

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© ПЕТРОВА Н.Г., ЯРОВАЯ В.А., 2023

Петрова Н.Г., Яровая В.А.

Качество жизни инкурабельных больных как критерий эффективности паллиативной помощи

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197022, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Необходимость развития паллиативной помощи (ПП) обусловлена увеличением числа нуждающихся в ней в связи с постарением населения; увеличением численности больных с хроническими неизлечимыми заболеваниями. Одна из задач ПП — улучшение качества жизни (КЖ) инкурабельного больного. Динамика различных компонентов КЖ может быть одним из критериев оценки эффективности проведённых мероприятий.

Цель исследования — оценка КЖ пациентов отделения ПП и его динамики.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения ПП. Для оценки КЖ пациентов использовали опросники EORTC QLQ-C30, MSAS-SF. Выборка включала 82 человека. Доля лиц с неонкологическими заболеваниями составила 54,9%, с онкологическими — 45,1%. Исследование проводилось с интервалом 1 мес.

Результаты. Анализ КЖ в динамике показал достоверное снижение: с 31,5 до 25,4 балла (при максимуме 100). Динамика отдельных составляющих КЖ носила разнонаправленный характер. Показатели функциональной шкалы и шкалы симптомов снизились с 34,7 до 29,8 и с 30,3 до 29,9 балла соответственно. Показатель финансового благополучия с 35,0 баллов увеличился до 38,6 балла; социального благополучия — с 14,0 до 17,1. По шкалам, характеризующим психоэмоциональный статус, имеется положительная динамика: средний балл эмоционального благополучия увеличился с 68,1 до 74,4; когнитивного — с 44,7 до 53,2. Общий индекс дистресса по шкале MSAS-SF увеличился с 2,3 до 2,4 балла (при максимуме 4).

Ограничения исследования: пациенты, получающие ПП; находящиеся в удовлетворительном состоянии; интервал наблюдения — не менее 1 мес.

Вывод. Динамическая оценка КЖ пациентов, получающих ПП, должна проводиться в целях получения комплексного представления о наиболее актуальных проблемах пациента, коррекции лечебных и уходных мероприятий, может в определённой степени свидетельствовать об их эффективности.

Ключевые слова: инкурабельные больные; паллиативная помощь; качество жизни

Соблюдение этических стандартов. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (протокол № 3 от 13.09.2019).

Согласие пациентов. Все пациенты подписали информированное согласие об участии в проведении исследования.

Для цитирования: Петрова Н.Г., Яровая В.В. Качество жизни инкурабельных больных как критерий эффективности паллиативной помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(2): 129–135. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-2-129-135> <https://elibrary.ru/mgqcju>

Для корреспонденции: Петрова Наталья Гурьевна, доктор мед. наук, профессор, зав. каф. сестринского дела ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург. E-mail: petrova-nataliya@bk.ru

Участие авторов: Петрова Н.Г. — концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование; Яровая В.В. — сбор и обработка материала, статистическая обработка, написание текста. *Все соавторы* — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 07.05.2021

Принята в печать 26.05.2021

Опубликована 28.04.2023

PROBLEMS OF SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

© PETROVA N.G., YAROVAYA V.A., 2023

Natalia G. Petrova, Viktoria A. Yarovaya

Quality of life in incurable patients as a criterion of effectiveness of palliative care

St. Petersburg State I.P. Pavlov Medical University, St. Petersburg, 197022, Russian Federation

Introduction. The problem of palliative care developing is actual due to the increasing the proportion of older people and the number of patients with incurable diseases. The task of palliative care is to improve the quality of life in the incurable patient. To choose the best ways for solving this problem it is important to analyze all components of QL and it's important for the evaluating the effectiveness of the measures taken.

The aim of this study was to assess the quality of life in patients in the palliative care unit and its trend.

Material and methods. The base of study — palliative care department. The EORTIC — QLQ30 and MSAS — SF questionnaires were used. The sample of patients included 82 people. The share of people with non-oncological diseases was 54.9%, with cancer — 45.1%. The study was conducted with an interval of one month.

