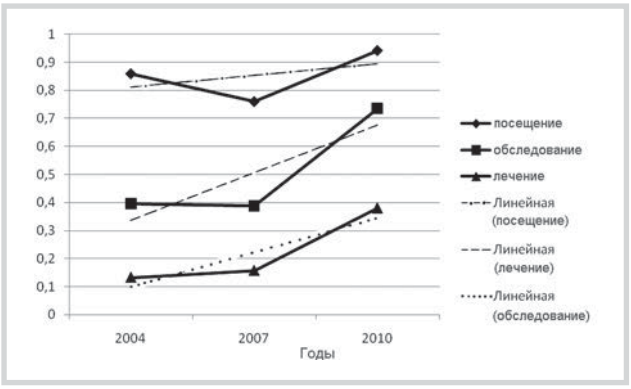


Рис. 7. **Средние значения интегральных показателей по факторам диагностики и лечения с 2004 по 2010 г. (*p*<0,05).**

Выводы

1. Уровень информированности женщин с нераковыми заболеваниями молочных желез влияет на качество их последовательного наблюдения, обследования и лечения.

2. В настоящее время уровень информированности женщин о патологии молочных желез имеет тенденцию к снижению в основном за счет уменьшения количества лекций, использования печатных изданий и получения информации по взаимообмену.

3. В повышении мотивации женщин к сохранению своего здоровья большую роль играют общение с медицинским персоналом и печатные издания, поэтому в медицинских учреждениях первичного звена необходимо активнее внедрять такие методы работы с населением, как распространение печатных материалов о мерах профилактики рака молочной железы, принципах самообследования, организация маммологических школ и школ по обучению самообследованию, показ видеосюжетов по профилактике, внедрение web-технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Рожкова Н.И.* Современная медицина для здоровья и эстетики молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы 2008; 3: 10—13.
2. *Чистяков С.С.* Рак и доброкачественные опухоли молочной железы: Учебное пособие. М 2009; 120.
3. *Углов Б.А., Котельников Г.П., Углова М.В.* Основа статистического анализа и математического моделирования в медико-биологических исследованиях. Самара 1994; 69.
4. *Пономарева Л.А., Углова М.В., Углов Б.А., Баринова Ю.Ю.* Математическое моделирование в оценке качества подготовки сестринского персонала. М 2003; 56.
5. *Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К.* Перспективы использования программ социологического мониторинга в службе надзора в сфере здравоохранения и социального развития. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития 2006; 1: 31—37.
6. *Путырский Л.А., Путырский Ю.Л.* Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы. М 2008; 336.
7. *Филиппова О.С.* Доброкачественные заболевания молочных желез: Руководство по диагностике и лечению. М 2007; 112.
8. *Летягин В.П.* Фитотерапия диффузной фиброзно-кистозной болезни. М 2008; 28.
9. *Ганцев Ш.Х., Ханов А.М., Демидов С.М., Пухов А.Г., Галеев М.Г., Харипова Э.А.* Рак молочной железы: Учебное пособие. М 2004; 116.
10. *Михайлов Э.А.* Значение самообследования в ранней диагностике рака молочной железы. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С.Чистякова. М 2006; 109—116.