

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С РАКОМ ЯИЧНИКОВ (НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТИ АБАЙ, КАЗАХСТАН)

Д.Р. КАЙДАРОВА¹, Р.О. БОЛАТБЕКОВА², О.Б. АНДРЕЕВА³, Б.А. АПСАЛИКОВ⁴, А.Б. АСТАЕВА³, Г.К. КУМАРОВА³, А.А. ЖОЛАМАНОВА⁵, Э.Ф. ЖУНИСОВА⁴, Б.Б. АҚЫЛБЕКОВ⁴

¹Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

²КГП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» УОЗ, Алматы, Республика Казахстан;

³КГП на ПХВ «Центр ядерной медицины и онкологии» УЗ ОА, Семей, Республика Казахстан;

⁴НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Республика Казахстан;

⁵ТОО «Поликлиника №6», Семей, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Исследование посвящено анализу состояния здоровья женщин с диагнозом рака яичников, выявлению факторов, влияющих на их качество жизни, а также оценке доступа к медицинским услугам и уровню информированности. Рак яичников является одним из самых распространенных онкозаболеваний среди женщин, его позднее выявление часто приводит к неблагоприятным исходам. Важно понимать, как различные аспекты жизни пациенток влияют на их эмоциональное и физическое состояние.

Цель исследования – выявить влияние социально-экономических и психологических факторов на качество жизни женщин, страдающих от рака яичников, в области Абай (Республика Казахстан), а также оценить существующие взаимосвязи между факторами в рамках мультицентрового исследования.

Методы: В исследовании приняли участие 35 женщин с установленным диагнозом рака яичников. Данные были собраны методом анкетирования. Анкета включала вопросы о времени в пути до больницы, уровне образования, семейном положении, финансовом состоянии, наличию обязанностей по уходу за близкими, а также симптомах, беспокоящих пациенток. Использовались количественные и качественные методы анализа для интерпретации полученных данных.

Результаты: 68,6% женщин добирались до лечебного учреждения в течение 30-60 минут, что влияло на их общее самочувствие. 54,3% женщин имели средне-специальное образование. 54,3% респондентов были замужем, что свидетельствует о социальной поддержке. 48,6% женщин оценили свои доходы как средние, что может влиять на доступ к лечению. 68,6% респондентов не имели обязанностей по уходу, что может снизить эмоциональную нагрузку. Наибольшее беспокойство вызывали общая слабость (48,6%) и увеличение размеров живота (57,1%). Большинство женщин обращались к онкогинекологам (42,9%).

Заключение: Исследование показало, что социально-экономические факторы, такие как уровень образования и финансовое положение, оказывают значительное влияние на качество жизни женщин с раком яичников. Высокий процент женщин, добирающихся до больницы в разумные сроки и имеющих доступ к медицинским специалистам, свидетельствует о важности обеспечения своевременной диагностики и лечения. Однако необходимо повышать уровень информированности о заболевании и доступ к психологической поддержке.

Ключевые слова: рак яичников (РЯ), качество жизни, тревога и депрессия, онкопсихология, эмоциональное благополучие, семейная поддержка.

Введение: Рак яичников (РЯ) является одним из наиболее опасных гинекологических злокачественных новообразований. По данным Globocan, в 2024 году, РЯ занимал восьмое место по распространенности среди женщин: во всём мире было зарегистрировано 324 603 новых случая. Наибольшая заболеваемость зафиксирована в странах Европы и СНГ, включая Латвию и Россию. Прогнозы указывают на значительный рост: к 2050 году ожидается до 503 448 новых случаев ежегодно, что означает увеличение более чем на 55% [1]. Пятилетняя выживаемость при РЯ в развитых странах составляет 36-46%, в то время как в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) – значительно ниже [2].

В Китае РЯ является вторым по частоте гинекологическим раком у женщин и имеет один из самых высоких показателей смертности (21,6%) [3]. В США в 2022

году зарегистрировано 21 179 новых случаев РЯ и 13 230 смертей. Согласно данным за 2024 год, ожидается 19 680 новых случаев и 12 740 смертей, при этом пятилетняя выживаемость составляет около 50,8% [4].

В Казахстане РЯ занимает 8-е место среди всех онкологических заболеваний у женщин и является третьим по частоте среди гинекологических раков. В 2023 году зарегистрировано 1251 новый случай, а уровень смертности составил 5,3 на 100 000 женщин [5]. Наибольшее число случаев выявлено в г. Алматы (228) и Карагандинской области (98), тогда как минимальные показатели наблюдаются в Ульятауской области (8 случаев). В большинстве регионов Казахстана фиксируется рост заболеваемости, что может быть связано с улучшением диагностики и ростом информированности населения [6].

Рак яичников на ранних стадиях протекает бессимптомно, что затрудняет раннюю диагностику. Большинство диагнозов устанавливается на III-IV стадиях заболевания, когда пятилетняя выживаемость составляет менее 20% [7].

Кроме клинико-статистических аспектов, важно учитывать влияние заболевания на качество жизни пациенток. Лечение РЯ – в первую очередь хирургическое вмешательство и химиотерапия – связано с физическими и психологическими нагрузками: боль, усталость, страх рецидива, депрессия, нарушение сна и социальной адаптации [8]. Длительные побочные эффекты, изменение образа жизни и страх прогрессирования заболевания существенно ухудшают общее состояние пациенток [9].

Результаты международных исследований показывают, что социально-экономический статус, уровень образования, семейное положение, психическое здоровье, наличие обязанностей по уходу, финансовые трудности и уровень информированности – всё это оказывает значимое влияние на качество жизни женщин с РЯ [10]. Также показано, что отсутствие поддержки, особенно эмоциональной и социальной, ухудшает субъективное восприятие болезни и снижает приверженность к лечению [11].

В контексте Казахстана исследования, посвящённые качеству жизни женщин с РЯ, остаются крайне ограниченными, особенно на региональном уровне. Абайская область – один из новых регионов страны с преимущественно сельским населением и ограниченной доступностью специализированной онкологической помощи. Именно поэтому изучение данной популяции в рамках мультицентрового исследования является обоснованным и актуальным [12].

Изучение взаимосвязи между социально-экономическими и психологическими факторами и качеством жизни позволит выявить уязвимые группы пациенток и разработать более адресные меры поддержки, как на уровне клинической практики, так и на уровне региональных программ здравоохранения [13].

Цель исследования – выявить влияние социально-экономических и психологических факторов на качество жизни женщин, страдающих от рака яичников, в области Абай (Республика Казахстан), а также оценить существующие взаимосвязи между этими факторами в рамках мультицентрового исследования.

Материалы и методы: Настоящее исследование является частью международного проекта *Every Woman Study™*, организованного World Ovarian Cancer Coalition (WOCC) и Международным обществом гинекологической онкологии (IGCS), и направленного на оценку эпидемиологических и клинических особенностей рака яичников в СНСД [14]. Проект охватывает более 2000 женщин из 22 стран, с участием до 10 центров в каждой стране. Для ряда стран это стало первым опытом участия в национальных или международных исследованиях. В процессе сбора данных исследователи сталкивались с рядом организационных и логистических проблем: необходимость учитывать языковые барьеры, уровень грамотности, доступ к интернету (опросы про-

водились в бумажном и электронном форматах), а также обеспечение справедливого доступа к публикациям и финансированию.

Цели *Every Woman Study™*, релевантные нашему исследованию:

- Оценка распространённости и инцидентности рака яичников в странах СНСД с учётом возрастных и этнических характеристик;
- Определение факторов риска и прогноза заболевания;
- Анализ доступности и качества медицинской помощи (диагностика, хирургия, химиотерапия, паллиативная помощь);
- Идентификация социальных, экономических, культурных и географических барьеров при получении медицинской помощи;
- Оценка необходимости и эффективности паллиативной и психосоциальной поддержки.

