

благополучия, гармонии с самим собой, хорошего самочувствия, комфорта, активности (приводится в порядке убывания частоты ответов).

По результатам исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Психологические особенности отношения человека к своему здоровью, субъективная его оценка, восприятие ценности здоровья являются значимыми в восприятии качества жизни.

2. В структуре отношения к здоровью у студенческой молодежи выявлено определенное противоречие между сформированностью структурных компонентов, что говорит о недостаточной степени адекватности отношения респондентов данного исследования к своему здоровью. Так, при выявленной высокой значимости здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных) (ценностный уровень), высокой степени осведомленности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни (когнитивный уровень), невысоком уровне тревожности по отношению к здоровью, умению наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему (эмоциональный уровень), на поведенческом уровне выявлены несоответствие действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, недостаточность формирования представлений о возможностях оздоровления и мотивированности личности в укреплении здоровья.

3. Социально-психологической службе вуза было рекомендовано, в связи с результатами исследования, совершенствовать работу по формированию правильного отношения к здоровью и мотивации к здоровой жизнедеятельности, формированию ЗОЖ. Психокоррекционные воздействия рекомендуется направить на формирование всех компонентов отношения студентов к здоровью, о здоровом образе жизни, делая особый акцент на поведенческий уровень.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: Разработка и экспериментальная апробация индикаторов качества жизни населения Калининградской области (I этап) / Науч. руководитель В. И. Бойков. — Калининград, 2003. — С. 23–24.
2. Фетискин, Н. П. Психодиагностика качества жизни в российской ментальности: науч.-метод. пособие. — Москва-Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2006. — С. 111.
3. Никифоров, Г. С. Практикум по психологии здоровья / Г. С. Никифоров. — СПб.: Питер, 2005. — 352 с.

УДК 616.5-006:617.52]035-0368

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МОТИВИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ЛИЦА

*Иванов С. А., Тризна Н. М.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»

г. Минск, Республика Беларусь

#### **Введение**

Рак кожи (РК) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. Заболеваемость постоянно возрастает [2]. Опухоль чаще всего локализуется на коже лица, что определяет высокие требования к косметическим последствиям лечения. Наиболее часто применяются хирургический и лучевой (близкофокусная рентгенотерапия) методы лечения рака кожи. Выбор лечения зависит от ожидаемого противоопухолевого и эстетического эффекта [2–4]. Оба метода позволяют достичь сопоставимых результатов контроля при I–II стадии РК: при иссечении опухоли излечение наступает у 90–95 % пациентов, при лучевой терапии — у 80–100 % [2–4]. Сравнительная оценка эстетического эффекта этих способов неоднозначна [2, 3].

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» врач обязан ознакомить пациента с диагнозом, способах лечения и их возможных последствиях [1]. Окончательное решение о выборе метода терапии при наличии альтернатив принимает пациент. Предпочтение может определяться как ожидаемым лечебным эффектом, так и индивидуальными установками в отношении качества жизни в период лечения и после него [1, 4]. Представляется правомерным изучение особенностей лечебного процесса, которые значимы для пациента и влияют на выбор.

### **Цель**

Изучить представления пациентов об оптимальном способе лечения РК и выяснить, какие аспекты лечебного процесса наиболее влияют на качество жизни.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено на базе поликлинического отделения Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Проведен опрос 71 пациента с РК различных отделов лица, в том числе мужчины — 31, женщины — 40, средний возраст —  $63,4 \pm 4,2$  года. Стадия РК — T1N0M0 во всех наблюдениях, морфологическое подтверждение — 100 %. Беседа с пациентом состояла из двух частей. Первый этап - ознакомление с диагнозом, прогнозом для жизни и выздоровления, методах лечения. После информирования пациентам задавали вопрос о предпочтениях. Если респондент на данном этапе беседы выражал желание лечиться каким-либо определенным способом, его просили изложить мотивы выбора. Если пациент не имел предпочтений, ему предлагали определить наиболее существенные, на его взгляд, параметры лечебного процесса. Второй этап — предоставление более подробной информации о лучевом и хирургическом методах по актуальным для пациента аспектам и предложение сделать окончательный выбор. Фиксировались актуальные с точки зрения больного характеристики способов и мотивы решения о выборе.

