

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАДАННЯ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА РОЛЬ МЕДСЕСТРИ В ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Н. В. Єнікеєва, О. А. Прокопович

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Паліативна допомога покликана забезпечувати належні умови перебування пацієнта на завершальному етапі життя, покращувати його якість, полегшувати страждання хворого. Розбудова і функціонування паліативної медицини вказують на високий рівень розвитку суспільства, а підготовка кваліфікованих медсестер паліативної допомоги та їх участь у роботі мультидисциплінарної команди дозволять забезпечити комплексне медичне обслуговування інкурабельного пацієнта, покращити його психологічну стабільність. Аналіз доступної нормативної та наукової літератури свідчить про складне становище галузі в Україні, що перебуває на етапі організації і розвитку, реалізація основних постулатів стратегії її розвитку ускладнилась за умов військового конфлікту.

Мета роботи – проаналізувати надання паліативної допомоги в Україні на сучасному етапі та запропонувати шляхи її оптимізації, оцінити якість життя паліативних пацієнтів і з'ясувати роль медсестри в його покращенні.

Основна частина. В Україні понад 600 тис. пацієнтів потребують паліативної допомоги щорічно. Прогресуюче старіння населення за рахунок прогресу в медицині та доступу до лікування сприяє продовженню тривалості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями і призводить до того, що збільшується кількість пацієнтів, які втрачають здатність до самообслуговування та потребують сторонньої допомоги. Згідно з останніми рекомендаціями ВООЗ, пріоритетною формою розвитку паліативної медицини є надання медико-соціальної допомоги вдома, що не тільки не поступається традиційному стаціонарному лікуванню, а й є більш ефективною, гуманною та економічно доцільною. Модель мультидисциплінарної команди паліативної допомоги дає можливість забезпечити хворого комплексною медичною та соціальною підтримкою. У складі мультидисциплінарної команди роль медсестри, крім виконання медичних маніпуляцій, полягає у проведенні бесід з родичами, навчанні їх догляду за пацієнтом у термінальній стадії захворювання. Для оцінки якості життя було використано один із найбільш поширених загальних опитувальників EQ-5D-5L (European Quality of Life Questionnaire). Дослідження проводили впродовж 2023–2024 рр. на базі відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради. Проведено опитування 42 паліативних пацієнтів на 1-й день госпіталізації в стаціонар (1-ша група, 21 особа) і через 10 днів перебування в стаціонарі відділення паліативної та хоспісної допомоги (2-га група, 21 особа). Як свідчать результати дослідження, за всіма пунктами опитувальника (рухливість, догляд за собою, повсякденна діяльність, біль, тривога/депресія) показники на 14-ту добу покращились, а показник «термометра життя» підвищився (з 32,64 до 41,71), що свідчить про поліпшення сприйняття свого стану і появу здатності до самообслуговування, велика роль у цьому належить медсестринському догляду.

Висновки. Проаналізовано стан паліативної та хоспісної допомоги в Україні на сучасному етапі, наведено шляхи її поліпшення. Визначено важливу роль медсестри в покращенні якості життя паліативного пацієнта наприкінці його життєвого шляху.

Ключові слова: якість життя; опитувальник EQ-5D-5L; паліативна допомога; хоспісна допомога; медсестра.

WAYS TO OPTIMIZE THE PROVISION OF HOSPICE CARE IN UKRAINE AND THE ROLE OF THE NURSE IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PALLIATIVE PATIENTS

H. V. Yenikeyeva, O. A. Prokopovych

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. Palliative care is designed to provide appropriate living conditions for patients in the final stages of their lives, to improve their quality of life, and to alleviate suffering. The development and functioning of palliative care indicates a high level of development in society, and the training of qualified palliative care nurses and their participation in a multidisciplinary team will provide comprehensive medical care for an incurable patient and improve their psychological stability. The analysis of the available regulatory and scientific literature shows the difficult situation of the industry in Ukraine, which is at the stage of organization and development, and the implementation of the main postulates of the Development Strategy has become difficult in the context of the military conflict.

The aim of the study – to analyze the provision of palliative care in Ukraine at the present stage and to propose ways to optimize it. To evaluate the quality of life of palliative patients and determine the nurse's role in improving it.