Results. The analysis of the trend in the quality of life showed unreliable ($p > 0.05$) decrease in the QL: 31.5 — 25.4 points (the maximum is 100 points). The trend in the partial components were multidirectional. The indicators of the functional scale and the symptom scale decreased from 34.7 to 29.8 points and from 30.3 to 29.9 points. The indicator of financial well-being increased: 35.0 and 38.6 points, social well-being — from 14.0 to 17.1. According to the scales characterizing the psycho-emotional status of patients, there is a positive trend: the average score of emotional well-being increased from 68.1 to 74.4; cognitive — from 44.7 to 53.2. The overall GDI distress index on the MSAS-SF scale increased from 2.3 to 2.4 points (with a maximum of 4 points).

Limitations. Patients receiving palliative care; satisfactory condition; follow-up interval — at least a month.

Conclusion. Trend assessment in the quality of life in patients receiving palliative care should be carried out to obtain a comprehensive understanding of the urgent problems of the patient treatment, correction of therapeutic and care measures and may indicate their effectiveness.

Keywords: *incurable patients; palliative care; quality of life*

Compliance with ethical standards. The study was approved by the Ethics Committee of I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University (Protocol No. 3 of 13.09.2019).

Patient consent. All patients signed an informed consent to participate in the study.

For citation: Petrova N.G., Yarovaya V.A. Quality of life in incurable patients as a criterion of effectiveness of palliative care. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(2): 129–135. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-2-129-135> <https://elibrary.ru/mgcqju> (in Russian)

For correspondence: *Natalia G. Petrova*, MD, PhD, Professor, the Head of the Nursing Department, I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, 197022, Russian Federation. E-mail: petrova-nataliya@bk.ru

Information about the authors:

Petrova N.G., <https://orcid.org/0000-0002-9277-2109>

Yarovaya V.A., <https://orcid.org/0000-0002-2403-2299>

Contribution of the authors: *Petrova N.G.* — concept and design of the study, writing the text, editing; *Yarovaya V.A.* — collection and processing of the material, statistical processing, writing the text. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: May 07, 2021

Accepted: May 26, 2021

Published: April 28, 2023

Введение

Одной из современных тенденций общественного здоровья России, как и других европейских стран, является постарение населения [1, 2]. В Санкт-Петербурге доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляет 21,7% и продолжает увеличиваться. Увеличение продолжительности жизни, являясь, безусловно, прогрессивным явлением, тем не менее ставит перед обществом ряд проблем и задач экономического и медико-социального характера. В частности, это ведёт к увеличению распространённости хронических заболеваний и, соответственно, к росту потребности в медицинской помощи [3], в том числе пациентам на последнем этапе их жизни. Наличие хронических неизлечимых заболеваний требует, наряду с медицинскими мероприятиями, облегчающими их симптомы, мер социально-психологического характера, направленных на улучшение качества жизни (КЖ) [4–7]. Хроническая сердечная, почечная недостаточность, многочисленные проявления болезней органов дыхания, сахарного диабета, злокачественных новообразований порождают физические, психические, духовные страдания [8–10], вызывают необходимость постоянной помощи и ухода, в осуществлении которых должны участвовать не только медики, но и социальные работники, волонтеры, представители религиозных и прочих организаций [11–15]. Все указанные мероприятия осуществляются в рамках оказания паллиативной помощи (ПП), задачей которой является также поддержка (в первую очередь, психологическая) родственников таких пациентов [16].

Содержание и порядок оказания ПП регламентируются Федеральным законом № 323 и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»^{1,2} [17]. Бесплатное оказание ПП в амбулаторных и стационарных условиях предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи³ [18, 19].

Несмотря на развитие службы паллиативной медицины за последние годы, формирование чёткой нормативной базы её функционирования, доступ к ПП не соответствует объёму потребности в ней [20]. Это обусловлено рядом обстоятельств, включая нехватку подготовленных медицинских кадров [21], недостаточную обеспеченность хосписными койками, отсутствие стандартов и протоколов лечения неизлечимо больных; недостаточную доступность ПП на дому; проблему адекватного обезболивания и пр.⁴ [22]. Всё это

требует дальнейшего совершенствования ПП [23], которая призвана обеспечить достойную с максимально возможным качеством жизнь до последнего её момента [24]. Соответственно критерием эффективности ПП могут являться показатели качества жизни (КЖ) [25–29].

Целью исследования являлась оценка КЖ инкурабельных больных в процессе оказания паллиативного ухода.