Методология локального исследования: В рамках казахстанской части *Every Woman Study* в исследовании приняли участие 35 женщин с подтверждённым диагнозом РЯ, проживающих в Абайской области. Для сбора данных использовалась структурированная анкета, адаптированная из основного инструментария *Every Woman Study* [14]. Анкета включала блоки по:

- социально-экономическим характеристикам;
- доступу к медицинской помощи;
- психологическим аспектам;
- симптомам и видам лечения;
- качеству жизни.

Анализ проводился с использованием количественных методов, включая корреляционный анализ и множественную регрессию, с целью выявления взаимосвязей между социально-экономическими и психологическими переменными и показателями качества жизни пациенток.

Когорта исследования: Всего было проанкетировано 35 женщин, 100,0% которых проживают на территории г. Семей, Республики Казахстан и состоят на Д-учете, наблюдаются и проходят лечение в Центре ядерной медицины и онкологии Управления Здравоохранения области Абай, Казахстан (ЦЯМиО УЗ ОА). При этом всем женщинам, включенным в исследование, диагноз был поставлен также в ЦЯМиО УЗ ОА.

Критерии включения:

- женщины в возрасте от 18 до 99 лет;
- наличие информированного согласия на участие в исследовании;
- у пациентки диагностировали РЯ в течение предыдущих пяти лет (на момент включения в исследование).

Критерии исключения:

- пациентка находится на этапе диагностики, диагноз не установлен;
- пациентка не может (физически или эмоционально) отвечать на вопросы анкеты;
- у пациентки диагностированы проблемы с психическим здоровьем (слабоумие, бред, психоз) и/или она испытывает трудности в обучении.

Результаты:

Демографические характеристики и анамнез. При отборе пациенток для анкетирования в 6 (17,1%) слу-

чаях были приглашены женщины, которые наблюдаются в нашем центре в течении 5 последних лет. Недавно посещавшие онкогинеколога или проходившие спец. лечение (в частности курсы химиотерапии) составили основную часть анкетированных женщин – 23 (65,8%) человека. Еще 6 (17,1%) женщин, которые были проан-

кетированы, уже получали спец. лечение на момент начала исследования.

В Таблице 1 представлены данные о возрасте, в котором был диагностирован рак яичников. Наименьшие значения возраста составляют 25, 33, 35 и 44 года, а наибольшие – 67, 68 и 69 лет.

Таблица 1 – Возраст при постановке диагноза, лет (n=35)

Уникальные значения	Минимальный возраст	Максимальный возраст	Средний возраст	Стандартное отклонение	Процентиль возраста пациенток на момент постановки диагноза (лет)						
					0,05	0,10	0,25	0,50 Медиана	0,75	0,9	0,95
0,0%	23	69	56,63	10,59	34,40	44	53	58	64,50	67,60	69

Распределение гистологических типов РЯ среди анкетированных женщин представлено на рисунке 1.

Данные рисунка 1 показывают, что эпителиальные формы РЯ, в частности без уточнения подтипа, явля-

ются наиболее распространенными среди опрошенных женщин. Это – важная информация для понимания эпидемиологии и клинических особенностей РЯ в данной группе пациентов.



Рисунок 1 – Гистологические типы рака яичников среди анкетированных пациенток (n=35)

Стадирование РЯ у женщин, вошедших в исследование, было проведено в основном после оперативного вмешательства – 32 (91,4%). Только троим (8,6%) из анкетированных женщин стадия диагноза была поставлен на основе осмотра и данных биопсии.

На первом этапе анкетирования также было проанализировано, на какой стадии по классификации FIGO (Международная федерация гинекологии и акушерства) было диагностировано заболевание (рисунок 2).

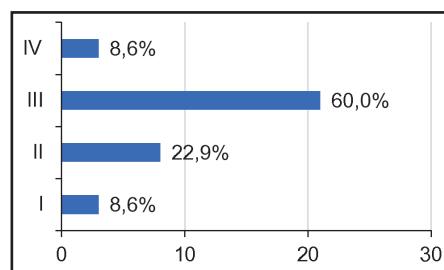


Рисунок 2 – Распределение стадий заболевания по классификации FIGO среди опрошенных женщин (n=35)

Среди анкетированных женщин только у 1 (2,9%) не было оперативного вмешательства, при этом только у 8 (22,9%) пациенток была проведена радикальная операция, у остальных – 26 (74,3%) – оперативное вмешательство было проведено не в полном объеме.

Результаты анкетирования. Было проанализировано, сколько времени в среднем проводят пациентки в пути до больницы (рисунок 3).

Менее 15 минут и 15-30 минут до ЦЯМиО добираются 4 (11,8%) и 8 (22,9%) женщин соответственно, что значительно сказывается на самочувствии пациентки. Большая часть женщин проводит в пути 30-60 минут – 10 (28,6%), при этом 1-2 часа добираются четверо (11,4%) – это в основном городские жительницы. Иногородние женщины тратят на дорогу 2-5 часов – 1 (5,7%), свыше 5 часов – 4 (11,4%) и более 24 часов – 3 (8,6%).

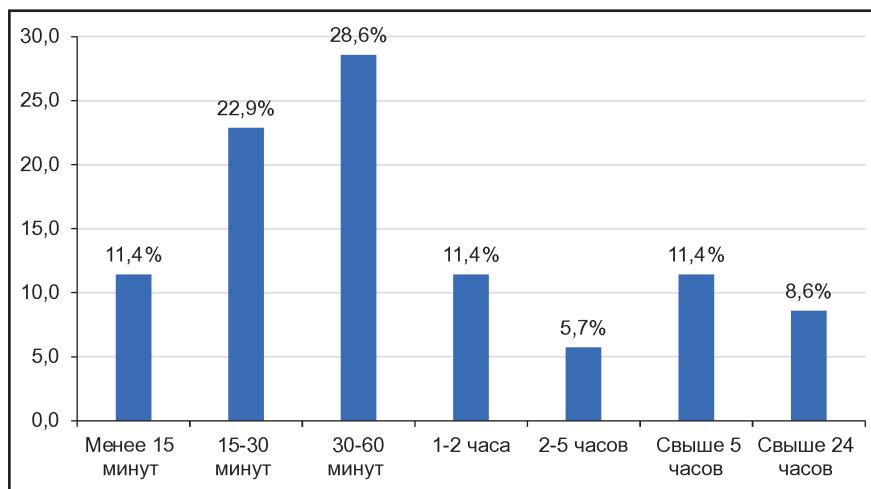


Рисунок 3 – Среднее количество времени в пути среди опрошенных женщин (n=35)

Среди анкетированных пациенток начальный уровень образования имела одна (2,9%) женщина; большая часть пациенток имели среднее и средне-специальное или техническое образование – 10 (28,6%) и 19

(54,3%), соответственно. Высшее образование имели пять (14,3%) из опрошенных женщин.

Опрошенные женщины указывали свое семейное положение на момент установления диагноза (рисунок 4).