The main part. In Ukraine, more than 600 thousand patients need palliative care annually. The progressive aging of the population due to medical advances and access to treatment contributes to the extension of life expectancy for patients with chronic diseases and leads to an increase in the number of patients who lose the ability to care for themselves and need outside help. According to the latest recommendations, the priority form of palliative care development is the provision of home-based medical and social care, which is not only as good as traditional inpatient treatment but also more effective, humane, and cost-effective. The model of a multidisciplinary palliative care team makes it possible to provide a patient with comprehensive medical and social support. As part of a multidisciplinary team, the role of a nurse, in addition to performing medical procedures, is to talk to relatives and teach them how to care for a patient with terminal cancer. One of the most common general questionnaires EQ-5D-5L (European Quality of Life Questionnaire) was used to study the quality of life. The study was conducted in 2023-2024 based on the Palliative and Hospice Care Department of the City Hospital No. 10 of the Zaporizhzhia City Council. A survey of 42 palliative care patients was conducted on the first day of admission to the hospital (group I, n 21) and after 10 days of stay in the palliative and hospice care unit (group II, n 21). The results of the study showed that all the items of the questionnaire (mobility, self-care, daily activities, pain, anxiety/depression) improved on day 14, and the «life thermometer» score doubled (from 32,64 to 41,71), indicating an improvement in the perception of their condition and the emergence of the ability to self-care, with a large role in this belonging to nursing care.

Conclusions. The article analyzes the situation of palliative and hospice care in Ukraine at the present stage and provides ways to improve it. The important role of a nurse in improving the quality of life of a palliative patient at the end of his or her life is determined.

Key words: quality of life; EQ-5D-5L; palliative care; hospice care; nurse.

Вступ. В Україні зростає потреба в наданні якісної паліативної допомоги – понад 600 тис. пацієнтам вона необхідна щорічно. Цьому сприяє те, що в останні десятиліття спостерігають тенденцію до збільшення кількості людей похилого і старечого віку. Так, за даними електронного перепису, їх кількість зросла впродовж 5 років (2015–2020 рр.) з 21,8 до 22,4 %, а кількість осіб віком від 65 років – з 15,5 до 16,8 %. Прогресуюче старіння населення за рахунок прогресу в медицині та доступу до лікування сприяє продовженню тривалості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями і призводить до того, що збільшується кількість пацієнтів, які втрачають

здатність до самообслуговування та потребують сторонньої допомоги.

За підрахунками експертів ВООЗ, потреба у паліативній допомозі становить на 100 тис. населення в середньому 7 стаціонарних ліжок і 10 ліжок для хворих, які перебувають удома. Згідно з останніми рекомендаціями ВООЗ, пріоритетною формою розвитку паліативної медицини є надання медико-соціальної допомоги вдома, що не тільки не поступається традиційному стаціонарному лікуванню, а й є більш ефективною, гуманною та економічно доцільною. З точки зору соціальної вагомості, надання комплексної медико-соціальної допомоги паліативному

хворому за звичних для нього умов без альтернативи домінує, оскільки пацієнт не втрачає зв'язку з родиною і, водночас, не відчуває себе тягарем для близьких, це сприяє стабілізації його психологічного стану, що так важливо для хворих, які мають невиліковні захворювання, та їх рідних [1].

На сьогодні надання паліативної допомоги в Україні керується наказом МОЗ України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 р. № 1308, згідно з яким, паліативну допомогу можуть надавати як комунальні, так і приватні заклади охорони здоров'я, а також фізичні особи-підприємці, які мають відповідну ліцензію на медичну практику, щоб забезпечувати пацієнтів усім необхідним для їх догляду, в тому числі зондовим харчуванням, респіраторною підтримкою і т. д. Для стаціонарних закладів обов'язковою є також ліцензія на обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Дуже важливим питанням є правова допомога паліативному пацієнту, який перебуває в хоспісі. Надання паліативної допомоги повинно керуватися принципами доступності, планування, безперервності та наступності. Пацієнт має право самостійно обирати місце надання паліативної допомоги, місце смерті та отримувати лікування паралельно з паліативною допомогою. Він також має право на етичне і гуманне ставлення до себе, членів своєї сім'ї або інших людей, які доглядають за ним. Паліативну допомогу можна надавати у стаціонарі, мобільних відділах, відділах респіраторної підтримки, кабінеті лікування хронічного болю. Усі лікарі повинні бути підготовленими надавати паліативну допомогу відповідно до вимог МОЗ України. Також у класифікаторі професій з'явиться нова професія – лікар паліативної допомоги. Наказом передбачено розробку навчально-методичних рекомендацій для підвищення кваліфікації лікарів, які матимуть бажання обрати цю професію [2].