Материал и методы

Исследование проводилось в отделении ПП, где в оказании ПП участвуют врач, психолог и, главным образом, средний медицинский персонал, который не только выполняет по назначению врача различные лечебные манипуляции, но и осуществляет комплексный уход за пациентом, психологическую помощь и поддержку (и пациентам, и их родственникам), удовлетворяет потребность в общении, способствует социализации больных, активно взаимодействует с социальными службами, волонтерами. Выборка пациентов включала 82 человека, из которых 54,8% составили мужчины, 45,2% — женщины. Среди опрошенных преобладали (64,6%) пациенты старше 60 лет. Средний возраст опрошенных составил 65,8 года. Распределение пациентов по характеру заболеваний показало, что доля неонкологических заболеваний была 54,9% (в том числе 25,6% составили болезни системы кровообращения), онкологических — 45,1%.

Оценка КЖ пациентов проводилась при помощи опросника EORTC QLQ-C30 ver. 3.0 [30], утверждённого Европейской организацией исследования и лечения рака. Данный опросник позволяет оценить общее КЖ. Общая оценка складывается из ряда составляющих: 5 функциональных шкал, 3 шкал симптомов, 6 единичных симптомов.

Выделены следующие функциональные шкалы:

- физическое благополучие (PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, переноска тяжестей и т.п.);
- ролевое благополучие (RF), свидетельствующее о влиянии физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей);
- эмоциональное благополучие (EF), характеризующее настроение и степень выраженности отрицательных эмоций (напряжение, беспокойство, подавленность, раздражение);
- когнитивное благополучие (CF), отражающее способность концентрироваться, состояние памяти в целом;
- социальное благополучие (SF), определяющее степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Шкала общих симптомов включает в себя:
- утомляемость/слабость (FA) — демонстрирует степень того, насколько пациент нуждается в отдыхе и чувствует усталость;
- тошнота/рвота (NV) (степень их выраженности);
- боль (PA) — критерий интенсивности боли и её влияния на способность заниматься повседневной деятельностью. Среди единичных симптомов выделены:
- затруднённое дыхание (одышка) (DY) (степень выраженности);
- бессонница (SL);
- аппетит (AP) — показатель его снижения;
- запор (CO);
- диарея (DI);
- финансовое благополучие (FI).

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>

² Приказ Минздрава России и Минтруда РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». URL: <https://rg.ru/2019/07/01/azakoni-dok.html>

³ Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». URL: <https://base.garant.ru/73187132/>

⁴ Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.08.2019 № 31-рп «Об утверждении программы Санкт-Петербурга «Развитие системы паллиативной медицинской помощи» на 2019–2024 годы». URL: <https://base.garant.ru/72669872/>

Таблица 1. Динамика показателей качества жизни (КЖ), баллы**Table 1.** Trend in the quality of life (QL) indicators, in points

Показатели КЖ QL indices	Первое тестирование First test	Повторное тестирование Re-testing	<i>t</i> -критерий Стьюдента Student's <i>t</i> -test
Общая оценка КЖ Total assessment of QL	31,5	25,4	0,063
PF	34,7	29,8	0,068
RF	30,3	29,9	0,864
EF	68,1	74,4	0,027
CF	44,7	53,2	0,026
SF	14,0	17,1	0,236
FA	68,3	61,9	0,007
NV	30,1	35,6	0,115
PA	32,5	49,4	0,002
DY	58,1	50,4	0,048
SI	53,7	41,5	0,010
AP	61,0	54,1	0,071
CO	22,4	26,4	0,150
DI	5,7	7,7	0,518
FI	35,0	38,6	0,308

Примечание. Здесь и в табл. 2 жирным выделены статистически значимые различия.

Note. Here and in table 2 statistically significant differences are in bold.

По каждой из приведённых составляющих выставляется балл (пациентами или интервьюерами) — от 1 до 4, где 1 — отсутствие, 4 — максимальная выраженность (по общей оценке КЖ — до 7 баллов). Чем выше баллы по функциональным шкалам и чем ниже баллы по шкалам симптомов, тем выше оценивается КЖ. Затем по специальной таблице полученные баллы переводятся в 100-балльную систему. Опрос среди выбранной совокупности пациентов проводился дважды с интервалом 1 мес.

