

УДК 616.5-006.015.5

<sup>1,2</sup>Ошивалова О. О., <sup>1</sup>Зюков О. Л., <sup>2</sup>Калюжна Л. Д.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПЕРЕДОНКОЛОГІЧНОЮ ТА ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ

<sup>1</sup>Державна наукова установа

«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами (м. Київ)

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)

ochivalova@mail.ru

Робота є фрагментом наукової теми «Розробка моделі багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги в деяких хронічних інфекційних захворювань прикріпленого населення», № державної реєстрації 0114U002118.

**Вступ.** Значну питому вагу серед дерматологічних хворих складають пацієнти із передонкологічною та онкологічною патологією шкіри. Актинічний кератоз (actinic keratosis — АК) та інтраепідермальна карцинома шкіри (squamous cell carcinoma in situ — SCCis) розглядаються як передракові стани шкіри, які можуть розвинути в немеланомний рак шкіри (НМРШ) з поширеністю близько 4,5% серед населення. Поширеність збільшується із збільшенням віку хворих і залежить від географічного розташування країни, так поширеність АК і SCCis вище в країнах з більш високим ультрафіолетовим опроміненням [18, 17]. Наприклад, поширеність АК/SCCis в Австралії є одним з найвищих в світі і складає 434 000 осіб (1,9% з 22,7 мільйонів людей), в порівняння, в Данії поширеність АК/SCCis складає 13 794 осіб (2,4% від 5,6 мільйонів людей) [16].

Зростаючий рівень захворюваності АК/SCCis вносить свій внесок в загальний тягар цих захворювань на суспільство [10]. Ці захворювання мають значний вплив на якість життя, завдаючи пацієнтам не тільки фізичний, але і психологічний дискомфорт [3, 12].

Вивчення якості життя (ЯЖ) у пацієнтів все ширше використовується з метою визначення сприйняття пацієнтом захворювання, його лікування і впливу на повсякденне життя [13]. Ця тенденція також очевидна в дерматології, і кількісна оцінка змін ЯЖ, що пов'язано зі здоров'ям, часто використовується, як вторинний результат вимірювання при оцінці результатів нових методів лікування [14].

Оцінка ЯЖ вимагає оцінки психологічного благополуччя пацієнтів, яке дуже залежить від контексту і, отже, залежить від особливостей захворювання, наприклад, пацієнти можуть бути більш чутливі, коли пошкоджені видимі ділянки шкіри, уражена шкіра може бути більш чутлива до УФО в літній період ніж в зимовий [6, 7, 9]. Загальні індекси ЯЖ, такі як Skindex-29 і SF-36, в дослідженнях конкретних дерматологічних захворювань не відображають впливу саме патології шкіри на рівень ЯЖ, і навіть дерматологічні специфічні опитувальники, такі як дерматологічний індекс якості життя показують обмежений відгук у хворих з передонкологічною патологією шкіри [1, 15]. Так, Blackford S. із співав. (1996)

і Lear W. із співав. (2008) використали в дослідженнях НМРШ загальні і специфічні дерматологічні запитальники для визначення ЯЖ, але отримали мінімальний вплив цієї патології на ЯЖ пацієнтів [1, 11]. Проте, дослідження з використанням відкритих запитань для АК [4] і НМРШ [2] ідентифікували кілька важливих оцінок ЯЖ — особливо в емоційній сфері.

Визначення якості життя дерматологічних хворих прийнято проводити із застосуванням Dermatology Life Quality Index (DLQI) – дерматологічного індексу якості життя, який застосовується дерматологами для оцінки ступеня негативного впливу дерматологічного захворювання на різні аспекти життя пацієнта, що характеризують якість його життя в цілому [5]. DLQI є затвердженим опитувальником для загальної дерматологічної оцінки ЯЖ у дорослих. Він складається із 10 запитань, кожен оцінюється від 0 до 3 балів, отримуючи максимум 30 балів. Чим вище показник, тим більше погіршення ЯЖ. Результати були інтерпретовані, і можна використовувати такі рекомендації: оцінка 0-1 бал не вказує жодного ефекту захворювання на ЯЖ пацієнта; оцінка 2-5 балів показує невеликий ефект, 6-10 балів — помірний ефект, 11-20 балів — дуже значний ефект і 21-30 балів — надзвичайно значний вплив захворювання на ЯЖ пацієнта [8].