В основі надання паліативної допомоги лежить мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення мультидисциплінарної команди. Її склад може бути різним, що залежить від стану пацієнта, обсягів допомоги, розміру території обслуговування, і повинен відповідати індивідуальним потребам хворого (вік, діагноз).

В Україні впродовж останніх років змінилася традиційна структура сім'ї, більшість людей похилого віку не може розраховувати на родинну підтримку

через те, що проживає окремо, часто – в інших містах чи країнах. Окрім цього, все ще недостатньо існуючих стаціонарних спеціалізованих медичних і соціальних закладів з відповідними умовами для задоволення потреб усіх паліативних хворих у стаціонарному лікуванні.

Оптимальними формами паліативної допомоги вдома є спеціальні виїзні служби як самостійна структура або підрозділ стаціонарного закладу та мультидисциплінарні команди. Модель мультидисциплінарної команди паліативної допомоги дає можливість забезпечити хворих комплексною медичною та соціальною підтримкою. До складу мультидисциплінарної команди паліативної допомоги повинні входити фахівці соціального та медичного профілю, зокрема медсестра, психолог, соціальний робітник, волонтери, а також рідні хворих, які набули навичок догляду за такими пацієнтами. Залежно від конкретної ситуації, потреб хворих, наявних можливостей склад команди може варіювати. Завдання мультидисциплінарної команди паліативної допомоги, крім знеболювання як однієї з важливих складових якості життя, полягають у покращенні комфорту хворих на завершальному етапі існування, забезпеченні гігієни, харчування, фізіологічних потреб (наскільки це можливо), правової допомоги. Найбільш складним є розв'язання щоденних психологічних проблем, оскільки вони впливають на взаємовідносини з оточуючими, сприяють розвитку депресії та прогресивно погіршують якість життя паліативних пацієнтів [3, 4].

Медсестра розв'язує щоденні психологічні проблеми, навчає паліативного пацієнта взаємодіяти з оточуючими та сприймати середовище, в якому він опинився. Вона вибудовує взаємини з тривожними та депресивними хворими, вислуховує їх проблеми, підбадьорює байдужих або заспокоює зневірених і втомлених від болю та розпачу, залучає їх до діяльності (проводить навчання), допомагає адаптуватися. Медсестра взаємодіє з родичами, лікарями, соціальними працівниками, адже часто саме вона знає найбільше про зміни в самопочутті, психологічному стані хворого, при цьому не порушуючи етичного кодексу та прав пацієнта. У складі мультидисциплінарної команди роль медсестри, крім виконання медичних маніпуляцій, полягає у проведенні бесід з родичами, навчанні їх догляду за пацієнтом у термінальній стадії злоякісного захворювання.

Медсестра як особистість у соціальному і психологічному відношенні не обмежується «вузькою» лікувально-профілактичною діяльністю, а бере участь у розв'язанні складних проблем пацієнта і членів його сім'ї. Прийняття рішень вимагає від медсестри великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом закладу, де вона працює, і, нарешті, перед суспільством. Складність положення посилюється і тим, що медсестра не може гарантувати абсолютного успіху і, водночас, повинна знайти можливість допомогти пацієнтові, а якщо всі можливості вичерпані – мати мужність сказати про це.

Медсестра, яка працює у сфері паліативної допомоги, повинна вміти розпізнати і звернути увагу на ознаки ускладненого або патологічного перебігу періоду тяжкої втрати, для цього необхідна відповідна кваліфікація. Потрібно сформувані ефективну систему підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників з питань паліативної допомоги, діагностики та лікування болю при наданні паліативної допомоги, соціальної, психологічної і духовної допомоги паліативним хворим та їх рідним.

Майбутні медсестри повинні вчитися проводити обстеження пацієнтів згідно з алгоритмами, встановлювати медсестринські діагнози, створювати плани догляду й оцінювати ефективність лікування, одночасно документуючи кожну свою дію, вибудовувати довірливі стосунки з хворими, обговорювати з ними питання медсестринського процесу, першочерговості, послідовності надання послуг, догляду.