Оценка степени выраженности и частоты симптомов проводилась при помощи валидированного опросника Memorial Symptom Assessment Scale — Short Form (MSAS-SF) [31], который включает самооценку выраженности 32 распространённых физических и психологических симптомов. Наличие и тяжесть 28 физических симптомов оцениваются по 5-балльной шкале (от 0 — «не беспокоит» до 4 — «очень беспокоит») и наличие и частоту 4 психологических симптомов по 4-балльной шкале (от 1 — «редко присутствует» до 4 — «почти постоянно присутствует»).

Субшкалы MSAS-SF включают в себя:

1) глобальный индекс дистресса (GDI), который состоит из 10 вопросов: 6 вопросов о физических симптомах, беспокоящих респондента (отсутствие аппетита, недостаток энергии, боль, чувство сонливости, запор, сухость во рту); 4 вопроса, связанных с частотой возникновения психологических симптомов (грусть, тревога, раздражительность, нервозность);

2) шкала физических симптомов (PHYS), которая состоит из 12 вопросов о физических симптомах, беспокоящих респондента (отсутствие аппетита, недостаток энергии, боль, чувство сонливости, запор, сухость во рту,

Таблица 2. Динамика среднего балла выраженности отдельных симптомов**Table 2.** Trend in the average score of the severity of specific symptoms

Шкалы Scales	Первое тестирование First test	Повторное тестирование Re-testing	<i>t</i> -критерий Стьюдента Student's <i>t</i> -test
GDI	2,3	2,4	0,044
PHYS	2,3	2,4	0,089
PSYCH	2,4	2,5	0,098
TMSAS*	2,2	2,3	0,008

тошнота, рвота, изменение вкуса, потеря веса, ощущение вздутия и головокружение);

3) шкала психологических симптомов (PSYCH), которая состоит из 6 вопросов, связанных с распространёнными психологическими симптомами (беспокойство, грусть, нервозность, проблемы со сном, раздражительность и концентрация внимания).

Общий балл определяли по опроснику MSAS (TMSAS) дважды.

По завершении работы с опросниками полученные данные статистически обрабатывали при помощи программ StatSoft Statistica v. 6.0 и SPSS v. 9.0.

Результаты

По уровню основного показателя КЖ отмечается низкая удовлетворённость пациентов своим состоянием здоровья и КЖ с тенденцией к его снижению (31,5–25,4 балла; табл. 1). Показатели функциональной шкалы (PF и RF) изначально имели низкие значения, а их динамика указывает на ухудшение физического состояния пациентов (снижение с 34,7 до 29,8 и с 30,3 до 29,9 соответственно). Очевидно, что состояние здоровья значительно ограничивает пациентов как в выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, переноска тяжестей и т.п.), так и в повседневной деятельности. Критерии, характеризующие психологический статус пациентов, по сравнению с предыдущими были выше изначально и в динамике увеличились: как EF (с 68,1 до 74,4 балла), так и CF (с 44,7 до 53,2 балла). Улучшение эмоционального и когнитивного благополучия, свидетельствующее о снижении уровня отрицательных эмоций и улучшении концентрации внимания, может быть результатом помощи (поддержки) как родственников, так и медицинского персонала. В то же время на очень низком уровне находится социальное благополучие пациентов (SF), хотя и с тенденцией к росту (14,0–17,1 балла), что свидетельствует об ограничении социальных контактов и снижении уровня общения пациентов данной группы.

Результаты анализа уровня и динамики симптомов с точки зрения их влияния на КЖ свидетельствуют о том, что доставляет наибольший дискомфорт пациентам: утомляемость/слабость (FA = 68,3–61,9 балла), затруднённое дыхание/одышка (DY = 58,1–50,4 балла), бессонница (SL = 53,7–41,5 балла), отсутствие/снижение аппетита (AP = 61,0–54,1 балла). Как положительный следует оценить тот факт, что все эти показатели имели тенденцию к снижению, что доказывает эффективность решения симптоматических проблем пациентов со стороны медицинских работников. Меньше беспокоили пациентов, но имели тенденцию к ухудшению следующие

показатели: тошнота/рвота (NV = 30,1–35,6 балла), боль (PA = 32,5–49,4 балла), запор (CO: 22,4–26,4 балла), диарея (DI = 5,7–7,7 балла). Финансовое благополучие (FI) беспокоило пациентов сравнительно в меньшей степени, чем физические симптомы, но при повторном тестировании FI ухудшилась с 35,0 до 38,6 балла. Достоверно значимой ($p < 0,05$) была динамика по шкалам EF, CF, PA, DY, SI.