Для того, щоб оцінити тягар НМРШ на ЯЖ пацієнтів з онкологічною та перед онкологічною патологією шкіри були розроблені і перевірені на чутливість та специфічність з використанням як класичних тестів, так і сучасної теорії тестування запитальники Skin Cancer Quality of Life (SCQoL) та Actinic Keratosis Quality of Life (AKQoL) [3, 19].

SCQoL складається з 9 запитань, які сформовані за 3-ма доменами: домен функції (охоплює запитання 1, 8 і 9 = домен 1), домен емоції (запитання 2, 4 і 6 = домен 2) і домен контролю (запитання 5 і 7 = домен 3). Крім того є 1 глобальний елемент (запитання 3). Відповіді оцінюються за 4-точковим стандартом Лайкерта. Загальний бал в діапазоні від 0 до 27 балів. Вища оцінка означає більше погіршення ЯЖ [19]. Запитальник рекомендується використовувати при оцінці ЯЖ у хворих на НМРШ та перед онкологічними станами шкіри. Запропоновано оціночну шкалу: відсутність впливу при оцінці 0-3 бали, легкий вплив при оцінці 4-6 бали, помірний вплив — 7-10 балів і значний вплив — 11-27 балів [2, 19].

Запитальник AKQoL є похідним від SCQoL і також має дев'ять запитань, що стосуються емоцій (стра-

ху, почуття провини, сорому, занепокоєння і роздратування, особистого погляду на ЯЖ, суспільне життя, зовнішній вигляд і контроль. У запитальнику AKQoL виділяють також 3 домени і пропонується аналогічний із SCQoL підрахунок і оцінка результатів опитування [3,4].

До теперішнього часу з метою оцінки ЯЖ дерматологічних хворих застосовується запитальник DLQI. З метою оцінки ЯЖ хворих на АК/SCCis на Україні не застосовувались специфічні опитувальники SCQoL і AKQoL.

**Мета** нашого дослідження полягала в адаптації на українську мову опитувальників SCQoL та AKQoL і вивчення ЯЖ хворих з передонкологічною патологією шкіри АК і SCCis в порівнянні із рівнем ЯЖ хворих на інвазивну форму плоскоклітинного раку шкіри (cutaneous squamous cell carcinoma — cSCC).

**Об'єкт і методи дослідження.** Оригінальні опитувальники були переведені на українську мову відповідно до рекомендацій крос-культурної адаптації (the guidelines for the cross-cultural adaptation of self-report measures). У нашому дослідженні ми застосували поєднання опитувальників AKQoL і DLQI у хворих АК, та SCQoL і DLQI у хворих SCCis і cSCC. До опитування були залучені хворі АК/SCCis/cSCC, які перебували під динамічним наглядом лікарів дерматологів Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами в 2015-2016 роках. Патологія шкіри була підтверджена патогістологічним дослідженням у всіх пацієнтів, які прийняли участь у дослідженні. Опитування проводилось за згодою пацієнтів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведено опитування 129 хворих, із них 37 хворих на cSCC, 67 хворих на АК та 25 хворих на SCCis. Серед 67 хворих на АК було 43 (64,2%) чоловіків та 24 (35,8%) жінок. Середній вік хворих АК склав 74,4±6,2 років, в тому числі середній вік чоловіків становив 74,8±6,3 років, а жінок – 73,7±6,1 років (табл. 1).

Переважаю ураження шкіри локалізувались на шкірі голови та шиї у 47 хворих (70,1%) – обличчі (31 хворого – 46,3%), волосистій частині голови (9 хворих – 13,4%), вушних раковинах (7 хворих – 10,4%), на шкірі верхніх кінцівок у 11 хворих (16,4%) – плечі (4 хворих – 6,0%), передпліччя (4 хворих – 6,0%), кисті (3 хворих – 4,4%), на шкірі тулуба у 7 хворих (10,4%) – спині (4 хворих – 6,0%), грудній клітці (3 хворих – 4,4%) та шкірі нижніх кінцівок у 2 хворих (3,1%) – на гомілкях.