При підготовці медсестер паліативної допомоги необхідно визначати їх стійкість до стресових ситуацій, підвищувати адаптативні здібності, розвивати у студентів уміння долати професійний стрес, формувати мотивацію до роботи з пацієнтами. Лише в такому випадку при виконанні в майбутньому своїх професійних обов'язків ці працівники будуть менше піддаватись емоційному вигоранню.

До 2024 р. розвиток паліативної медицини в Україні відбувався повільно через низку причин: численні проблеми законодавчого, організаційного, технічного, кадрового, морально-етичного характеру, нестачу хоспісних ліжок у країні, відсутність належного доступу до адекватного знеболювання (канабісу), потрібного обладнання для догляду, необхідної кваліфікації медичних працівників, спеціалізації з паліативної медицини, недостатні фандрейзинг та роз'яснювально-пропагандистську роботу тощо.

Міністерство охорони здоров'я України у 2018 р. розробило проєкт Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 р. та план заходів щодо її реалізації [5], що передбачав створення соціально-медичних центрів, які надаватимуть комплекс послуг паліативним пацієнтам і членам їх сімей. Ця стратегія полягає в розробці правових та організаційних механізмів, що будуть стимулювати ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я і забезпечувати розвиток мережі паліативних установ охорони здоров'я, підготовку кадрових ресурсів для роботи стаціонарних і виїзних служб паліативної допомоги; створення системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу; введення нової спеціальності молодшого медичного працівника – «доглядальниця»; виконання наукових досліджень нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей і внесення відповідних змін до чинних медичних стандартів та клінічних протоколів, розробку нових медичних стандартів і клінічних протоколів [6, 7]. За даними авторів стратегії, щорічно понад 1,5 млн людей потребують паліативної допомоги.

За умов російсько-української війни стратегія не набула чинності, а паліативні пацієнти стали тягарем для держави, тож задоволення соціальних і медичних потреб лягає в основному на плечі рідних.

Ще важчою є ситуація з тимчасово переміщеними особами, які стикаються зі значною кількістю проблем соціально-психологічного, фінансового, медичного та житлового характеру [8]. Соціально-психологічні характеристики паліативних хворих з числа тимчасово переміщених осіб через особливості їх соціальної адаптації, недостатнє фінансування та низький рівень організації медико-соціального обслуговування зумовлюють неналежні умови перебування і потребують створення системи догляду на безпечних територіях із залученням церков, волонтерських організацій та меценатів на основі фандрейзингу. Зросла кількість паліативних пацієнтів з числа військовослужбовців, які отримали тяжкі каліцтва, потребують супроводу і підтримки також членів їх сімей [9, 10].

Мета роботи – проаналізувати надання паліативної допомоги в Україні на сучасному етапі та запропонувати шляхи її оптимізації, оцінити якість життя паліативних пацієнтів і з'ясувати роль медсестри в його покращенні.

Основна частина. Проведено опитування 42 пацієнтів відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради. Для оцінки якості життя застосовано опитувальник Європейської групи EuroQol-5D (EQ-5D-5L). Опитували хворих на 1-й день госпіталізації в стаціонар (1-ша група, 21 особа) і через 10 днів перебування в стаціонарі відділення паліативної та хоспісної допомоги (2-га група, 21 особа).

Опитувальник EQ-5D-5L складається з двох частин: перша містить п'ять компонентів, пов'язаних з такими сферами життя, як рухомість, самообслуговування, щоденна активність, біль (дискомфорт), тривога (депресія); другою частиною є візуальна аналогова шкала EQ VAS (EQ Visual Analogue Scale) для реєстрації індивідуального рейтингу свого поточного стану, пов'язаного зі здоров'ям [7].

За результатами опитування пацієнтів відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради, всі хворі відмічають проблеми, які стосуються всіх компонентів якості життя. Усі пацієнти мають проблеми з руховою активністю. Взагалі не можуть ходити пішки 38 % хворих 1-ї і 2-ї груп, що пов'язано з їх основною патологією. Значні труднощі під час прогулянки виникають у пацієнтів обох груп – у 24 та 14 % відповідно. Помірні труднощі під час ходьби виявлено у 24 % госпіталізованих пацієнтів відділення на 1-шу добу та в 14 % хворих, які перебувають там 2 тижні. Незначні труднощі при ходьбі виникають у 14 % пацієнтів 1-ї і 34 % хворих 2-ї групи. Не було таких хворих, які не відчувають труднощів під час прогулянки. Ці результати свідчать про те, що обидві досліджувані групи пацієнтів потребують допомоги медсестри для задоволення потреб у русі та їх рухові навички покращуються при ретельному догляді й співпраці з медичним персоналом.

