

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-2-30

УДК 616

ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ (КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ГОСПИТАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИИ)

Оганесян М.Г.

Работа посвящена изучению основных показателей образа жизни больных раком в госпитальной популяции: питанию, здоровьесберегающему поведению, в том числе потреблению табака и алкоголя («до» и «после» начала заболевания), физической и медицинской активности и др.

Было проведено качественное описательное исследование на основе индивидуального полуструктурированного интервью 411 больных с впервые установленным диагнозом рак. Локализации выбраны согласно рангу по многолетним эпидемиологическим исследованиям.

Результаты исследования выявили, что питание больных не сбалансировано и не отвечает принятым стандартам, что можно объяснить наличием в рационе продуктов низкой стоимости. Разница в потреблении табака и алкоголя «до» и «после» начала заболевания практически не отмечается, что объясняется не только недостаточным уровнем знаний, но и менталитетом (в частности мужчин).

Низкая обращаемость за медицинской помощью вызвана двумя основными причинами – недостаток финансов и личное отношение к обследованиям. Отличает больных также низкая физическая активность «до» начала заболевания. Преувеличена субъективная оценка собственного здоровья «до» заболевания.

Ключевые слова: *качественное исследование; рак; полуструктурированное интервью.*

LIFE STYLE OF CANCER PATIENTS (QUALITATIVE STUDY IN THE HOSPITAL POPULATION)

Hovhannisyan M.G.

The article is devoted to investigation of basic indicators of cancer patients' lifestyles in the hospital population: nutrition, health saving behavior, including tobacco and alcohol use («before» and «after» the onset of the disease), physical and medical activity etc.

Study design is qualitative descriptive study based on individual semi-structured interviewing of 411 patients with primary diagnosis of cancer. Localizations were chosen according to rank based on the long-term epidemiological studies.

Results of the study revealed that patients' nutrition is not balanced and does not meet the accepted standards, which can be explained by the presence of cheap products in the diet. The difference in tobacco and alcohol use «before» and «after» the onset of the disease is almost not observed, not only due to lack of knowledge, but also the mentality (especially among males).

Low uptake of medical care is determined by two main reasons – lack of finance and personal attitude to the medical procedures. Patients also performed low physical activity «before» the onset of the disease. Subjective assessment of their own health «before» the disease onset is exaggerated.

Keywords: *qualitative study; cancer; semi-structured interviewing.*

В современной науке существует понятие «социального кругооборота качества»: качества человека – качество труда – качество производств – качество технологий – качество образования – качество культуры – науки – управления – социальных и экономических систем – жизни [3].

Американская некоммерческая организация «Комитет по демографическому кризису» с 90-х годов 20-го века проводит исследование качества жизни (КЖ) по 10 показателям: питание (стоимость), жилищные условия, качество жилья, образование, связь, здравоохранение, тишина, уличное движение, чистота, общественная безопасность [4].

В медицине проблематика здоровья систематически рассматривается в связи с состоянием окружающей среды [5], социально-экономического статуса [10], условиями труда [13], быта, образом жизни [8, 12, 6]. Определение ВОЗ, что такое здоровье подчеркивает личную ответственность человека за свое здоровье [1].

На основе многолетних исследований специалистов общественного здоровья, была установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семей) в патологии и сохранении здоровья (главным образом на примере изучения заболеваемости). На этом основании была предложена даже формула факторов здоровья, взятая из классической эпидемиологии, но существенно измененная – здоровые формируются «цепочкой» объектов: среда – поведение – человек. Уже

давно ясно, что главный фактор риска (он же фактор здоровья) – человек, живущий в конкретных условиях (социальных и природных) и испытывающий их и патогенное воздействие.

Еще в 1981 г. Ю. Лисицын вывел схему влияния неблагоприятных факторов образа и условий жизни на здоровье населения.

Схема 1

Влияние неблагоприятных факторов образа и условий жизни на здоровье населения

Сфера влияния факторов на здоровье	Группы обуславливающих факторов	Доля факторов, в %%
Образ и условия жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Психоэмоциональный стресс Вредные условия труда Гиподинамия Низкая медицинская активность Низкий культурный образовательный уровень Злоупотребление лекарствами	49-53

Настоящая статья затрагивает вопросы образа жизни больных раком (на примере госпитальной популяции).

Целью работы является установление определенных составляющих образа жизни больных раком различных локализаций.

Дизайн – качественное описательное исследование.