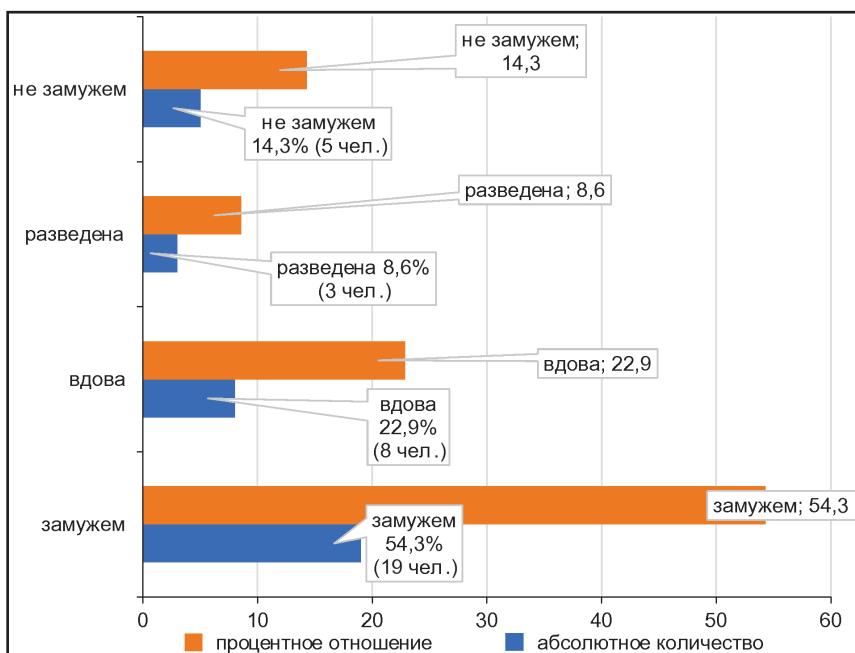


Рисунок 4 – Семейное положение опрошенных женщин (n=35)

Также уточняли финансовое положение на момент диагностирования РЯ. 8 (25,7%) женщин оценили своё финансовое положение как «ниже среднего», средний уровень доходов назвали 16 (48,6%) пациенток, «выше среднего» свое финансовое состояние оценили 4 (12,5%) женщины. При этом 4 (12,5%) опрошенных женщины предпочли не отвечать на данный вопрос.

На качестве жизни, эмоциональном и физическом состоянии также сказываются заботы о близких, домашние обязанности. Пациентки ответили на вопрос о наличии или отсутствии обязанностей по уходу за другими членами семьи (рисунок 5).

На момент установления диагноза большинство женщин имели статус «работающие» (n=15), либо были

на пенсии (n=14), что отражает смешанный социальный профиль пациенток (рисунок 6).

На момент установления диагноза женщины имели следующий гинекологический статус (ответов на вопрос могло быть несколько, так как это влияло на прогноз и выявление наличия факторов риска развития РЯ среди опрошенных):

- наступила менопауза – 11 (31,4%),
- отсутствие родов – 5 (14,3%),
- роды один раз – 5 (14,3%),
- роды дважды – 6 (17,1%),
- роды три и более раз – 13 (37,1%),
- кормление грудью – 13 (37,1%),
- прием оральных контрацептивов до 5 лет – 1 (2,9%),

- прием оральных контрацептивов от 5 до 10 лет – 1 (2,9%),
- лечение от бесплодия – 1 (2,9%).

Учитывая высокий риск наследственности в развитии РЯ был оценен онкоанамнез среди опрошенных женщин. При этом, 16 (45,7%) женщин указали наличие онкозаболевания у родственников, 15 (42,9%) отметили отсутствие отягощенного онкоанамнеза, часть женщин – 4 (11,4%) – испытывали затруднение при ответе на данный вопрос.

Среди опрошенных женщин, только 4 (11,4%) участницы знали достаточно информации о диагнозе «РЯ»,

17 (48,6%) слышали об этом, но не знали полной информации, 14 (40,0%) ничего не знали о заболевании.

Также были оценены симптомы, которые беспокоили женщин до установления диагноза. Результаты опроса представлены на рисунке 7.

Среди самых частых симптомов женщины отметили общую слабость и утомляемость – 17(48,6%), увеличение размеров живота – 20 (57,1%), боль в малом тазу беспокоила 12 (34,3%) пациенток, при этом боли в животе и частое мочеиспускание отмечалось в 9 (25,7%) случаях, соответственно. Остальные симптомы пациенток беспокоили реже.



Рисунок 5 – Наличие или отсутствие обязанностей по уходу в семье у опрошенных женщин (n=35)

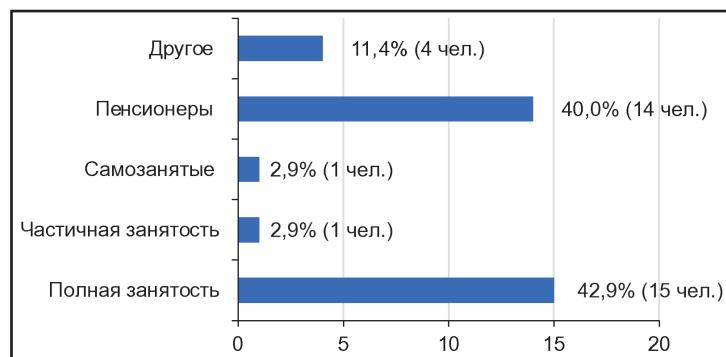


Рисунок 6 – Статус занятости опрошенных женщин (n = 35)

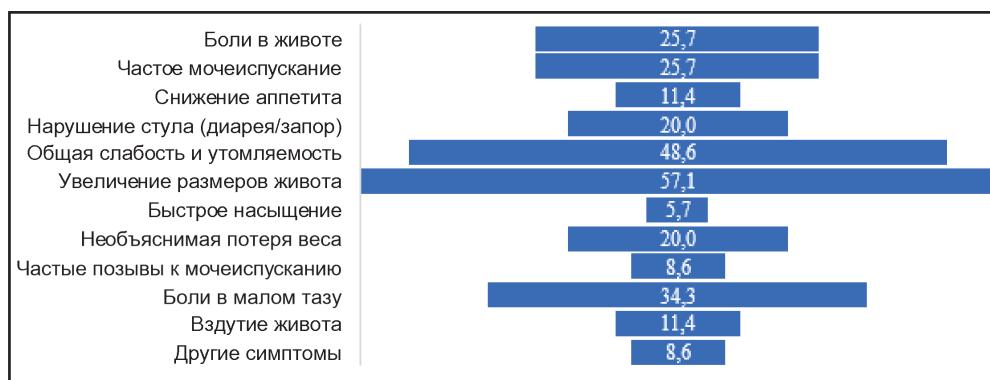


Рисунок 7 – Симптомы, имевшиеся до установления у опрошенных женщин диагноза РЯ (n=35)

При обнаружении у себя тревожных признаков большинство женщин обратились к профильным специалистам: к гинекологу – в 13 (37,1%) случаях и напрямую к онкогинекологу – в 15 (42,9%) случаях. Только в 7 (20,0%) случаях пациенты обратились к другим специалистам (вероятно, врачи скорой помо-

щи, общей практики, целители, гастроэнтерологи в связи с неспецифическими жалобами, эндокринологи и так далее).

Значительная задержка в постановке диагноза – одна из основных проблем при раке яичников. В большинстве случаев диагноз устанавливался лишь че-

рез 2–6 месяцев после первого обращения к врачу. Основные причины включали длительное ожидание контрольных обследований и хирургического вмешательства, редкие визиты к врачу и территориальную удалённость от медицинских учреждений, что особенно актуально для сельских регионов.

Время от постановки диагноза до начала лечения, согласно опросу, составляло менее трех месяцев. При этом удовлетворённость пациенток действиями докторов за период обследований, постановки диагноза и лечения составила более 70%.