Середній бал якості життя хворих на АК (AKQoL) склав 10,6±0,3 балів, що відповідає помірному впливу патології шкіри на ЯЖ, при цьому середній показник DLQI склав 8,4±0,2 бали, що також відповідає

помірному рівню впливу патології. Середній показник домена 1 склав 0,96 балів, домена 2 – 1,23 бали, домена 3 – 1,08 бали, глобальний показник склав 1,15 бали (рис.).

У 5 хворих (7,5%), які взяли участь у опитуванні було виявлено по 2-3 вогнища АК. Наявність множинних форм АК вплинуло більш негативно на якість життя цих хворих і показник AKQoL склав 11,2±0,4 бали за рахунок доменів 1 і 2, що відповідає значному впливу патології шкіри на ЯЖ пацієнтів. Гіперкератотичну форму АК було виявлено у 7 хворих (10,4%). Такі хворі також більш негативно оцінили якість свого життя, показник AKQoL у них склав 13,3±0,3 бали за рахунок всіх 3-х доменів, що також вказує на значний вплив патології шкіри на ЯЖ пацієнтів.

Серед 37 хворих на cSCC було 26 (70,3%) чоловіків та 11 (29,7%) жінок. Середній вік хворих cSCC склав 77,1±4,8 років, в тому числі середній вік чоловіків становив 75,7±4,4 років, а жінок – 81,5±6,3 років. Переважно cSCC локалізувались на шкірі голови та шиї у 27 хворих (73%) – обличчі (16 хворого – 43,2%), волосистій частині голови (5 хворих – 13,5%), вушних раковинах (6 хворих – 16,3%), та на шкірі тулуба у 9 хворих (24,3%) – шкірі спини і у 1 хворого на шкірі верхньої кінцівки (2,7%) – шкірі плеча (табл. 1). Середній бал якості життя хворих на cSCC (SCQoL) нижчий показника ЯЖ у хворих АК (AKQoL) і склав 9,0±0,3 балів, але також відповідає помірному впливу патології шкіри на ЯЖ і, при цьому середній показник DLQI склав 8,4±0,4 бали, що також відповідає помірному впливу патології шкіри. Середній показник домена 1 склав 0,7 балів, домена 2 – 1,21 бали, домена 3 – 0,88 бали, глобальний показник склав 0,88 бали (рис.).

Серед 25 хворих на SCCis було 14 (56%) чоловіків та 11 (44%) жінок. Середній вік хворих SCCis склав

Таблиця 1.

**Характеристика контингенту хворих АК, SCCis і cSCC**

Характеристика контингенту		АК (n=67)	SCCis (n=25)	cSCC (n=37)
Стать	чоловіки	43 (64,2%)	14 (56%)	26 (70,3%)
	жінки	24 (35,8%)	11 (44%)	11 (29,7%)
Вік	загальний	74,7±6,2 роки	74,4±7,8 роки	77,1±4,8 роки
	чоловіки	74,8±6,3 роки	74,4±6,8 роки	75,7±4,4 роки
	жінки	73,7±6,1 роки	73,8±8,9 роки	81,5±6,3 роки
Локалізація	голова та шия	47 (70,1%)	13 (52%)	27 (73%)
	тулуб	7 (10,4%)	6 (24%)	9 (24,3%)
	верхні кінцівки	11 (16,4%)	5 (20%)	1 (2,7%)
	нижні кінцівки	2 (3,1%)	1 (4%)	-

74,4±7,8 років, в тому числі середній вік чоловіків становив 74,4±6,8 років, а жінок – 73,8±8,9 років. Переважно SCCis локалізувались на шкірі голови та шиї у 13 хворих (52%) – обличчі (12 хворих – 48%), волосистій частині голови (1 хворий – 4%), на шкірі верхніх кінцівок у 5 хворих (20%) – плечі (3 хворих – 12%), кисті (2 хворих – 8%), на шкірі тулуба у 6 хво-