Материал и метод

Использован метод полуструктурированного индивидуального интервью больных, с первыми установленным диагнозом рака ранговых локализаций, поступивших в Онкологический научный центр (ОНЦ) МЗ РА, а также отделения 4-х многопрофильных больниц (МЦ «Армения», «Эребуни», «Измирлян», Институт хирургии «Микаелян») в 2013 и 2014 гг. Случайность выборки обеспечивалась поступлением больных из разных регионов Армении в течение определенного срока.

По данным многолетних наблюдений статистического отдела ОНЦ наибольшее поступление больных из регионов имеет место в марте и октябре каждого года. Выборка проводилась в несколько этапов.

Первый этап – изучение историй болезни всех больных раком, поступивших в лечебные учреждения.

Второй этап – выборка из историй болезни больных с первично установленным диагнозом рак изучаемых локализаций.

Третий этап – выборка больных, соответствующих требованиям экспертов по качественным исследованиям: впервые установленный диагноз, этническая группа, возраст (15 лет и выше), место проживания, добровольное информированное согласие на опрос.

Четвертый этап – вычисление по соответствующей формуле числа больных, подлежащих интервьюированию.

Опрос проводился среди больных раком молочной железы (РМЖ), тела матки (РТМ), шейки матки (РШМ), яичников (РЯ), легкого (РЛ), желудка (РЖ), поджелудочной железы (РПЖ), предстательной железы (РПрЖ), почки (РП), мочевого пузыря (РМП), колоректальный рак (КРР).

Возраст больных – старше 15 лет. Этническая группа – армяне, всего 411 больных (158 женщин, 253 мужчин). Интервью проводилось после получения информированного согласия больного.

Вопросы интервью касались питания, здоровьесберегающего поведения – потребления алкоголя, табака, физической активности, самолечения, профилактических осмотров.

Результаты

Анализ результатов опроса показал отсутствие значимых гендерных отличий и зависимости от сроков его проведения. В первую очередь была изучена частота потребления продуктов питания, входящих в повседневное меню. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

*Частота потребления основных продуктов питания
(в процентах от числа опрошенных больных раком)*

Частота продукт (в граммах)	Каждый день	В неделю 1-2 раза	В месяц 2-3 раза	Почти никогда	Кумул. %
Мясо (100,0)	11,6	29,4	54,5	4,4	100,0
Рыба (100,0)	0,7	18,0	51,3	30,0	100,0
Овощи (100,0 без картофеля)	41,9	45,5	8,0	4,4	100,0
Фрукты (100,0)	42,8	36,6	15,1	5,3	100,0
Мол. продукты (100,0)	41,2	42,2	11,0	5,5	100,0
Крупы (1 порция)	46,7	40,0	8,4	5,4	100,0
Мучные изделия (100,0)	10,2	27,1	46,7	15,9	100,0

Продолжение таблицы 1

Хлеб (100,0)	98,1	1,9	–	–	–
Кофе (1 стакан)	84,6	2,9	0,7	11,8	100,0
Газирован. воды (1 стакан)	15,4	29,0	20,9	34,5	100,0
Консервы и копчености	20,0	18,2	42,7	20,9	100,0
Жареное (1порция)	44,6	29,0	15,4	0,9	100,0

Наибольший процент потребления продуктов питания приходится на таковые, имеющие низкую биологическую ценность и низкую стоимость.

Данные, касающиеся здоровьесберегающего поведения (потребление алкоголя, табака, физической активности) представляются по каждой локализации отдельно до и после начала заболевания.⁶

Табакокурение в настоящее время рассматривается как прогностический показатель бремени болезни. О роли курения в развитии рака и его исхода известно было и больным, и тем не менее некоторые больные продолжают курить и «после начала заболевания».

Таблица 2

Потребление табака больных раком

Локализация	Валидный % до заболевания	Валидный % после заболевания
Рак предстательной железы	11,2	8,6
Рак желудка	3,2	3,2
Рак легкого	0,4	–
Рак гортани	12,9	4,8
Колоректальный рак	4,8	3,2
Рак почки	4,8	4,8
Рак мочевого пузыря	8,6	6,4
Рак молочной железы	1,6	1,6
Рак поджелудочной железы	1,6	–

На вопрос о потреблении табака положительно ответили 202 пациента (45,4%). Прекратили курить только больные раком легкого и поджелудочной железы, на том же уровне курение отметили больные раком желудка и почки и курящие женщины с РМЖ.

Согласно ответу респондентов алкоголь потребляют 293 чел. (71,6%) от числа ответивших.