При проведении спец. лечения все пациенты сталкиваются с широким спектром побочных явлений. При ответе на анкету чаще всего пациенты указывали следующие явления (рисунок 8):

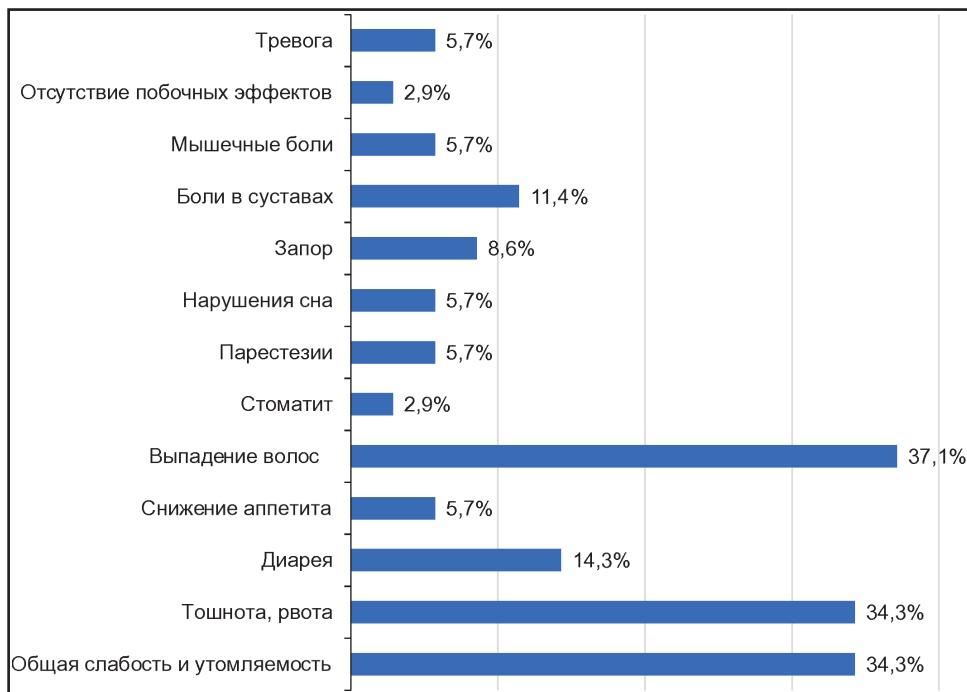


Рисунок 8 – Побочные явления при проведении спец. лечения от РЯ (n=35)

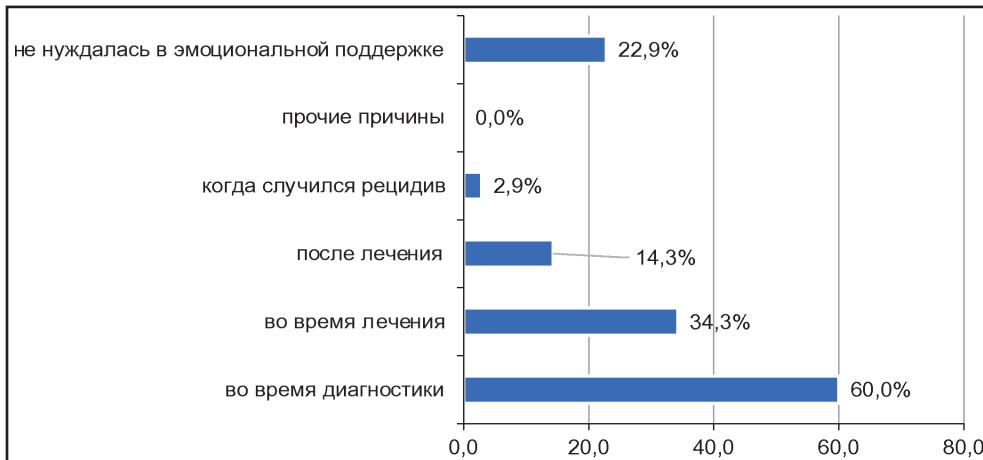


Рисунок 9 – Периоды и моменты необходимости эмоциональной поддержки по данным анкетируемых (n=35)

Также в анкете был вопрос с несколькими вариантами ответов «Есть ли какие-то особые проблемы, с которыми вы столкнулись?». На рисунке 1 представлены наиболее частые ответы.

При этом в опроснике уточнялось участие медицинских работников в коррекции побочных эффектов и эффективность их действий. Результаты распределились следующим образом: «да, очень» – 13 (37,1%); «да, в какой-то степени» – 19 (54,3%). Остальные респондентки ответили отрицательно или воздержались от ответа.

Также в опроснике был вопрос по поводу применения альтернативных средств (нетрадиционная медицина, БАДы и так далее). Ответили «да, все время» – 3 (8,6%), «да, в какой-то момент» – 6 (17,1%), «нет, но я думала об этом» – 5 (14,3%) и «нет» – 18 (51,4%).

На вопрос о периодах и моментах необходимости эмоциональной поддержки анкетируемые ответили следующим образом (рисунок 9):

Некоторые варианты ответов не были выбраны пациентками, а именно: страх летального исхода, трудности с возвращением к «нормальной жизни» после лечения, уход партнера или супруги, чувство изоля-

ции, чувство неспособности контактировать с другими людьми, потеря fertильности, восстановление

сексуальной близости с партнером, преодоление менопаузы.



Рисунок 10 – Особые проблемы, возникшие у анкетированных женщин с РЯ (n=35)

Рисунок 11 иллюстрирует, к кому чаще обращались анкетируемые в связи с потребностями в эмоциональной поддержке.

Также был вопрос о том, встречались ли женщины и разговаривали ли с другими женщинами или группами женщин с РЯ после постановки диагноза. Ответы расположились следующим образом: «да, общались лично» – 10 (28,6%), «да, общались в составе онкологи-

ческой группы» – 6 (17,1%), «да, общались онлайн (социальные сети, чат, форум)» – 1 (2,9%), «да, общались по телефону» – 2 (5,7%) и «нет» – 16 (45,7%).

Другие вопросы коснулись практической поддержки, которая была необходима пациенткам в связи с установленным заболеванием РЯ (была возможность выбрать несколько вариантов ответов) (рисунок 12).

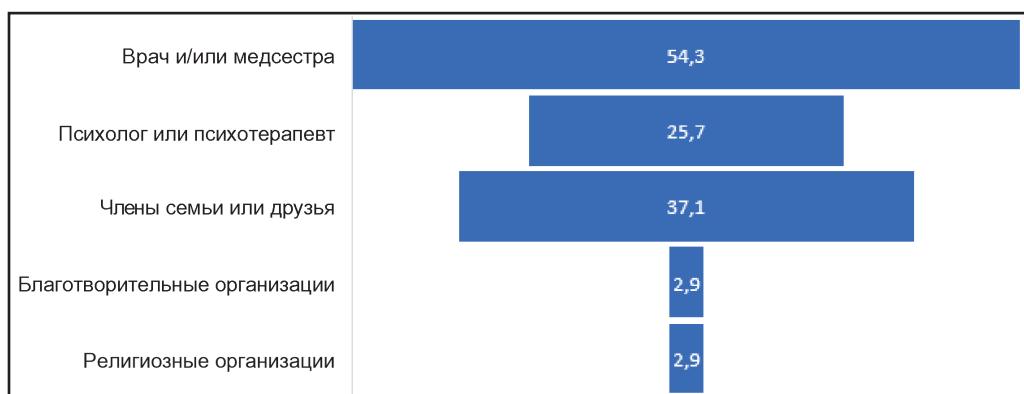


Рисунок 11 – Обращения женщин с РЯ при потребности в эмоциональной поддержке, в % (n = 35)



Рисунок 12 – Практическая поддержка, которая требовалась пациенткам с РЯ (n = 35)

При этом уточнялось, кто именно оказывал необходимую практическую поддержку. Ответы расположились

следующим образом: члены семьи – 23 (65,7%), друзья – 5 (14,3%), кто-то другой – 1 (2,9%), никто и/или сама – 0 (0,0%).

Также вопросы касались финансовых проблем. На рисунке 13 представлено, как распределились ответы

респонденток на вопрос «Повлиял ли диагноз РЯ на финансовое положение?».