Исключены из исследования пациенты, которым ранее проводилось лечение по поводу других злокачественных новообразований; пациенты, которые мотивировали свой выбор опытом общения с онкобольными; пациенты, у которых возможность применения какого-либо метода лечения ограничивалась сопутствующей патологией (аллергия на анестетики, сахарный диабет, дрожательная форма паркинсонизма).

### **Результаты и обсуждение**

На первом этапе беседы после ознакомления с диагнозом и методами лечения респонденты определили свое отношение к выбору терапии следующим образом. Безапелляционное доверие выбора метода лечения врачу предпочли 48 (67,6 %) пациентов — «пассивная» группа. Необходимость более подробного разъяснения особенностей каждого из методов для самостоятельного принятия решения высказали 19 (26,8 %) пациентов — «активная» группа. Определили предпочтительный метод лечения до подробного разъяснения особенностей каждого из них 4 (5,6 %) респондента. Все они приняли решение путем исключения одного из методов.

Остальные определили существенные для выбора особенности методов лечения. Респонденты упомянули следующие характеристики: противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения (необходимость госпитализации, частота и длительность лечебных процедур, необходимость ограничительных мероприятий в быту и общении), эстетический результат, болевые ощущения. Большинство опрошенных интересовались несколькими параметрами предстоящего лечения, частота их упоминания в «активной» и «пассивной» группе представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота упоминания характеристик предстоящего лечения

Характеристика	«Активная» группа, n = 19	«Пассивная» группа, n = 48
Противоопухолевая эффективность	18 (95 %)	45 (94 %)
Длительность лечения	14 (74 %)	34 (71 %)
Организация лечения	11 (58 %)	18 (38 %)
Эстетический результат	7 (37 %)	15 (31 %)
Болевые ощущения	5 (26 %)	8 (17 %)
Всего упомянуто характеристик	55	120

Пациенты «активной» группы проявляли более разносторонний интерес к предстоящему лечению (в среднем по 2,9 упомянутых параметра), чем пациенты «пассивной» группы (по 2,5 параметра). Безусловной приоритетной характеристикой способа лечения являлась противоопухолевая эффективность — более 90 % упоминаний в обеих группах. Большинство пациентов (67,6 %) интересовались длительностью и организацией лечебного процесса. Вопросы организации интересовали пациентов в первую очередь в аспекте бытовых и социальных ограничений: ведение домашнего хозяйства, общение с родственниками и друзьями, возможность перемещения из одного населенного пункта в другой. Некоторые пациенты предпочитали в процессе лечения находиться под ежедневным контролем онколога. Менее половины опрошенных проявили интерес к эстетическим результатам лечения (31,0 %) и болевым ощущениям в процессе лечебных мероприятий (18,3 %). В целом, характеристики, определяющие качество жизни в период противоопухолевой терапии (длительность и организация лечебного процесса) упоминались чаще, чем эстетические результаты, определяющие качество жизни после лечения.

Информация об особенностях лучевого и хирургического методов предоставлялась пациентам независимо от их активной заинтересованности. По мере получения сведений все респонденты уточняли особенности методов в сравнительном аспекте. Сведения о лучевом и хирургическом способе были предоставлены в следующем виде. Противоопухолевая эффективность как при лучевом, так и при хирургическом лечении рака кожи I стадии — около 95 %. Длительность лечения при лучевой терапии — 25–30 суток, при хирургическом вмешательстве — 5–10 суток. Организация лечения: при лучевой терапии необходимо проведение ежедневных сеансов 5 раз в неделю, при хирургическом лечении пациент нуждается в ежедневных перевязках в течение 5–10 дней после вмешательства. Оба вида лечения могут проводиться амбулаторно. Эстетические результаты при проведении лучевого и хирургического лечения примерно одинаковы. При беседе применялась демонстрация фотографических изображений постлучевых и послеоперационных рубцов. Болевые ощущения и стрессовые переживания сопутствуют только хирургическому лечению во время вмешательства и в течение 1–2 суток после него.

После предоставления информации пациент принимал решение о выборе одного из них. Хирургический метод предпочли 57 (80,3 %) пациентов, лучевой метод — 13 (18,3 %), один пациент отказался от всех видов лечения. С учетом примерно одинаковой противоопухолевой эффективности пациенты при выборе руководствовались следующими аргументами.