Анализ основных симптомов, отражающих состояние дистресса в организме, по опроснику MSAS-SF среди пациентов отделения ПП показал, что полученные значения по всем шкалам превышают 1,0 балл. Таким образом, имеют место значительные нарушения состояния здоровья пациентов, недостаточность резервных сил в организме для сохранения внутренней стабильности и гомеостаза (табл. 2). В динамике отмечена тенденция к увеличению симптоматических проблем на 0,1 балла по каждой шкале. При сравнении физических (PHYS) и психологических (PSYCH) симптомов установлено, что последние беспокоят больных сильнее. При этом важно подчеркнуть, что по отдельности изменения баллов по шкалам физических и психологических симптомов не носили статистически значимого характера и лишь в совокупности привели к ухудшению КЖ пациентов.

Анализ распространённости отдельных симптомов (проявлений) показал следующее. Все пациенты отмечали у себя недостаток энергии и сонливость. У подавляющего большинства наблюдались трудности со сном (в динамике показатель увеличился с 97,6% до 98,8%), головокружение (85,4–92,7%), сухость во рту (82,9–81,7%), а также их посещала мысль: «я выгляжу не так, как раньше» (85,4–86,6%). Реже всего из симптомов пациентов беспокоили рвота (24,4–28,0%), диарея (22,0–29,3%) и запоры (30,5–37,8%). Частота появления таких психологических симптомов, как грусть, тревога, раздражение и нервозность, была высокой и при первом, и при повторном тестировании. Максимальен (92,7–97,6%) процент пациентов, испытывающих тревогу. Значимы различия результатов при первом и повторном тестировании по шкалам GDI и TMSAS (табл. 2).

Обсуждение

Анализ КЖ пациентов отделения ПП имеет важное значение с точки зрения оценки динамики общего состояния пациента и отдельных его составляющих — физического и психоэмоционального статуса, для выявления наиболее важных на том или ином этапе оказания помощи проблем пациента, без чего невозможно правильное планирование мероприятий по сестринскому уходу. Динамический и сравнительный анализ этих показателей важен для определения эффективности проведённого лечения и организации ухода, социальной помощи данным больным, их коррекции при необходимости, сопоставления результативности помощи в разных медицинских организациях. В доступной нам отечественной литературе отсутствуют данные об аналогичных исследованиях, касающихся оказания ПП в целом. В то же время ряд исследований [32–34] свидетельствуют о существенном снижении КЖ больных, в первую очередь с онкологическими заболеваниями, по всем его составляющим, выявленном с использованием тех же опросников, что и в нашей работе, и их модификациями. Причём, несмотря на оказание комплексной помощи, в динамике отмечено улучшение лишь по психоэмоциональным характеристикам.

Для данной группы пациентов особое значение имеют правильно организованный уход и психологическая поддержка медицинского персонала (в первую очередь, медицинских сестёр). В связи с этим отметим, что, как указано в ст. 6 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из условий соблюдения приоритета интересов пациента является обеспечение ухода при оказании медицинской помощи. Вместе с тем, ни в одном законодательном документе не раскрывается содержание термина «уход»; отсутствуют стандарты ухода при различных проблемах самоухода, а потому невозможно объективно оценить качество этого ухода. Различные опросники, характеризующие КЖ и отражающие (в числе прочего) возможность социального функционирования (значительно сниженного в условиях дефицита самоухода), позволяют в определённой степени проводить динамическую оценку данной составляющей, что важно для оценки качества ПП в целом.

В процессе оказания ПП приоритетное значение имеет симптоматическая терапия. Для отсутствия на том или ином промежутке времени полипрагмазии важно определять «приоритетность» симптоматики (субъективных ощущений пациента), выделяя с помощью чёткой количественной оценки симптома, доставляющие наибольший дискомфорт пациенту, и, соответственно, по динамике этой оценки судить об эффективности терапии. С этой точки зрения материалы данного исследования могут быть использованы для проведения соответствующего анализа в любых организациях, оказывающих ПП. Важно отметить, что использованные нами опросники в части заключений не вполне коррелировали друг с другом, хотя изначально они и содержали различавшиеся вопросы. На наш взгляд, возможно использование любых методик, определяющих КЖ пациентов. Большее значение имеет сравнительный анализ данных с использованием одинаковой методики (в динамике или в сопоставлении с другими организациями).