⁶ «Начало» представлено согласно субъективной оценке больными.

Таблица 3

Потребление алкоголя больными раком (в валидных процентах)

Локализация	До заболевания	После заболевания
Рак молочной железы	18,5	10,3
Рак матки	11,4	6,1
Рак яичников	8,3	3,0
Рак желудка	7,3	6,1
Рак шейки матки	3,0	3,0
Рак предстательной железы	9,2	8,2
Рак легкого	1,0	1,0
Рак горла	5,2	4,1
Колоректиальный рак	10,4	7,2
Рак почки	4,3	2,0
Рак мочевого пузыря	12,5	11,3

Из данных таблицы следует, что ни в одной группе больных нет снижения потребления алкоголя до 0%. Отмечается только незначительное уменьшение числа потребляющих алкоголь.

Оценка физической активности «до болезни» проводилась по следующим показателям: занятия спортом ежедневно, ходьбу не менее 1 часа в день, в основном сидячий образ жизни. Ответы распределены следующим образом: занимались спортом ежедневно – 16,3%, ходили ежедневно не менее часа 62,1%, вели в основном сидячий образ жизни 31,6%.

Учитывая, что опрос проводился в госпитальной популяции, вопрос «после болезни» не задавался.

В отношении медицинской активности выяснилось:

Первое: проходили обследование (любое) в течение жизни 72,1%, из них

- по направлению врача – 34,3%,
- в связи с плохим самочувствием – 30,6%,
- профилактически по собственной инициативе – 7,2%;
- не проходили – 27,9%, из них
- в связи с финансовыми трудностями – 13,4%,
- в связи со страхом перед любым исследованием – 1,4%,
- считали не нужным – 13,1%.

Второе: занимались самолечением – 35,7%, принимая препараты «против гастрита», антибиотики, аспиринсодержащие препараты, другие (не указывали).

На фоне изучения образа жизни возник вопрос – как сами больные оценивали свое физическое здоровье «до» и «после» начала заболевания.

Таблица 4

*Субъективная оценка состояния физической активности,
связанная с физическим здоровьем*

Показатель	% до заболевания	% после заболевания
Очень плохое	1,5	18,7
Плохое	0,7	40,3
Среднее	11,8	17,9
Хорошее	50,7	18,7
Очень хорошее	35,3	4,5

Обсуждение

Полуструктурированное индивидуальное интервью дало возможность более широкого обсуждения полученных результатов, поскольку помимо прямых ответов учитывались комментарии самих больных.

Так, в отношении качества питания выяснилось: фрукты и овощи употребляются «только в сезон», у сельских жителей только из собственного сада и огорода, ограниченно, так как остальное «идет на продажу», под жареным подразумевается в основном жареная картошка, под молочными продуктами – мацони. Не представилось возможным связать питание с раком определенной локализации, как это указывается рядом авторов в отношении «рака богатства» и «рака бедности» [11, 7, 9, 14].

В отношении потребления алкоголя выяснилось, что из всех мужчин, потребляющих алкоголь, 91,1% предпочитают водку, остальные – коньяк, из них 32,2% ежедневно (от указания количества воздержались), Женщины предпочитали вино, изредка, в основном по праздникам. Учитывая менталитет армянских женщин, за достоверность их показаний поручиться не можем. То же самое можно сказать и в отношении курения, поэтому обсуждение касается мужчин. Из них 20,9% начали курить в возрасте младше 16 лет, 19,3% после 20-ти, остальные – после 30-и лет. Курят натошак 37,0%, больше 1 пачки в день – 27,4%, больше 2 пачек – 8,0%, сигареты с фильтром 70,5%, остальные – без фильтра. Среди курящих, желающих бросить курить у 14,5% – «не получилось». Следует обратить внимание на тот факт, что все больные РЛ и более половины РГ бросили курить. Остальные в своем большинстве продолжают потреблять табак. В том же режиме количество. При этом либо утверждается «курил, курю и буду курить – это не имеет значение», либо «теперь уже ничего не поможет».

То, что табачный дым является канцерогеном, а сочетание курения, потребления алкоголя, плюс специфика профессии (водитель, строитель, механик, сварщик) являются фактором риска развития рака сейчас сомнений не вызывает. Негативный подход больных свидетельствует о недостаточной информационной работе, в том числе в самом лечебном учреждении, тем более, как мы наблюдали в процессе сбора материала, некоторые врачи сами в клинике курят и весьма интенсивно.