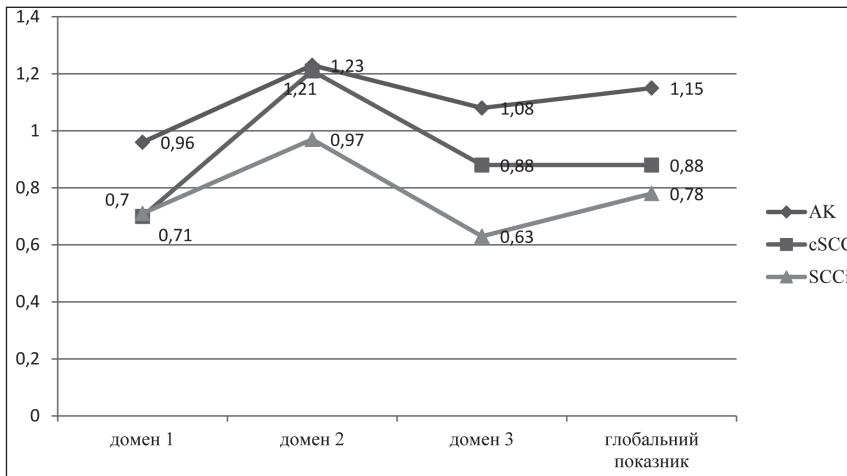


Рис. Показники оцінки якості життя хворих АК, cSCC та SCCis по доменам.

рих (24%) – спині (4 хворих – 16%), грудній клітці (2 хворих – 8%) та шкірі нижніх кінцівок у 1 хворого (4%) – на гомілці (табл. 1).

Середній бал якості життя хворих на SCCis (SCQoL) ще нижчий показника ЯЖ хворих АК (AKQoL) і склав  $7,2 \pm 0,2$  балів, але також знаходиться в діапазоні помірного впливу патології шкіри на ЯЖ, при цьому середній показник DLQI склав  $4,8 \pm 0,3$  бали, що вказує на незначний вплив патології шкіри. Середній показник домена 1 склав 0,71 балів, домена

**Кореляційні зв'язки між віком, статтю, патологією шкіри і рівнем оцінки ЯЖ у хворих АК, SCCis та cSCC**

Патологія шкіри	Вік	Стать	Опитувальники AKQoL/SCQoL			Опитувальник DLQI
			домен 1	домен 2	домен 3	
AK	0,426 (p<0,001)	0,554 (p<0,001)	0,492 (p<0,002)	0,481 (p<0,003)	0,527 (p<0,001)	-0,38 (p=0,076)
SCCis	0,274 (p=0,201)	0,108 (p=0,084)	0,435 (p<0,011)	0,462 (p<0,0054)	0,532 (p<0,001)	-0,11 (p=0,084)
cSCC	0,317 (p=0,062)	0,264 (p=0,059)	0,715 (p<0,002)	0,513 (p<0,03)	0,675 (p<0,004)	0,54 (p<0,003)

2 – 0,97 бали, домена 3 – 0,63 бали, глобальний показник склав 0,78 бали (рис.).

Порівнюючи показники ЯЖ по доменам необхідно відмітити, що у хворих АК спостерігається більш виразний вплив патології шкіри на функції (домен 1), емоції (домен 2) і контроль (домен 3), що підтвер-

джується високим глобальним показником.

Досліджуючи зв'язки між віком, статтю, патологією шкіри і рівнем оцінки ЯЖ за кожним запитанням і загальним балом ЯЖ по опитувальнику було встановлено, що у хворих з важкими формами АК показник AKQoL був достовірно вищим ніж у інших хворих АК (p<0,001). Показник AKQoL був достовірно вищим (p<0,001) у жінок ніж у чоловіків з АК (p<0,001). Результати розрахунку коефіцієнта кореляції Спірмена для SCCis та cSCC представлені в таблиці 2.

Як видно із таблиці 2, що тільки патологія шкіри у вигляді

AK корелювала із віком і статтю хворих. Був виявлений кореляційний зв'язок між патологією шкіри АК, SCCis і cSCC та оцінкою ЯЖ цими хворими по всім доменам при відсутності кореляційного зв'язку із опитувальником DLQI, що вказує на вищу специфічність опитувальників AKQoL і SCQoL при вказаній патології шкіри. І тільки cSCC мав достовірний кореляційний зв'язок із загальним результатом по опитувальнику DLQI.