Ограничение исследования: пациенты, получающие ПП; находящиеся в удовлетворительном состоянии; интервал наблюдения — не менее 1 мес.

Заключение

Проблема совершенствования ПП сохраняет свою актуальность. Главное усилие в помощи инкурабельному больному должно быть направлено на то, чтобы не позволить болезни, страданиям и боли управлять человеком. Эффективная ПП позволит больному и его родным жить максимально возможной полной жизнью с приемлемым уровнем КЖ. Целостный подход, который включает медицинский, психологический, социальный, культурный, духовный аспекты, является единственно верной стратегией в оказании данной помощи пациентам. Конкретные стратегии реализации тех или иных технологий в процессе оказания ПП должны корректироваться с учётом конкретных нужд и проблем пациента, отражающихся в различных составляющих (компонентах), характеризующих КЖ. Кроме того, динамика уровня КЖ может являться важным критерием эффективности ПП. Важно только, чтобы те или иные опросники, применяемые в конкретной медицинской организации, носили унифицированный характер.

Проведённое исследование не только выявило наиболее значимые проблемы инкурабельных пациентов, многие из которых усугубляются в динамике, но и показало, что проведённый уход оказывает позитивное влияние на

уровень эмоционального и когнитивного компонента: в динамике имело место улучшение соответствующих показателей — эмоционального, когнитивного, социального благополучия. Поиск новых методов и подходов в ведении больных с тяжёлыми хроническими заболеваниями, выработка определённых алгоритмов, включая порядок взаимодействия всех участников (пациенты, родственники, медицинские, социальные работники и пр.), внедрение в полном объёме сестринского процесса (невозможного без градуированного выявления проблем пациента и оценки эффективности их решения с учётом разных составляющих КЖ) позволят добиваться улучшения КЖ на её последнем этапе.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 7, 12–15, 30, 31, 34 см. References)

- Шмеркевич А.Б., Гончаров Д.Г. Оценка качества жизни в контексте паллиативной помощи. *Научные итоги 2015 года: достижения, проекты, гипотезы*. 2015; (5): 74–7.
- ВОЗ. Устав ВОЗ; 2016. Доступно: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>
- Орёл В.И., Носырева О.М., Федоренко В.Н., Власьева О.В., Долгополова Е.Г., Жидкова О.Б. и др. Организационный проект создания кабинета паллиативной помощи медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019; 4(3): 4–18.
- Капустина А.О., Вартанян К.О. Первичная профилактика распространения социально значимой патологии гепатита. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2016; (Т11): 656–60.
- Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. *Акушерство. Гинекология. Репродукция*. 2015; 9(4): 46–54. <https://doi.org/10.17749/2070-4968.2015.9.4.046-054>
- Страшников Т.Н. Сравнительный анализ общей и первичной заболеваемости у лиц трудоспособного возраста в Российской Федерации и на ее административных территориях. *Современные проблемы науки и образования*. 2014; (2): 1–11.
- Адашева Т.В., Нестеренко О.И., Задонченко В.С., Новиков Г.А. Паллиативная медицинская помощь в кардиологии. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2018; (2): 42–7.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность)*. М.; 2018.
- Новиков Г.А., Зеленова О.В., Рудов С.В., Абрамов С.И. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации: от истории до эффективной системы. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2018; (2): 167–80.
- Готовкина М.С. Организация паллиативной помощи в современной России: социологический анализ. *Научный результат. Серия: Медицина и фармация*. 2015; 1(2): 69–76.
- Костина Н.И., Кропачева О.С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. *Злокачественные опухоли*. 2016; (4S1): 59–63. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63>
- Ларинская А.В., Лихобабина Л.В., Дыбов Д.А., Юркевич А.В. Философия паллиативной помощи населению. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2016; (4): 90–6.
- Федермессер А.К. О результатах оказания паллиативной помощи в Российской Федерации в период с 2014 по 2019 годы. Существующие проблемы и пути их решения. Совет при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере; 2019.
- Чернущ Н.Ю., Сидоров С.В., Бабаянц Е.В., Красильников С.Э. Правовое обеспечение оказания паллиативной помощи онкологическим больным. *Сибирский онкологический журнал*. 2019; 18(2): 65–9. <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2019-18-2-65-69>
- Федермессер А.К. О принципах организации паллиативной помощи в Москве. *Московская медицина*. 2016; (6): 5–11.
- Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И. О проблеме организации сестринского ухода, как факторе успешной реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; 19(2): 109–12. <https://doi.org/10.18821/1560-9537-2016-19-2-109-112>
- Ганиев Д.Ф. Влияние эффекта пролонгации обезболивания на качество жизни онкологических больных. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2016; (4): 37–42.
- Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалёв Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации. *Российский онкологический журнал*. 2006; (1): 5–12.
- Облгасета. Дюрягина Н. 300 коек на тысячи больных: закон о паллиативной помощи решит проблему нехватки мест для неизлечимых больных. Доступно: <https://www.oblgazeta.ru/society/health-care/41958/>
- Крупнова И.В., Константинова О.А. Контроль за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания: современное состояние. *Вестник Росздравнадзора*. 2015; (4): 5–8.
- Прыкин А.В., Шаронов А.Н. Об оказании паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2015; (4): 9–12.
- Клеминсон Б. *Введение в паллиативную помощь*. Пер. с англ. М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»; 2016.
- Кулькова В.Ю., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Эффективность паллиативной помощи в Российской Федерации: методические подходы и опыт оценки. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2018; 14(10): 1782–96. <https://doi.org/10.24891/ni.14.10.1782>
- Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. *Главная медицинская сестра*. 2009; (1): 1–53.
- Журман В.Н., Елисеева Е.В., Гулевич А.П., Волков М.В. Оценка качества жизни больных раком яичников I–III стадии по общему опроснику EQ-5D и специальному опроснику EORTC QLQ-C30. *Качественная клиническая практика*. 2016; (2): 46–51.
- Лапшихина Е.А., Муслов С.А. Исследование качества жизни больных раком предстательной железы и психометрические свойства опросника EORTC QLQ-PR25. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021; (4): 16–31. <https://doi.org/10.17513/srms.1200>