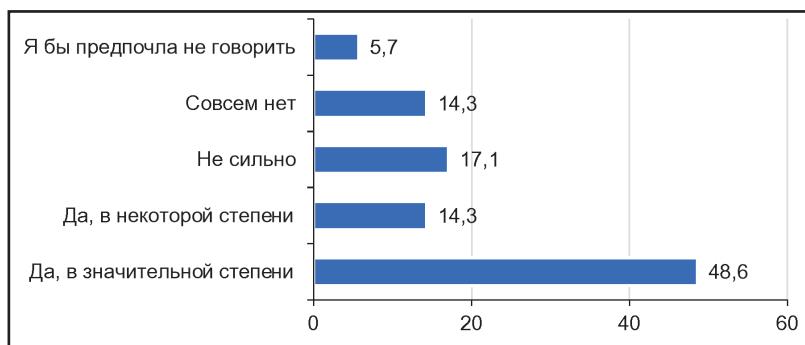


Рисунок 13 – Влияние диагноза РЯ на финансовое положение женщин (n=35)

В опроснике был вопрос касаемо информации и ее необходимых источников при выявлении у пациенток РЯ. Чаще всего респондентки указывали в качестве источника информации врачей – 26 (74,3%) или медсестёр – 3 (8,6%). Одна пациентка (2,9%) указала, что обращалась в благотворительные организации. Часть анкетируемых ответили, что не нуждались в помощи – 6 (17,1%).

Учитывая актуальность цифровизации здравоохранения, в опроснике был вопрос касаемо информационного пространства: искали ли пациентки в Интер-

нете информацию о своем диагнозе, при этом можно было дать несколько вариантов ответа. Пациентки ответили: «да, и нашла полезную информацию на казахском языке» – 24 (68,6%), «да, но не нашла никакой полезной информации на казахском языке» – 7 (20,0%), «у меня нет легкого доступа к Интернету» – 1 (2,9%) и «нет, я не пользовалась Интернетом для поиска информации» – 1 (2,9%).

Также был вопрос о том, насколько пациентки готовы участвовать в клинических исследованиях (несколько вариантов ответов) (рисунок 14).

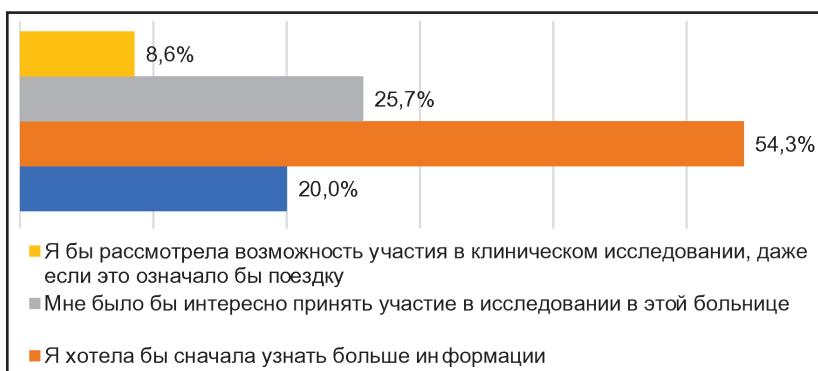


Рисунок 14 – Показатель готовности женщин с РЯ к участию в клинических исследованиях (n=35)

В завершающей части анкеты были предложены варианты ответов по улучшению диагностики и лечения женщин с РЯ: что, по мнению женщин, которые столкнулись с данной проблемой, требует развития и инвестирования (от 1 до 3 вариантов ответа).

Также участницам было предложено выбрать направления, которые, по их мнению, наиболее важны для улучшения помощи при раке яичников (несколько вариантов ответа) (рисунок 15).

Обсуждение: Полученные результаты подтверждают основные выводы международного исследования: социальные и психологические факторы играют ключевую роль в прогнозе и качестве жизни пациенток с РЯ. Подробная информация о глобальной методологии и выводах представлена в статье “The World Ovarian Cancer Coalition Every Woman Study: Identifying challenges and opportunities to improve survival and quality of life” и на сайте WOCC [15].

Детальный анализ исследования и сравнение с результатами других авторов позволяют более глубоко понять факторы, влияющие на качество жизни пациенток с раком яичников. Исследование подчеркивает важность своевременного доступа к лечению и диагностике. Одной из ключевых проблем для женщин из удаленных районов является длительное время, которое они тратят на дорогу до медицинского учреждения, что оказывает негативное влияние на их физическое и эмоциональное состояние. Эти результаты находят подтверждение в работах, таких как исследование, в котором показано, что длительное время в пути и удаленность от специализированных медицинских центров снижают комплаентность пациенток и негативно сказываются на выживаемости [16]. Также в этом исследовании подчеркивается необходимость создания местных онкологических центров, что позволит облегчить доступ к лечению, сократить

время ожидания и повысить эффективность диагностики и терапии, особенно для женщин с ограничен-

ными финансовыми возможностями для транспортировки [17].

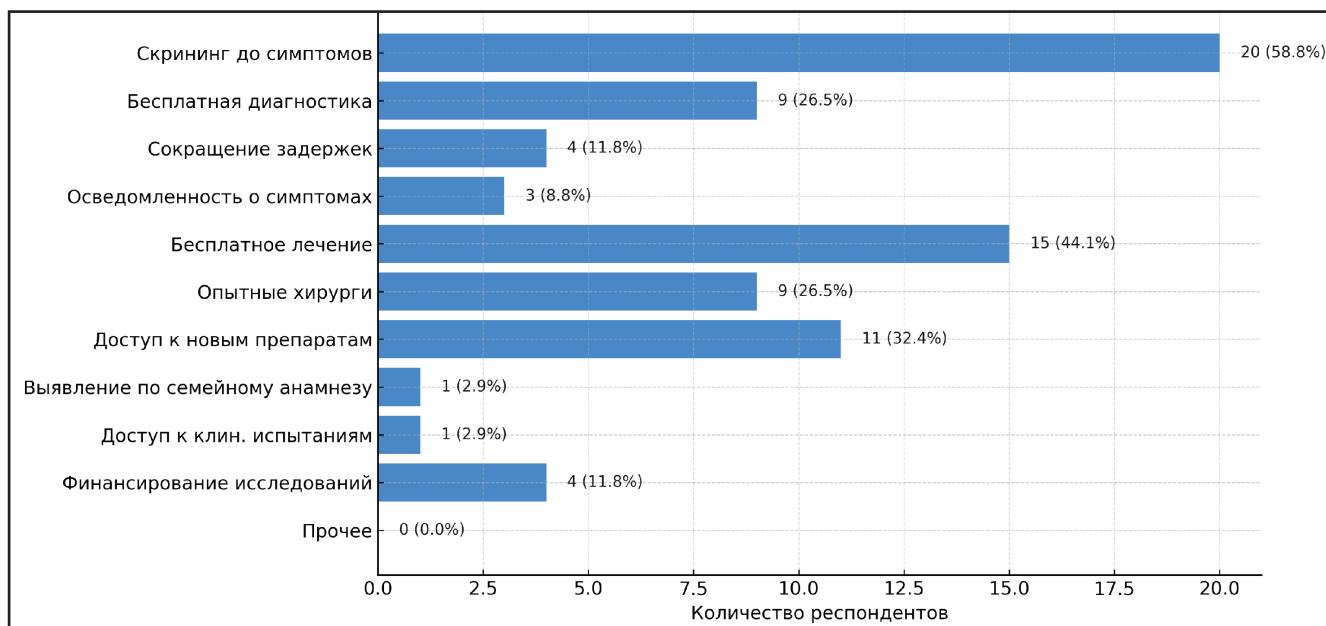


Рисунок 15 – Предложения респонденток по улучшению помощи при раке яичников (n=35)

Социальные и семейные обязанности оказывают значительное влияние на психоэмоциональное состояние женщин, больных раком. Например, исследование (2021) показало, что уход за детьми или пожилыми родственниками значительно повышает уровень стресса среди пациенток и негативно сказывается на их качестве жизни. Подобно этому исследованию, работа авторов подчеркивает важность психоэмоциональной поддержки для женщин, которые сталкиваются с дополнительными нагрузками, связанными с семейными обязанностями и финансовыми трудностями. В исследовании также отмечена необходимость комплексной поддержки, включая помощь специалистов, таких как психологи и социальные работники, а также привлечение родственников для оказания помощи в уходе [18].