У всіх хворих спостерігають дефіцит самообслуговування. Більшою мірою – у пацієнтів 1-ї групи, в яких виникають помірні (5 %) та значні (24 %) труднощі у здійсненні догляду за собою, а 57 % хворих взагалі не можуть самостійно помитися, одягнутися. У 2-й групі впродовж перебування пацієнтів у стаціонарі медсестри навчають їх самодогляду, проте, беручи до уваги фізичний стан хворих, багато пацієнтів усе ж не можуть здійснити це самостійно. Зокрема, 28 % хворих 2-ї групи не можуть самостійно помитися, одягнутися, 34 % пацієнтів відчувають при цьому значні труднощі. Помірні труднощі виникають

у 24 % опитаних, а 14 % мають незначні труднощі у здійсненні догляду за собою, відповідно, таким пацієнтам складно виконувати повсякденну діяльність. У 24 % хворих обох груп виникають помірні або значні труднощі під час роботи, ходьби та виконання повсякденних справ, а 38 % пацієнтів обох груп позбавлені можливості займатися повсякденною діяльністю.

Пацієнти, які перебувають на стаціонарному лікуванні в хоспісі, менше відчувають біль і дискомфорт, що пов'язано з адекватним знеболюванням та кваліфікованим медсестринським доглядом. Біль є суб'єктивним відчуттям та психоемоційним переживанням, що виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень. Такий патологічний біль є небезпечним для організму і може спричинити розвиток патопсихологічних змін. У 34 % пацієнтів 2-ї групи виникає легкий біль, у 14 % – сильний; у 24 % хворих 1-ї групи – помірний, у 48 % – сильний, у 14 % – дуже сильний. Тяжке відчуття болю, що виникає у пацієнтів, формує стійкі патологічні реакції у периферичній та центральній нервовій системі.

На стан помірної депресії вказують 24 % пацієнтів 1-ї групи, на сильний неспокій та депресію – 48 % хворих, на дуже сильну депресію – 14 %, на легкий ступінь – також 14 % опитаних. У 1-й групі немає пацієнтів, які взагалі не відчувають туги і смутку, тоді як у 2-й групі в 14 % опитаних відчуття тривоги і смутку відсутні, легкі прояви спостерігають у 24 %, на помірну депресію чи тривогу вказують 52,5 %, ще 9,5 % мають сильне відчуття, проте надмірної тривоги і депресії не відчуває ніхто з 2-ї групи (табл.).

Друга частина опитувальника – візуальна аналогова шкала EQ VAS (EQ Visual Analogue Scale). Це метод, що базується на використанні стандартизованої розширеної версії аналогової вертикальної шкали візуального рейтингу VAS з кінцевими точками, які відповідають найкращому стану здоров'я у верхній точці й гіршому стану здоров'я – в нижній із числовими значеннями 0 і 100 відповідно, так званий «термометр здоров'я» [7]. Пацієнт робить позначку на шкалі від 0 до 100 у точці, що відповідає стану його здоров'я в даний момент (рис.).

У більшості хворих спостерігали знижену оцінку загального стану здоров'я. Середній показник якості життя, за «термометром здоров'я» EuroQol-5D, у пацієнтів відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради

Таблиця. Результати опитування пацієнтів відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради за опитувальником EQ-5D-5L