REFERENCES

- Shmerkevich A.B., Goncharov D.G. Assessment of the quality of life in the context of palliative care. *Nauchnye itogi 2015 goda: dostizheniya, proekty, gipotezy*. 2015; (5): 74–7. (in Russian)
- WHO. Constitution; 2016. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Orel V.I., Nosyryeva O.M., Fedorets V.N., Vlas'eva O.V., Dolgoplova E.G., Zhidkova O.B., et al. The organizational project of creating a palliative care office for a medical organization, providing primary health care. *Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya*. 2019; 4(3): 4–18. (in Russian)
- Kapustina A.O., Vartanyan K.O. Primary prevention of the spread of socially significant pathology of hepatitis. *Nauchno-metodicheskiiy elektronnyy zhurnal «Konsept»*. 2016; (T11): 656–60. (in Russian)
- Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. Rehabilitation of oncogynecologic patients. View of a problem. *Akusherstvo. Ginekologiya. Reproduktsiya*. 2015; 9(4): 46–54. <https://doi.org/10.17749/2070-4968.2015.9.4.046-054> (in Russian)
- Strashnikova T.N. Comparative analysis of general and primary morbidity in persons of working age in the Russian Federation and its administrative territories. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014; (2): 1–11. (in Russian)
- Cruz-Oliver D.M. Palliative care: an update. *Mo Med*. 2017; 114(2): 110–5.
- Adasheva T.V., Nesterenko O.I., Zadionchenko V.S., Novikov G.A. Palliative care in cardiology. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya*. 2018; (2): 42–7. (in Russian)
- Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Malignant Neoplasms in Russia in 2017 (Morbidity and Mortality) [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost')]*. Moscow; 2018. (in Russian)
- Novikov G.A., Zelenova O.V., Rudov S.V., Abramov S.I. Strategy for the development of palliative medical care in the Russian Federation: from history to an effective system. *Sovremennyye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2018; (2): 167–80. (in Russian)
- Gotovkina M.S. Organization of palliative care in modern Russia: sociological analysis. *Nauchnyy rezul'tat. Seriya: Meditsina i farmatsiya*. 2015; 1(2): 69–76. (in Russian)
- Al-Mahrezi A., Al-Mandhari Z. Palliative care: time for action. *Oman Med. J*. 2016; 31(3): 161–3. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.32>
- Cole T.R., Carlin N.S., Carson R.A. *Medical Humanities: An Introduction. Volume 1*. Cambridge University Press; 2015: 230–1.