На наш взгляд субъективная оценка физического здоровья до болезни несколько завышена. Причина проста: на фоне резкого ухудшения как физического, так и психо-эмоционального состояния больным представляется, что все, что было «до» – «хорошо» и «очень хорошо», а «после» болезни – «плохо», и «очень плохо». В пользу нашей точки зрения говорят ответы на предыдущие вопросы – 30,6% проходили обследование в связи с плохим самочувствием, 34,3% – по направлению врача.

Эти показатели никак не соответствуют понятию «хорошее» (50,7%), и особенно «очень хорошее» (31,3%). Возможно, на ответ влияет тот факт, что 69,5% мужчин и 77,3% женщин знали свой диагноз.

Заключение

Качественное исследование, проводимое на госпитальной популяции, позволяет определить некоторые характерологические особенности больных. В исследовании, касающемся психо-эмоционального состояния, несмотря на гендерные отличия и зависимость от локализации, больные более активно шли на контакт с интервьюером. Это объяснимо – они говорили о том, что их беспокоило – депрессия, бессонница, отношение в семье и т. д. [2] В данном же случае питание и образ жизни – «свое», «личное», «не имеющее отношения к болезни» и изучение этого вопроса им «никакой пользы не принесет».

Вместе с этим, считаем нужным отметить, что ответы отражают субъективный подход больного, в частности к таким вопросам, как образ жизни: женщины могут уйти от вопроса о курении или потреблении алкоголя, мужчины – о потреблении алкоголя, посещения врача («не считая нужным»). Тем не менее, любые качественные исследования, основанные на индивидуальном интервью, имеют свои преимущества. Они позволяют получать открытые ответы и интерактивно исследовать проблему вместе с респондентом. Это может пролить свой свет на вопросы, которые трудно измерить, например касающиеся убеждений, чувств, восприятия. Благоприятным «побочным эффектом» такого подхода является то, что он также позволяет регистрировать лексику респондента, помогает создать атмосферу доверия и взаимопонимания,

необходимую при изучении сложных и деликатных вопросов. Последнее особенно важно при опросе больных раком, психо-эмоциональное состояние которых весьма лабильна.

О ценности будущего качественных исследований в онкологии надо судить по тому, насколько они помогут переориентировать политику оказания помощи больным раком.

Список литературы

1. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни (пер. с англ). – М.: Мир, 1997. С. 12.
2. Оганесян М. Психо-эмоциональное состояние больных раком // Онкол. ж. – Минск. 2014. №8. №2(30). С. 9-14.
3. Суббетто А.И. Управление качеством жизни и выживаемость человечества // Ст. К. 1994. №1. С. 5-12.
4. Четвериков С.В., Гусева И.К. Качество жизни // Доклады по управлению качеством жизни и сертификации товаров. Икут. гос. экономакадемия. 1998. 9 с. student.km.ru/ref_shew_frame.asp?id=.
5. Boice JD Jr, Bigbee WL, Mumma MT, et al. Cancer incidence in municipalities near two former nuclear materials processing facilities in Pennsylvania-an update // Health Phys. 2009. №96(2). Pp. 118-127.
6. Collab group the Nat. Inst. For Publ. Health and environment. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence // J. Nat. Cancer Inst. 2009. №101(5). Pp. 321-330.
7. Datta K., Biwars J., Influence of dietary habits, physical activity and affluence factors on breast cancer in East India: a case – control study // Asian Pac. J. Cancer Brew. 2009. №10(2). Pp. 219-222.
8. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in male British doctors // Brit. Med. J. 2004. №328. Pp. 1519-1528.
9. Griggs J.J., Culakova E., Sorbero M.E., van Ryn M., Poniewierski M.S., Wolff D.A., Crawford J., Dale D.C., Lyman G.H. Effect of patient socioeconomic status and body mass index on the quality of breast cancer adjuvant chemotherapy // J. Clin Oncol. 2007. Jan 20. №25(3). Pp. 277-284.
10. Kuwahara A., Takachi R., Tsubon Y., et al. Socioeconomic status and gastric cancer survival in Japan. // Gastric Cancer. 2010. №13. №4. Pp. 282-230.
11. Lee J.E., Spiegelman D., Hunter D.J., Albanes D., Bornstein L., van den Brahd (group 26) Fat., protein and meat consumption and renal cell cancer risk: a pooled analysis of 13 prospective studies // J. Natl. Cancer inst. 2008. №100(23). Pp. 1695-1706.