| Компонент опитувальника EQ-5D- 5L | Група опитаних (n=42) | | | |
|--|-----------------------|----|-------------|------|
| | 1-ша (n=21) | | 2-га (n=21) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| РУХЛИВІСТЬ | | | | |
| У мене немає проблем з пересуванням пішки | 0 | 0 | 0 | 0 |
| У мене є незначні проблеми з пересуванням пішки | 3 | 14 | 7 | 34 |
| У мене є помірні проблеми з пересуванням пішки | 5 | 24 | 3 | 14 |
| У мене є серйозні проблеми з пересуванням пішки | 5 | 24 | 3 | 14 |
| Я не можу ходити пішки | 8 | 38 | 8 | 38 |
| ДОГЛЯД ЗА СОБОЮ | | | | |
| У мене немає проблем із самостійним миттям або одяганням | 0 | 0 | 0 | 0 |
| У мене є незначні проблеми із самостійним миттям або одяганням | 1 | 5 | 3 | 14 |
| У мене є помірні проблеми із самостійним миттям або одяганням | 3 | 14 | 5 | 24 |
| У мене є серйозні проблеми із самостійним миттям або одяганням | 5 | 24 | 7 | 34 |
| Я не здатний(-а) самостійно митися або одягатися | 12 | 57 | 6 | 28 |
| ЗВИЧАЙНА ПОВСЯКДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ (наприклад, робота, навчання, хатня робота, участь у справах сім'ї або дозвілля) | | | | |
| Я можу без труднощів займатися своєю звичайною повсякденною діяльністю | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю незначні труднощі | 3 | 14 | 7 | 34 |
| Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю помірні труднощі | 5 | 24 | 3 | 14 |
| Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю серйозні труднощі | 5 | 24 | 3 | 14 |
| Я не здатний(-а) займатися звичайною повсякденною діяльністю | 8 | 38 | 8 | 38 |
| БІЛЬ/ДИСКОМФОРТ | | | | |
| Я не відчуваю болю або дискомфорту | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Я відчуваю легкий біль або дискомфорт | 3 | 14 | 8 | 38 |
| Я відчуваю помірний біль або дискомфорт | 5 | 24 | 11 | 52,5 |
| Я відчуваю сильний біль або дискомфорт | 10 | 48 | 2 | 9,5 |
| Я відчуваю надзвичайно сильний біль або дискомфорт | 3 | 14 | 0 | 0 |
| ТРИВОГА/ДЕПРЕСІЯ | | | | |
| Я не відчуваю тривоги або депресії | 0 | 0 | 3 | 14 |
| Я відчуваю легку тривогу або депресію | 3 | 14 | 5 | 24 |
| Я відчуваю помірну тривогу або депресію | 5 | 24 | 11 | 52,5 |
| Я відчуваю сильну тривогу або депресію | 10 | 48 | 2 | 9,5 |
| Я відчуваю надзвичайно сильну тривогу або депресію | 3 | 14 | 0 | 0 |

в 1-й групі становить 32,64, у 2-й – 41,71. Це можна пояснити тим, що в більшості пацієнтів немає повноцінного життя, їх діагноз і подальше симптоматичне лікування не приносять одужання, але все ж таки професійний догляд зменшує страждання та покращує самопочуття хворого навіть у такій ситуації.

Тяжка хвороба може істотно впливати на фізичний стан, поведінку людини, емоційні реакції, а також змінити її місце і роль у суспільному житті. При наданні паліативної допомоги потрібно враховувати

важливу роль кваліфікованого медсестринського догляду, безпосередню участь пацієнта в ньому та активне його залучення до співпраці. Тільки пацієнт може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення своїх потреб, пов'язаних із симптомами захворювання та його наслідками. Лише медсестра може врахувати всі ці потреби, визначити проблеми, інтерпретувати їх, спланувати, відповідно, догляд та належним чином його здійснити.

Якість життя по-різному сприймають та оцінюють, зокрема, коли в людини порушується задоволення



Рис. Результати опитування пацієнтів відділення паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради за візуальною аналоговою шкалою EQ VAS.

фізіологічних потреб, з'являється дефіцит самоглядку і самообслуговування. У такому випадку роль медсестри є важливою та незамінною. Коли людина потрапляє в хоспіс, вона переосмислює своє життя, а хвороба в цьому стані змінює погляди на нього. Негатив, який є наслідком захворювання (депресія, паніка, страх тощо), змінює характер соціальних відносин, способу життя і вимагає відповідного пристосування до навколишнього середовища та задоволення потреб, насамперед фізіологічних.

Висновки. Паліативна допомога в сучасному суспільстві є індикатором його зрілості й залежить від багатьох факторів. Через військовий конфлікт в Україні призупинено розвиток паліативної медицини, проте залишається велика кількість пацієнтів, які потребують постійного стороннього догляду та лікування. Визначено важливу роль медсестри в покращенні якості життя паліативного пацієнта наприкінці його життєвого шляху та наведено шляхи оптимізації надання хоспісної допомоги.