Избравшие хирургический метод (некоторые упоминали несколько параметров):

- меньшая длительность курса лечения — 51 пациент;
- более свободная организация лечебного процесса — 43 пациента;
- эстетический результат — 19 пациента.

Избравшие лучевой метод:

- организация лечебного процесса — 8 пациентов;
- эстетический результат — 6 пациентов;
- отсутствие болевых ощущений — 13 пациентов.

Таким образом, основными аргументами избравших хирургическое лечение были характеристики, влиявшие на качество жизни в период лечения: меньшая продолжительность, возможность послеоперационной курации по месту жительства. Выбирая лучевую терапию, пациенты отмечали возможность проводить лечение под непосредственным контролем онколога, отсутствие сопутствующих операции стресса и болевых ощущений. Почти половина пациентов (25 из 57, 43,9 %) ссылались также на более предпочтительные эстетические результаты избранного метода (как лучевого, так и хирургического). Видимо, в ряде случаев сыграло роль субъективное восприятие представленных данных. Меньшая длительность и степень ограничений в период хирургического лечения определила этот метод как более предпочтительный для лиц, ведущих более активный образ жизни, проживающих вне областного центра.

Важным результатом собеседования мы считаем совместное принятие решения о выборе оптимального способа лечения с учетом конкретных предпочтений пациента. При этом во всех случаях пациент самостоятельно принимал окончательное решение и ощущал себя активным участником при определении лечебной тактики. Это способствовало формированию положительной установки на исход лечения и поддержанию дисциплины в период противоопухолевой терапии.

### **Заключение**

Противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения, эстетический результат воспринимаются пациентами как существенные параметры терапии РК I стадии. Большинство пациентов основывает свой выбор на качестве жизни во время лечения (длительность и степень бытовых и социальных ограничений, возможность постоянного врачебного наблюдения, болевые ощущения) при сопоставимом противоопухолевом эффекте.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Информированное согласие на медицинское вмешательство / Ю. Г. Дегтярев [и др.] // Медико-правовые аспекты. — 2014. — № 2. — С. 27–38.
2. Терещенко, А. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи. Современные информационные технологии — в помощь практическому онкологу / А. Терещенко // Здоров'я України. — 2012. — № 2. — С. 21–24.
3. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study / M. F. Avril [et al.] // Br J Cancer. — 1997. — № 76, Vol. 1. — P. 100–106.
4. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin / L. Lansbury [et al.] // J. Cochrane Database Syst Rev. — 2010. — № 4. — CD007869.

**УДК 614.2(4)**

## **DIVERSE EUROPE**

***Kautsch M.***

**Jagiellonian University Medical College  
Kraków, Poland**

### ***Введение***

Представленная автором статья содержит информацию о различиях между системами здравоохранения европейских стран. Эти различия описаны и проанализированы автором статьи на микроуровне. Проведенный анализ показывает, что объединение систем здравоохранения европейских стран потребует огромных усилий и потому его будет невозможно осуществить в обозримом будущем.

### ***Introduction***

Most of healthcare systems in Europe are quite well described, though these descriptions may not always be up-to-date. It's because of changes these systems undergo, which are not always caught in time. However, this knowledge exists and can be accessed in various sources, like European Observatory on Health Systems and Policies, to name just one.

When I received an invitation to the conference I realized that I did not know much about the healthcare system in Belarus. I also received a possibility to choose a topic and to the way of presenting it. I decided to point out differences between some European countries or actually their healthcare systems. However, not on the macro scale, with a detailed information concerning the level of GDP per capita spent on health, or by comparing numbers of health services, staff, medical devices, etc. I would like to share some observations concerning details and problems typical for selected healthcare systems or even healthcare organizations. This approach surely does not provide an extensive comparison and does not allow to draw unequivocal conclusions. It allows though to see petite differences, which also shape healthcare systems and usually do not draw attention of researchers or policy makers.

The European Union now consists of 28 member states. Depending on the level of details, one can claim that there are two, to four major healthcare system models, which can be found in the EU. The Beveridge one, which is adopted by the north European countries, the Bismarck