Таблиця 2.

**Висновки.** Проведене дослідження з оцінки якості життя хворих АК, SCCis і cSCC є першим дослідженням на Україні. Адаптовані опитувальники AKQoL та SCQoL більш ефективно відобразили особливості ЯЖ хворих АК, SCCis і cSCC, що дозволяє рекомендувати до використання в практиці лікарів дерматологів,

онкологів вказаних інструментів. Паралельне використання дерматологічного опитувальника DLQI в нашому дослідженні не дозволило виявити специфічні особливості впливу досліджуваної патології шкіри на якість життя пацієнтів.

**Література**

- Blackford S. Basal cell carcinomas cause little handicap / S. Blackford, D. Roberts, M.S. Salek [et al.] // Qual. Life Res. – 1996. — № 5. – P. 191-194.
- Burdon-Jones D. Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer / D. Burdon-Jones, P. Thomas, R. Baker // Br. J. Dermatol. – 2010. — № 162. – P. 147-151.
- Esmann S. Assessing the influence of actinic keratosis on patients' quality of life – the AKQoL questionnaire / S. Esmann, G.R. Vinding, K.B. Christensen [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2013. — № 168. – P. 277-283.
- Esmann S. Management of actinic keratosis patients: a qualitative study / S. Esmann, G.B. Jemec // J. Dermatolog. Treat. – 2007. — № 18. – P. 53-58.
- Finlay A.Y. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use / A.Y. Finlay, G.K. Khan // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. — № 19. — P. 210-216.

- Grandner M.A. Light exposure is related to social and emotional functioning and to quality of life in older women / M.A. Grandner, D.F. Kripke, R.D. Langer // *Psychiatry Res.* – 2006. — № 143. – P. 35-42.
- Grimaldi S. Indoors illumination and seasonal changes in mood and behavior are associated with the health-related quality of life / S. Grimaldi, T. Partonen, S. I. Saarni [et al.] // *Health. Life Outcomes.* – 2008. – № 6. – P. 56-64.
- Hongbo Y. Translating the science of quality of life into practice: what do Dermatology Life Quality Index scores mean? / Y. Hongbo, C.L. Thomas, M.A. Harrison [et al.] // *J Invest. Dermatol.* – 2005. — № 125. – P. 659-664.
- Joachim G. Stigma of visible and invisible chronic conditions / G. Joachim, S. Acorn // *J Adv. Nurs.* – 2000. — № 32. – P. 243-248.
- Kim H.S. Recent trend in the incidence of premalignant and malignant skin lesions in Korea between 1991 and 2006 / H.S. Kim, E.A. Cho, J.M. Bae [et al.] // *J Korean. Med. Sci.* – 2010. — № 25. – P. 924-929.
- Lear W. Measurement of utility in nonmelanoma skin cancer / W. Lear, J.E. Akeroyd, N. Mittmann [et al.] // *J Cutan. Med. Surg.* – 2008. — № 12. – P. 102-106.
- Lee K. Prospective quality of life impact of actinic keratoses: observations from the veterans affairs topical tretinoin chemoprevention trial / K. Lee, M. Weinstock // *Acta Derm. Venereol.* – 2011. — № 91. – P. 101-102.
- Morsy H. Outcomes in randomized controlled trials in psoriasis: what has changed over the last 20 years? / H. Morsy, S. Kamp, G.B. Jemec // *J Dermatolog. Treat.* – 2007. — № 18. – P. 261-267.
- Prinsen C.A. EADV Taskforce on Quality of Life: Measurement of health-related quality of life in dermatological research and practice: outcome of the EADV Taskforce on Quality of Life / C.A. Prinsen, J. de Korte, M. Augustin [et al.] // *J Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2013. — № 27. – P. 1195-1203.
- Rhee J.S. Validation of a quality-of-life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer / J.S. Rhee, B.A. Matthews, M. Neuburg [et al.] // *Arch. Facial. Plast. Surg.* – 2006. — № 8. – P. 314-318.
- Salasche S.J. Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma / S.J. Salasche // *J Am. Acad. Dermatol.* – 2000. — № 42. – P. 4-7.
- Schaefer I. Prevalence and risk factors of actinic keratoses in Germany-analysis of multisource data / I. Schaefer, M. Augustin, C. Spehr [et al.] // *J Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2014. — № 28. – P. 309-313.
- Stockfleth E. Guideline Subcommittee of the European Dermatology Forum. Guidelines for the management of actinic keratoses / E. Stockfleth, H. Kerl // *Eur. J Dermatol.* – 2006. — № 16. – P. 599-606.
- Vinding G.R. Quality of life in nonmelanoma skin cancer – the Skin Cancer Quality of Life (SCQoL) questionnaire / G.R. Vinding, K.B. Christensen, S. Esmann [et al.] // *Dermatol. Surg.* – 2013. — № 39. – P. 1784-1793.