REFERENCES

1. Bratsyun, O.P., & Naumenko, G.M. (2016). Vplyv mizhdystyplinarnoho pidkhodu v nadanni paliatyvnoyi dopomohy na yakist zhyttya paliatyvnykh patsiyentiv (na prykladi roboty pershoho dennoho khospisu v Ukraini) [The impact of an interdisciplinary approach in the provision of palliative care on the quality of life of palliative patients (on the example of the work of the first day hospice in Ukraine)]. *Rehabilitation and Palliative Medicine – Rehabilitation and palliative medicine*, 1, 80-83 [in Ukrainian].
2. Pro orhanizatsiyu paliatyvnoyi dopomohy v Ukraini: nakaz MOZ Ukrainy vid 21.01.2013 r. № 41 [On the organization of palliative care in Ukraine 21.01.2013 No. 41. Order of the Ministry of Health of Ukraine]. [Electronic resource]. Retrieved from: <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/z0229-13> [in Ukrainian].
3. Voronenko, Y., & Gubsky, Y. (2017). Paliatyvna ta khospisna dopomoha : pidruchnyk – *Palliative and hospice care: textbook*. Vinnytsia: Nova Knyha [in Ukrainian].
4. Tsarenko, A.V. (2019). Obgruntuvannya funktsionalno-orhanizatsiynoyi modeli spetsializovanoyi paliatyvnoyi

- i khospisnoyi dopomohy naseleennyu v Ukraini [Substantiation of the functional and organizational model of specialized palliative and hospice care for the population in Ukraine]. *Zdorovya suspilstva – Public Health*, 8(5), 204-214 [in Ukrainian].
5. Tsarenko, A.V., Hoyda, N.G., & Gubsky, Y.I. (2019). Obgruntuvannya kontseptualnoyi modeli systemy paliatyvnoyi i khospisnoyi dopomohy naseleennyu na rivni pervynnoyi medychnoyi dopomohy [Substantiation of the conceptual model of the system of palliative and hospice care for the population at the level of primary health care]. *Zdorovya suspilstva – Public Health*, 8(2), 49-57 [in Ukrainian].
6. Knyazevych, V.M., Tsarenko, A.V., & Yakovenko, I.V. (2014). Stan, problemy i perspektyvy vprovadzhennya «Natsionalnoyi stratehii rozvytku systemy paliatyvnoyi dopomohy v Ukraini do 2022 roku» [State, problems and prospects of implementation of the «National Strategy for the Development of the Palliative Care System in Ukraine until 2022»]. *Paliatyvna dopomoha v Ukraini: skladovi ta shlyakhy rozvytku – Palliative care in Ukraine: components and ways of*

development. *Proceedings of the scientific-practical conference*. Kharkiv [in Ukrainian].

7. Golicki, D., & Niewada, M. (2017). EQ-5D-5L Polish population. *Arch. Med. Sci.*, 13, 191-200.

8. Dubych, K.V. (2017). PEST-analiz suchasnoho stanu derzhavnoho upravlinnya paliatyvnoyu ta khospisnoyu dopomohoyu v Ukrayini [PEST-analysis of the current state of public administration of palliative and hospice care in Ukraine]. *Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok : elektronny zhurn. – Public Administration: Improvement and Development Electronic journal*, 5. Retrieved from: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1075> [in Ukrainian].

9. Vlasiuk, O.S. (2016). *Natsionalna bezpeka Ukrayiny: evolyutsiya problem vnutrishnoyi polityky: vybrani nauk. pratsi – National security of Ukraine: evolution of domestic policy problems: selected scientific works*. Kyiv: NISS [in Ukrainian].

10. Voronenko, Y.V., Gubsky, Y.I., & Tsarenko, A.V. (2014). Stvorennya systemy paliatyvnoyi i khospisnoyi dopomohy v umovakh reformuvannya okhorony zdorovya v Ukrayini: medychni ta sotsialni aspekty [Creation of a system of palliative and hospice care in the context of health care reform in Ukraine: medical and social aspects] *Nauka i praktyka : mizhvidomchyy med. Zhurn. – Science and Practice: Interdepartmental Medical Journal*, 1(2), 63-75 [in Ukrainian].

Отримано 19.02.2024