Удалённость от медицинского учреждения оказывает значимое влияние на физическое и эмоциональное состояние пациенток. В рамках нашего исследования установлено, что 40% женщин тратят на дорогу более 30 минут, а 25,7% иногородних – свыше двух часов. Эти данные подтверждают выводы систематического обзора [19], согласно которому большое расстояние до медицинского учреждения связано с повышенным стрессом, снижением приверженности к лечению и более поздними стадиями постановки диагноза, особенно у пациентов из сельской местности.

Социально-экономические трудности также играют ключевую роль. В нашем исследовании 25,7% пациенток оценили своё финансовое положение как ниже среднего, что ограничивало их возможности своевременно обращаться за медицинской помощью. Сопоставимые данные представлены в обзоре [19], где подчёркивается, что экономическая уязвимость ограничивает доступ к специализированному лечению, особенно в условиях отсутствия страхового покрытия или транспортной доступности.

Семейные обязанности увеличивают нагрузку на пациенток: в нашем исследовании 31,4% женщин сообщили о необходимости заботиться о детях, пожилых родственниках или больном супруге. Такие дополнительные обязательства могут мешать регулярному получению терапии и влиять на восстановление. Это согласуется с результатами других исследований [19], где показано, что роль основного лица по уходу отрицательно влияет на приверженность лечению.

Низкий уровень осведомлённости о заболевании остаётся проблемой. В исследовании почти половина (40%) пациенток ранее не знали о диагнозе «рак яичников», несмотря на наличие типичных симптомов у большинства. Эти результаты согласуются с данными исследования из Палестины [20], где также установлена недостаточная информированность, особенно среди женщин моложе 50 лет и жительниц сельских районов, что ведёт к задержке в постановке диагноза.

Наконец, проблема недостаточной поддержки со стороны медицинского персонала также подтверждена: только 37,1% наших респонденток отметили высокий уровень профессионального внимания. Это подчёркивает необходимость улучшения системы психологической и информационной поддержки в процессе лечения, что отражено и в систематическом обзоре [21], где подчёркивается значимость программы навигации пациента и эмпатии со стороны врачей для улучшения общего самочувствия и качества жизни в период терапии.

Данные настоящего исследования также подтверждаются результатами, представленными в систематическом обзоре [22], в котором рассмотрено влияние расстояния до онкоцентров на стадию постановки диагноза, стресс и приверженность лечению. Результаты нашего исследования совпадают с ключевыми выводами этого обзора: пациентки из удалённых регионов

чаще сталкиваются с задержками, эмоциональной нестабильностью и низкой вовлечённостью в терапию. Кроме того, в исследовании [23], проведённом в Палестине, отмечена недостаточная осведомлённость женщин о симптомах рака яичников, что также сходно с нашими данными. Там выявлена чёткая связь между низким уровнем информированности и поздним обращением за медицинской помощью. Сопоставление этих результатов с нашими данными позволяет утверждать, что описанные барьеры носят межстрановой характер и требуют адаптации коммуникационных и инфраструктурных решений.

Результаты настоящего исследования согласуются с данными международного проекта Every Woman Study, где также отмечались значительные задержки в постановке диагноза, низкая осведомлённость женщин о симптомах заболевания и ограниченный доступ к специализированной помощи [10]. Так, в Канаде, в рамках исследования Every Woman Study™: Canadian Edition, были опрошены 557 женщин с диагнозом рак яичников из 11 провинций Канады. Исследование показало, что только 46% пациенток обратились за медицинской помощью в течение первого месяца после появления симптомов, несмотря на высокий уровень информированности и наличие генетического тестирования у 75% женщин. Особенно остро вопросы доступа стояли у жительниц удалённых регионов, которые сообщали о значительных логистических, финансовых и эмоциональных трудностях [24]. Эти выводы согласуются с результатами нашего исследования, где также были выявлены проблемы географической удалённости, задержек в диагностике и недостаточной системной поддержки. Сходство в результатах подчёркивает универсальность выявленных барьеров и необходимость комплексных подходов к решению проблем доступа и информированности как на национальном, так и на глобальном уровне.

Заключение: Результаты данного исследования подтверждают значительное влияние различных факторов на качество жизни пациенток с РЯ. Так, анализ данных показал, что длительное время в пути до медицинского центра является серьезным препятствием для женщин, особенно тех, кто проживает в отдаленных регионах. Это создает необходимость в создании местных онкоцентров, что позволит улучшить доступ к своевременному лечению и сократить время ожидания.

Информированность пациенток о симптомах РЯ также оставляет желать лучшего: значительная часть женщин не имеет достаточной информации о заболевании, что задерживает обращение за медицинской помощью. Это подчеркивает важность образовательных программ, направленных на повышение осведомленности о раке, особенно среди женщин с низким уровнем образования и дохода.

Поддержка со стороны медицинских работников и близких также имеет решающее значение для психологического благополучия пациенток. Хотя многие женщины испытывают побочные эффекты лечения, уровень поддержки со стороны медицинского персонала зачастую оказывается недостаточным. Это указывает на необходимость улучшения взаимодействия между

врачами и пациентами, что может способствовать повышению удовлетворенности пациенток и улучшению их общего состояния.

В целом, исследование подчеркивает важность комплексного подхода к лечению РЯ, который включает не только медицинские аспекты, но и социальные, образовательные и психологические факторы. Инвестирование в развитие этих направлений может существенно улучшить качество жизни женщин, столкнувшихся с данным заболеванием.

Список использованных источников:

1. Wang Y., Wang Z., Zhang Z., Wang H., Peng J., Hong L. *Burden of ovarian cancer in China from 1990 to 2030: A systematic analysis and comparison with the global level* // *Front. Public Health.* – 2023. – Vol. 11. – Art. no. 1136596. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1136596>
2. Sopik V., Iqbal J., Rosen B., Narod S.A. *Why have ovarian cancer mortality rates declined? Part I. Incidence* // *Gynecol. Oncol.* – 2015. – Vol. 138, No. 3. – P. 741-749. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.07.091>
3. Gu Z.H., Qiu T., Yang S.H., Tian F.Q., Wu H. *A study on the psychological factors affecting the quality of life among ovarian cancer patients in China* // *Cancer Manag. Res.* – 2020. – Vol. 12. – P. 905-912. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S239975>
4. Hollis R.L., Croy I., Churchman M., Bartos C., Rye T., Gourley C., Herrington C.S. *Ovarian carcinosarcoma is a distinct form of ovarian cancer with poorer survival compared to tubo-ovarian high-grade serous carcinoma* // *Br. J. Cancer.* – 2022. – Vol. 127(6). – P. 1034-1042. <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01874-8>
5. Schilling L., Toussaint A., Weigel A., Lewitz D., Aust G., Töllner J., Oskay-Özcelik G., Hasenburg A., Löwe B., Schmalfeldt B. *Predictors of quality of life and resilience in patients with ovarian cancer during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study* // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2025. – Vol. 311(4). – P. 1141-1150. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07870-y>
6. Titi I., El Sharif N. *Quality of Life and Coping Strategies of Palestinian Women with Breast Cancer in the West Bank: A Cross-Sectional Study* // *Healthcare.* – 2025. – Vol. 13(10). – P. 1124. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101124>
7. Xu M., Liang R., Zhang A., Wang Z., Zhang L. *Developments in ovarian cancer markers and algorithms* // *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* – 2025. – Vol. 46 (6). – P. 14-22. <https://doi.org/10.22514/ejo.2025.076>
8. Shirali E., Yarandi F., Ghaemi M., Montazeri A. *Quality of Life in Patients with Gynecological Cancers: A Web-Based Study* // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* – 2020. – Vol. 21, No. 7. – P. 1969-1975. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.7.1969>
9. Vander Eerden B., de Rooij B.H., Schouten L.J., Boll D., van Hamont D., Vos M.C., Ezendam N.P. *Quality of life among borderline ovarian tumor survivors: A comparison with survivors of early-stage ovarian cancer and a cancer-free population: A cross-sectional population-based PROFILES study* // *Gynecol. Oncol.* – 2024. – Vol. 189. – P. 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.12.009>
10. Reid F., Bhatla N., Oza A.M., Blank S.V., Cohen R., Adams T., Benites A., Gardiner D., Gregory S., Suzuki M., Jones A. *The World Ovarian Cancer Coalition Every Woman Study: Identifying challenges and opportunities to improve survival and quality of life* // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2021. – Vol. 31, No. 2. – P. 238-244. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-002015>
11. DiMattei V.E., Perego G., Taranto P., Mazzetti M., Rancoita P.M.V., Milano F., Mangili G., Rabaiotti E., Bergamini A., Cioffi R., Candiani M. *Socio-demographic and psychological factors associated with quality of life of women undergoing chemotherapy treatment for gynecological cancer* // *Support. Care Cancer.* – 2022. – Vol. 30. – P. 7333-7339. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07162-8>

12. Pozzar R.A., Xiong N., Hong F., Wright A.A., Goff B.A., Underhill-Blazey M.L., Berry D.L. Perceived patient-centered communication, quality of life, and symptom burden in individuals with ovarian cancer // *Gynecol. Oncol.* – 2021. – Vol. 163, No. 2. – P. 408-418. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.08.019>
13. Key Statistics on Ovarian Cancer – The World Ovarian Cancer Coalition [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://worldovariancancercoalition.org/about-ovarian-cancer/key-stats/>, свободный. – Дата обращения: 15.07.2025.
14. Reid F., Nyblade L., Ndlovu N., Singh P., Kumar L., Fregnani J.H.T.G., et al. The Every Woman Study™: Ovarian Cancer Patient Experience Study Protocol in Low- and Middle-Income Countries // *PLoS One.* – 2024. – Vol. 19, No. 5. – Art. e0298154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298154>
15. World Ovarian Cancer Coalition. The Every Woman Study™ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://worldovariancancercoalition.org/our-work/the-every-woman-study/>, свободный. – Дата обращения: 15.07.2025.
16. The impact of driving time, distance, and socioeconomic factors on outcomes of patients with locally advanced rectal cancer [Электронный ресурс] // PubMed Central, 2022. – Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9461354/>, свободный. – Дата обращения: 15.07.2025.
17. Hong K., Liu Y., Yin H., Huang K., Pu X.L., Zhu Z.X. Identifying factors contributing to delayed diagnosis of ovarian cancer // *Int. J. Women's Health.* – 2024. – Vol. 16. – P. 1463-1473. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s473381>
18. Ebrahimi S., Foruzande N., Hosseini S., Pakdin M., Ebrahimi A. The need for social support in adult patients with cancer // *Social Determinants of Health.* – 2021. – Vol. 7. – P. 1-17. <https://doi.org/10.22037/sdh.v7i1.35220>
19. Elattabi C., Lamchabbek N., Boutayeb S., et al. The Impact of Travel Distance on Cancer Stage at Diagnosis for Cancer: A Systematic Review // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2025. – Vol. 22. – Art. No. 518. <https://doi.org/10.3390/ijerph22040518>
20. Elshami M., Tuffaha A., Yaseen A., et al. Awareness of ovarian cancer risk and protective factors: A national cross-sectional study from Palestine // *PLOS ONE.* – 2022. – Vol. 17 (3). – Art. no. e0265452. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265452>
21. Chen M.C., Wu V.S., Falk D., Cheatham C., Cullen J., Hoehn R. Patient Navigation in Cancer Treatment: A Systematic Review // *Curr. Oncol. Rep.* – 2024. – Vol. 26. – P. 504-537. <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01514-9>
22. Elattabi C., Lamchabbek N., Boutayeb S., et al. The Impact of Travel Distance on Cancer Stage at Diagnosis for Cancer: A Systematic Review // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2025. – Vol. 22. – Art. No. 518. <https://doi.org/10.3390/ijerph22040518>
23. Elshami M., Tuffaha A., Yaseen A., et al. Awareness of ovarian cancer risk and protective factors: A national cross-sectional study from Palestine // *PLOS ONE.* – 2022. – Vol. 17 (3). – Art. no. e0265452. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265452>
24. Reid F., Tone A., Boghosian T., et al. Understanding the experience of Canadian women living with ovarian cancer through the Every Woman Study™: Canadian Edition. *Ovarian Cancer Canada*, 2022. — Survey of 557 women; comparison across 11 provinces. Available from: <https://ovariancanada.org/articles/every-woman-study-canadian-edition>

АНДАТПА

АНАЛЫҚ БЕЗ ОБЫРЫ БАР ЭЙЕЛДЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНА ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫң ӘСЕРІ¹ (ҚАЗАҚСТАН, АБАЙ ОБЛЫСЫ МЫСАЛЫНДА)

**Д.Р. Кайдарова¹, Р.О. Болатбекова², О.Б. Андреева³, Б.А. Апсаликов⁴, А.Б. Астаева³,
Г.К. Кумарова³, А.А. Жоламанова⁵, Ә.Ф. Жүнісова⁴, Б.Б. Ақылбеков⁴**

¹«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы;

²«Алматы онкологиялық орталығы», Алматы, Қазақстан Республикасы;

³Абай облысы денсаулық сақтау басқармасының «Ядролық медицина және онкология орталығы» ШЖҚ КМК, Семей, Қазақстан Республикасы;

⁴«Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей, Қазақстан Республикасы;

⁵«N 6 емхана» ЖШС, Семей, Қазақстан Республикасы

Озектілігі: Зерттеу аналық без ісігі диагнозы қойылған әйелдердің денсаулық жагдайын талдауга, олардың өмір сүру сапасына әсер ететін факторларды анықтауга, сондай-ақ медициналық қызметтерге қолжетімділік пен ақпараттандыру деңгейін бағалауга арналған. Аналық без ісігі әйелдер арасында кең таралған онкологиялық аурулардың бірі болып табылады, оны кеш анықтау кобінесе жағымсыз нәтижелерге әкеледі. Науқас өмірінің әртүрлі аспекттері оның эмоционалдық және физикалық әл-ауқатына қалай әсер ететінін тусын маңызды.

Зерттеудің мақсаты – Абай ауданындағы (Қазақстан Республикасы) аналық без обырынан зардан шегетін әйелдердің өмір сүру сапасына әлеуметтік-экономикалық және психологиялық факторлардың әсерін анықтау және көп орталықты зерттеу шеңберінде факторлар арасындағы қалыптасқан байланыстарды бағалау.

Әдістері: Зерттеуге аналық без ісігі диагнозы қойылған 35 әйел қатысты. Деректерге дейінгі жсол уақыты, білім деңгейі, отбасылық жагдайы, қаржылық жагдайы, жақындарына күтім корсету міндеттерінің болуы және науқастарды мазалайтын симптомдар туралы сұрақтарды қамтитын саяулама арқылы жиналды. Алынған деректерді интерпретациялау үшін сандық және сапалық жағдай талдау әдістері қолданылды.