УДК 616.5-006.015.5

### ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПЕРЕДОНКОЛОГІЧНОЮ ТА ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ

Ошивалова О. О., Зюков О. Л., Калюжна Л. Д.

**Резюме.** До теперішнього часу на Україні не проводилась оцінка впливу актинічного кератозу (АК), неінвазивної та інвазивної форм плоскоклітинного раку шкіри (SCCis і cSCC відповідно) на якість життя пацієнтів. Оригінальні опитувальники Actinic Keratosis Quality of Life (AKQoL) та Skin Cancer Quality of Life (SCQoL) були переведені на українську мову відповідно до рекомендацій крос-культурної адаптації. У нашому дослідженні ми застосували опитувальники AKQoL у хворих АК та SCQoL у хворих SCCis, cSCC в комбінації з DLQI (Dermatology Life Quality Index), який має адаптовану українську версію. Проведено опитування 129 хворих, із них 37 хворих cSCC, 67 хворих АК та 25 хворих SCCis. Результати опитування вказують на важливість проведення опитування із застосуванням AKQoL у хворих АК та SCQoL у хворих SCCis і cSCC. Опитувальники більш ефективно ніж DLQI відображають якість життя хворих АК, SCCis і cSCC завдяки врахуванню специфічних особливостей досліджуваної патології шкіри.

**Ключові слова:** актинічний кератоз, неінвазивна та інвазивна форми плоскоклітинного раку шкіри, якість життя, адаптовані опитувальники.

УДК 616.5-006.015.5

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПРЕДОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ

Ошивалова Е. А., Зюков О. Л., Калюжная Л. Д.

**Резюме.** В настоящее время на Украине не проводилась оценка воздействия актиничного кератоза (АК), неинвазивной и инвазивной форм плоскоклеточного рака кожи (SCCis и cSCC соответственно) на качество жизни пациентов. Оригинальные опросники Actinic Keratosis Quality of Life (AKQoL) и Skin Cancer Quality of Life (SCQoL) были переведены на украинский язык в соответствии с рекомендациями кросс-культурной адаптации. В нашем исследовании мы применили опросники AKQoL у больных АК и SCQoL у больных SCCis, cSCC в комбинации с DLQI (Dermatology Life Quality Index), который имеет адаптированную украинскую версию. Проведен опрос 129 больных, из них 37 больных cSCC, 67 больных АК и 25 больных SCCis. Результаты опроса указывают на важность проведения опроса с применением AKQoL у больных АК и SCQoL у больных SCCis и cSCC. Опросники более эффективно чем DLQI отражают качество жизни больных АК, SCCis и cSCC благодаря учету специфических особенностей исследуемой патологии кожи.

**Ключевые слова:** актинический кератоз, неинвазивная и инвазивная формы плоскоклеточного рака кожи, качество жизни, адаптированные опросники.

UDC 616.5-006.015.5

### EVALUATION QUALITY OF LIFE CANCER PRECURSOR AND SKIN CANCER PATHOLOGY

Oshyvalova O. O., Zukov O. L., Kaluzhna L. D.

**Abstract.** At present there are no available in Ukrainian questionnaires to assess impact of actinic keratosis (AK), carcinoma in situ (SCCis) and cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC) on life quality of patients.

*The aim of the study* was to translate into Ukrainian and culturally adapt Actinic Keratosis Quality of Life (AKQoL) and Skin Cancer Quality of Life (SCQoL) questionnaires.