14. WHO. Cancer pain relief of a palliative care: report of a WHD expert committee. Geneva; 2002.
15. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for program managers; 2016.
16. Kostina N.I., Kropacheva O.S. Psychological assistance to patients with oncopathology and their relatives at the stage of providing inpatient care. *Zlokachestvennyye opukholi*. 2016; (4S1): 59–63. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63> (in Russian)
17. Larinskaya A.V., Likhobabina L.V., Dybov D.A., Yurkevich A.V. Philosophy of palliative care population. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2016; (4): 90–6. (in Russian)
18. Federmesser A.K. On the results of palliative care in the Russian Federation in the period from 2014 to 2019. Existing problems and ways to solve them. Council under the Government of the Russian Federation on issues of guardianship in the social sphere; 2019. (in Russian)
19. Chernus' N.Yu., Sidorov S.V., Babayants E.V., Krasil'nikov S.E. Legal support of palliative care for cancer patients. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2019; 18(2): 65–9. <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2019-18-2-65-69> (in Russian)
20. Federmesser A.K. On the principles of the organization of palliative care in Moscow. *Moskovskaya meditsina*. 2016; (6): 5–11. (in Russian)
21. Petrova N.G., Minnullin T.I. On the problem of nursing care organisation as a factor of successful rehabilitation of stroke patients. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i rehabilitatsiya*. 2016; 19(2): 109–12. <https://doi.org/10.18821/1560-9537-2016-19-2-109-112> (in Russian)
22. Ganiev D.F. The value of the effect of prolongation of analgesia on quality of life of cancer patients. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana*. 2016; (4): 37–42. (in Russian)
23. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Kovalev B.N., Remennik L.V. The state of oncological aid to the population of the Russian Federation. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal*. 2006; (1): 5–12. (in Russian)
24. Oblgazeta. Dyuryagina N. 300 beds for the thousands of patients: the law on palliative care solve the problem of lack of space for the terminally ill. Available at: <https://www.oblgazeta.ru/society/health-care/41958/> (in Russian)
25. Krupnova I.V., Konstantinova O.A. Control over the procedure for prescribing and administrating narcotic drugs for pain management: current status. *Vestnik Rozdravnadzora*. 2015; (4): 5–8. (in Russian)
26. Prykin A.V., Sharonov A.N. On the provision of palliative medical care in the Russian Federation. *Vestnik Rozdravnadzora*. 2015; (4): 9–12. (in Russian)
27. Cleminson B. *Introducing Palliative Care*. Tanzania; 2016.
28. Kul'kova V.Yu., Grigor'eva N.S., Chubarova T.V. Effectiveness of palliative care services in the russian federation: methodological approaches and practices of evaluation. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost'*. 2018; 14(10): 1782–96. <https://doi.org/10.24891/ni.14.10.1782> (in Russian)
29. Ekkert N.V., Novikov G.A., Khetagurova A.K. Methodological recommendations for the organization of palliative care. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2009; (1): 1–53. (in Russian)
30. Aaronson N., Beckmann J., eds. *The Quality of Life of Cancer Patients. EORTC Monograph Series 17*. New York: Raven Press; 1987.
31. Cella D. Quality of life measurement in oncology. In: Baum A., Andersen B.L. *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington; 2001: 57–76.
32. Zhurman V.N., Eliseeva E.V., Gulevich A.P., Volkov M.V. The quality of life of patients with ovarian cancer stage I-III via general questionnaire EQ-5D and the special questionnaire EORTC QLQ-C30. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2016; (2): 46–51. (in Russian)
33. Lapshikhina E.A., Muslov S.A. Study of the quality of life of patients with prostate cancer and psychometric properties of the EORTC QLQ-PR25 questionnaire. *Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki*. 2021; (4): 16–31. <https://doi.org/10.17513/srms.1200> (in Russian)
34. Zeng B.L., Chow E. Quality of life assessment in lung cancer clinical trials. *Hot Spot*. 2012; 14(Suppl. 2): 8–12.