Нәтижелері: Әйелдердің 68,6%-і медициналық мекемеге 30-60 минут ішінде жететінін, бұл олардың жалпы жагдайына әсер ететінін корсетті. Әйелдердің 54,3%-і орта көсіптік білімге ие болды. Респонденттердің 54,3%-і үйленген, бұл әлеуметтік қолдау бар екенин білдіреді. Әйелдердің 48,6%-і табыстарын орташа деп бағалаған, бұл емдеуге қолжетімділікке әсер етуі мүмкін. Респонденттердің 68,6%-інде күтім корсету міндеттері болмаган, бұл эмоционалдық жүктемені азайтуы мүмкін. Ең көп алаңдатқан мәселелердің қатарында жалпы өлсіздік (48,6%) және іштің үлкені (57,1%) болды. Контеңен әйелдер онкогинекологтарға жүргінген (42,9%).

Қорытынды: Зерттеу көрсеткендей, білім деңгейі жағдай қаржылық жагдай сияқты әлеуметтік-экономикалық факторлар аналық без ісігімен ауыратын әйелдердің өмір сүру сапасына айтарлықтай әсер етеді. Әйелдердің айтарлықтай пайызы медициналық мекемеге уақытында жете алған және медициналық мамандарга қол жеткізген, бұл уақытыны диагноз қою мен емдеуді қамтамасыз етудің маңыздылығын көрсетеді. Алайда, ауру туралы ақпараттандыру деңгейін және психологиялық қолдауға қолжетімділік арттыру қажет.

Түйінді сөздер: Аналық без қатерлі ісігі, өмір сапасы, мазасыздық және депрессия, онкопсихология, отбасылық қолдау, эмоционалды әл-ауқат.

ABSTRACT

**THE INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOLOGICAL FACTORS
ON THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH OVARIAN CANCER
(ON THE EXAMPLE OF THE ABAY REGION, KAZAKHSTAN)**

D.R. Kaidarova¹, R.O. Bolatbekova², O.B. Andreyeva³, B.A. Apsalikov⁴, A.B. Astayeva³,
G.K. Kumarova³, A.A. Zholamanova⁵, A.G. Zhunissova⁴, B.B. Akylbekov⁴

¹Assfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²Almaty Oncology Center, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

³Center for Nuclear Medicine and Oncology of the Abay Region Health Administration, Semey, the Republic of Kazakhstan;

⁴Semey Medical University, Semey, the Republic of Kazakhstan;

⁵Polyclinic No. 6, Semey, the Republic of Kazakhstan

Relevance: This study analyzes the health status of women diagnosed with ovarian cancer, with a particular focus on identifying factors that influence their quality of life and evaluating their access to healthcare services and the level of disease-related awareness. Ovarian cancer remains one of the most prevalent oncological conditions affecting women, and its frequent late-stage diagnosis significantly contributes to poor prognostic outcomes. It is important to understand how different aspects of a patient's life affect their emotional and physical well-being.

The study aimed to investigate the impact of socio-economic and psychological factors on the quality of life of women diagnosed with ovarian cancer in the Abay Region, and to evaluate the existing relationships between factors within the framework of a multicenter study.

Methods: The study included 35 women with a verified ovarian cancer. Data was collected using a questionnaire comprising items related to travel time to healthcare facilities, educational attainment, marital status, financial circumstances, caregiving responsibilities, and the range of symptoms experienced by participants. Both quantitative and qualitative analytical methods were applied to interpret the collected data.

Results: A total of 68.6% of participants reported a travel time of 30 to 60 minutes to reach a healthcare facility, a factor that may negatively influence their overall well-being. Regarding educational attainment, 54.3% of the women had completed secondary vocational education. Similarly, 54.3% of respondents were married, suggesting the presence of a potential source of social support. In terms of economic status, 48.6% rated their income as average, which may have implications for their ability to access timely and comprehensive treatment. Additionally, 68.6% of participants reported having no caregiving responsibilities, potentially reducing their emotional burden. The most frequently reported symptoms were general weakness (48.6%) and abdominal enlargement (57.1%). Notably, the majority of respondents (42.9%) sought care from gynecologic oncologists.

Conclusion: The study found that socio-economic factors such as education level and financial status have a significant impact on the quality of life of women with ovarian cancer. A considerable proportion of participants reported reasonable travel times to healthcare facilities and access to medical specialists, underscoring the critical role of timely diagnosis and appropriate treatment in managing the disease. However, there is a need to increase awareness of the disease and access to psychological support.

Keywords: ovarian cancer, quality of life, anxiety and depression, oncropsychology, emotional well-being, family support.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Андреева О.Б., Жоламанова А.А., Жуниссова Э.Ф.; научное руководство – Кайдарова Д.Р., Болатбекова Р.О., Андреева О.Б., Апсаликов Б.Б., Астаева А.Б.; выполнение исследования – Болатбекова Р.О., Андреева О.Б., Астаева А.Б., Кумарова Г.К., Жоламанова А.А.; интерпретация исследования – Кайдарова Д.Р., Болатбекова Р.О., Апсаликов Б.Б., Астаева А.Б.; создание научной статьи – Кумарова Г.К., Ақылбеков Б.Б.

Сведения об авторах:

Кайдарова Д.Р. – д.м.н., профессор, академик НАН РК, первый проректор, НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77017116593, e-mail: dilyara.kaidarova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0969-5983;

Болатбекова Р.О. – PhD, заведующая отделением онкогинекологии, КГП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» УОЗ, Алматы, Республика Казахстан, тел. +77012221293, e-mail: raikhan_0@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4576-5432;

Андреева О.Б. – врач-онколог химиотерапевт, КГП на ПХВ «Центр ядерной медицины и онкологии» УЗ ОА, Семей, Республика Казахстан, тел. +77051253090, e-mail: doctor.andreyeva@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2802-9441;

Апсаликов Б.Б. – PhD, ассоциированный профессор, заведующий кафедрой клинической онкологии и ядерной медицины им. профессора Д.Р. Мусинова, НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Республика Казахстан, тел. +77052252524, e-mail: bakytbek.apsalikov@smu.edu.kz, ORCID: 0000-0001-6983-9224;

Астаева А.Б. – заведующая отделением химиотерапии, КГП на ПХВ «Центр ядерной медицины и онкологии» УЗ ОА, Семей, Республика Казахстан, тел. +77716243266, e-mail: aigul.astaeva@mail.ru, ORCID: 0009-0001-9204-5729;

Кумарова Г.К. – врач-онколог химиотерапевт, КГП на ПХВ «Центр ядерной медицины и онкологии» УЗ ОА, Семей, Республика Казахстан, тел. +77077709107, e-mail: dr_kumarova@mail.ru, ORCID: 0009-0004-2832-2295;

Жоламанова А.А. – врач-онколог маммолог, ТОО «Поликлиника №6», Семей, Республика Казахстан, тел. +77057811319, e-mail: zholaanova_aa@mail.ru, ORCID: 0009-0006-8212-8447;

Жуниссова Э.Ф. – врач-резидент онколог, НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Республика Казахстан, тел. +77716095855, e-mail: asel-1361@mail.ru, ORCID: 0009-0001-1756-6268;

Ақылбеков Б.Б. (корреспондирующий автор) – врач-резидент онколог, НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Республика Казахстан, тел. +77778583920, e-mail: bahytbek077@gmail.com, ORCID: 0009-0007-2907-888X.

Адрес для корреспонденции: Ақылбеков Б.Б., НАО «Медицинский университет Семей», ул. Абая Кунанбаева 103, Семей 071400, Республика Казахстан.