*Methods.* Authentic questionnaires were translated into Ukrainian according to the guidelines for the cross-cultural adaptation of self-report measures. In our study we used AKQoL for patients with AK and SCQoL for patients with SCCis, cSCC taken with DLQI (Dermatology Life Quality Index), which is adapted into Ukrainian, to determine the level of informative value.

*Results.* There was taken poll of 129 patients, including 37 patients with cSCC, 67 with AK and 25 with SCCis. Average score of life quality of patients with AK (AKQoL) was  $10.6 \pm 0.3$ , while the average score of DLQI made up  $8.4 \pm 0.2$ . Average score of life quality of patients with SCCis (SCQoL) was  $7.2 \pm 0.2$ , while average score of DLQI made up  $4.8 \pm 0.3$ . Average score of life quality of patients with cSCC (SCQoL) was  $9.0 \pm 0.3$  and average score of DLQI was  $8.6 \pm 0.4$ .

*Conclusions.* The survey findings show the importance of questioning using AKQoL for patients with AK and SCQoL for patients with SCCis and cSCC. The questionnaires better reflect life quality of patients with AK, SCCis and cSCC than DLQI due to the specific characteristics of the studied pathology of the skin.

**Keywords:** actinic keratosis, carcinoma in situ and cutaneous squamous cell carcinoma, quality of life, adapted questionnaires.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 22.03.2017 року

УДК 616-053.7 : 613.865

Панчук О. Ю., Сергета І. В.

### ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ МОТИВАЦІЙНОЇ СПРЯМОВАНOSTІ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ ЗАХОДІВ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова МОЗ України (м. Вінниця)

hygiene@vnmu.edu.ua

Дослідження виконано у межах науково-дослідної роботи кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Фізіолого-гігієнічна оцінка особливостей адаптації дітей, підлітків і молоді до умов навчання в сучасних закладах освіти та наукові основи університетської гігієни: профорієнтаційні аспекти, проблеми запровадження здоров'язберігаючих технологій та створення превентивного освітнього середовища» (№ державної реєстрації 0116U000038).

**Вступ.** Формування мотивації до здорового способу життя та профілактики хронічних неінфекційних захворювань серед різних категорій населення є неможливим без формування здоров'язберігаючих компетенцій майбутніх «носіїв» такої інформації у широкі маси, а саме без розвитку таких якостей серед студентської молоді, яка здобуває медичний, стоматологічний, фармацевтичний фах у структурі сучасної системи громадського здоров'я [2,6,8,9].

У цьому контексті надзвичайно важливе місце займає така вагома кореляція мотиваційної спрямованості особистості, як рівень суб'єктивного контролю (РСК), що становить здатність людини адекватно контролювати власну поведінку, встановлює рівень незалежності, самостійності, відповідальності і активності індивідууму в досягненні особистісно-значущих цілей та розв'язанні особистісно-значущих завдань, урахувавши надзвичайно важливе явище, яке полягає у спроможності брати на себе

відповідальність (інтернальне розташування локусу суб'єктивного контролю: усе, що відбувається, є результатом власних дій), або не брати на себе відповідальність (екстернальне розташування локусу суб'єктивного контролю: усе, що відбувається, є результатом дії зовнішніх чинників, випадку, збігу обставин тощо) за події, які мають місце [1,3,4].

І, отже, суттєвої значущості набуває розроблення, наукове обґрунтування та впровадження у навчальний процес вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) та повсякденну навчальну і позанавчальну діяльність студентства заходів профілактичного та корекційного змісту, що забезпечують появу позитивних змін з боку провідних показників мотиваційної спрямованості особистості і, передусім, з боку характеристик РСК дівчат і юнаків [2,5,6,7,10].

**Мета дослідження** – визначення особливостей змін показників мотиваційної спрямованості студентів стоматологічного факультету відповідно до провідних характеристик рівня суб'єктивного контролю в умовах використання комплексу заходів щодо оптимізації професійного навчання та психогігієнічної корекції перебігу процесів професійної адаптації.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проводились серед студентів 2 курсу стоматологічного факультету Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, які були розподілені на наступні групи порівняння: група контролю