12. Linsday D.G., Astley S.B. European research on the functional effect of dietary antioxidants – EUROFEDA // Mol. Aspects Med. 2002. №23(1-3). Pp. 1-38.
13. Pilidis G.A., Karakitsios SP, Kassomenes PA, et al. Measurement of benzene and formaldehyde in a medium sized urban environment, indoor/ outdoor health risk implication in special population on groups // Henris Monit. Assess. 2009. №150(1-4). Pp. 285-294.
14. Torio C.M., Klassen A.C., Currierro F.C., Cabaliero B., Heizisoner K. The modifying effect of social class on the relationship between body mass index and breast cancer incidence // Am. J. Public Health. 2010. №100(1). Pp. 146-151.

References

1. Bayer, K., Sheinberg, L. *Zdorovyy obraz zhizni* [Scheinberg Healthy Lifestyle] (trans. From English) // Mir. 1997. P. 12.
2. Hovhannisyan M. *Psikho-emotsional'noe sostoyanie bol'nykh rakom* [Psycho-emotional state of patients with oncological] // Well. – Minsk. 2014. №8. №2 (30). Pp. 9-14.
3. Subbetto A.I. *Upravlenie kachestvom zhizni i vyzhivaemost' chelovechestva* [Managing the quality of life and survival of mankind] // Art. K. 1994. №1. Pp. 5-12.
4. Chetverikov S.V. Gusev I.K. *Kachestvo zhizni* [Quality of Life] // Reports to manage the quality of life and product certification. Ikuta. state. Economy Academy. 1998. 9 p. student.km.ru/ref_shew_frame.asp?id=.
5. Boice JD Jr, Bigbee WL, Mumma MT, et al. Cancer incidence in municipalities near two former nuclear materials processing facilities in Pennsylvania-an update // Health Phys. 2009. №96(2). Pp. 118-127.
6. Collab group the Nat. Inst. For Publ. Health and environment. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence // J. Nat. Cancer Inst. 2009. №101(5). Pp. 321-330.
7. Datta K., Biwars J., Influence of dietary habits, physical activity and affluence factors on breast cancer in East India: a case – control study // Asian Bac. J. Cancer Brew. 2009. №10 (2). Pp. 219-222.
8. Doll R., Peto R., BorehamJ., Sutherland I. Mort.ality in male British doctors // Brit. Med. J. 2004. №328. Pp. 1519-1528.
9. Griggs JJ, Culakova E., Sorbero ME, van Ryn M., Poniewierski MS, Wolff DA, Crawford J., Dale DC, Lyman GH Effect of patient socioeconomic status and body mass index on the quality of breast cancer adjuvant chemotherapy // J. Clin Oncol. 2007. Jan 20. №25 (3). Pp. 277-284.

10. Kuwahara A., Takachi R., Tsubon Y., et al. Socioeconomic status and gastric cancer survival in Japan // *Gastric Cancer*. 2010. №13. №4. Pp. 282-230.
11. Lee JE, Speigelman D., Hunter DJ, Albanes D., Bornstein L., van den Brahd (group 26) Fat., Protein and meat consumption and renal cell cancer risk: a pooled analysis of 13 prospective studies // *J. Natl. Cancer inst.* 2008. №100 (23). Pp. 1695-1706.
12. Linsday D.G., Astley S.B. European research on the functional effect of dietary antioxidants – EUROFEDA // *Mol. Aspects Med.* 2002. №23(1-3). Pp. 1-38.
13. Pilidis GA, Karakitsios SP, Kassomenes PA, et al. Measurement of benzene and formaldehyde in a medium sized urban environment, indoor / outdoor health risk implication in special population on groups // *Henris Monit. Assess.* 2009. №150(1-4). Pp. 285-294.
14. Torio CM, Klassen AC, Currierro FC, Cabaliero B., Heizisoner K. The modifying effect of social class on the relationship between body mass index and breast cancer incidence // *Am. J. Public Health*. 2010. №100 (1). Pp. 146-151.

ДАнные ОБ АВТОРЕ

Оганесян Марине Геворковна, доцент кафедры гигиены и экологии, докторант
Ереванский Государственный Медицинский Университет
ул. Корюна 2, г. Ереван, 0025, Армения
mhovannis@yahoo.com

DATA ABOUT THE AUTHOR

Hovhannisyan Marine Gevorkovna, Associate Professor, Department of Hygiene and Ecology, PhD
Yerevan State Medical University
2 Koryun St, Yerevan 0025, Armenia
mhovannis@yahoo.com