

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота
за спеціальністю «Сестринська справа»

223 – медсестринство

на тему:

**«ПЕРСПЕКТИВНІ ВЕКТОРИ В ДОСЛІДЖЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ»**

Виконала:

студентка 2 курсу,
групи 3-24-070

ІІІ медичний факультет з підготовки
вітчизняних та іноземних
здобувачів освіти

Підлісна Діана Олександрівна

Науковий керівник:

Шоповалова Світлана

Олександрівна, к. мед. наук,
доцент каф. пропедевтики внутрішньої
медицини, медсестринства та біоетики
Харківський національний медичний
університет

Харків – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	10
1.1. Сучасні методи лікування раку молочної залози	10
1.2. Поняття якості життя та його вимірювання в медичних дослідженнях	12
1.3. Психоемоційні та соціальні аспекти життя після лікування раку.....	17
1.4. Фізичні наслідки лікування та їх вплив на якість життя (операції, хіміотерапія, променева терапія)	21
1.5. Роль Місце підтримуючих реабілітаційних програм у покращенні якості життя	23
1.6. Роль медичної сестри у реабілітації	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ І ОБ'ЄКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	30
2.1. Дизайн дослідження	30
2.2. Вибірка дослідження	32
2.3. Загальна характеристика методів дослідження	33
2.4. Статистичні методи обробки даних	33
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	37
3.1. Оцінка показників психоемоційного стану жінок в залежності від типу оперативного втручання	37
3.2. Оцінка показників якості життя хворих на РМЗ, що перенесли хірургічне лікування	40
3.3. Фізичні наслідки лікування хворих.....	50
3.4. Роль медичної сестри у підтримці та реабілітації жінок після хірургічного лікування раку молочної залози	54
РОЗДІЛ 4. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	57
4.1. Порівняння результатів з іншими дослідженнями	57
4.2. Перспективи покращення якості життя жінок після лікування раку молочної залози	59
4.3. Важливість міждисциплінарного підходу в покращенні результатів лікування	61
ВИСНОВКИ	65
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69

	3
ДОДАТКИ	82
Додаток 1 Список хворих, обстежених у ході виконання роботи	82
Додаток 2 Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	83
Додаток 3 Типова карта методики САН	86
Додаток 4 Short Form-36 (SF-36)	88
Додаток 5 Посадова інструкція сестри медичної відділення онкологічної хірургії	92
Додаток 6 Інформаційно-освітній буклет для жінок, що перенесли мастектомію	98

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АПТ – ад'ювантна променева терапія	шкала тривоги і депресії
АПХТ – ад'ювантна поліхіміотерапія	MH (Mental Health) – психічне здоров'я
АХТ – ад'ювантна хіміотерапія	PF (Physical Functioning) – фізичне функціонування
ЗН – злоякісні новоутворення	RE (Role-Emotional) – емоційний стан
ІВ – іонізуюче випромінювання	RP (Rolt - Physical Functioning) – рольове фізичне функціонування
ІМТ - індекс маси тіла	SF (Social Functioning) – соціальне функціонування
ЛФК – лікувальна фізкультура	VT (Vitality) – життєва активність
МЗ – молочна залоза	
НПХТ – неоад'ювантна поліхіміотерапія	
ОЗО – органозберігаюча операція	
ПР – променеві реакції	
ПТ – променева терапія	
ПУ – променеві ушкодження	
ПХТ – поліхіміотерапія	
РГ – рак грудей	
РМЕ – радикальна мастектомія	
РМЗ – рак молочної залози	
САН – самопочуття, активність, настрій	
ХТ – хіміотерапія	
ЯЖ - якість життя	
ВР(Bodilypain)– інтенсивність болю	
GH (GeneralHealth) – загальний стан здоров'я	
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – госпітальна	

ВСТУП

Актуальність теми

За даними світової статистики рак молочної залози (РМЗ) – це одне з найпоширеніших онкологічних захворювань серед жінок. Упродовж останніх десятиліть провідні канцер-реєстри більшості країн регулярно фіксують невідомий приріст захворюваності на цю онкологічну патологію, яка продовжує бути лідером серед найчастіших причин втрати працездатності, інвалідизації та смертності серед жіночої популяції [4].

За оцінками ВООЗ у 2022 р. РМЗ був діагностований у 2,3 мільйона жінок і у 670 000 випадках саме він став причиною смерті [50].

Визначено, що провідним фактором ризику розвитку РМЗ є належність до жіночої статі. Так майже 99 % випадків цієї патології виникає саме серед жінок будь-якого віку після досягнення статевої зрілості, при цьому показники захворюваності поступово збільшуються з віком [11].

Відповідно до Національного канцер-реєстру, у 2023 році в Україні було зареєстровано 12 683 нові випадки захворювання на РМЗ, серед них 12 582 – у жінок і 101 – у чоловіків. Смертність внаслідок цієї онкологічної патології досягає майже 20 % в структурі загальних показників летальності від злоякісних новоутворень і у 2023 році становила 3553 випадків. За структурою патології, яка була діагностована, у 68,6 % випадках виявлено РМЗ на ранніх стадіях захворювання (1-2 стадії), у 26,2 % відсотків первинних хворих мали більш важкі стадії злоякісного процесу. Рівень морфологічної верифікації у всіх регіонах визнано як високий, а спеціалізованим лікуванням було охоплено 82,6 % первинних хворих [34].

Крім загальновизнаних факторів ризику РМЗ (вік понад 40-50 років, генетична схильність, гормональні порушення та особливості способу життя), за думкою фахівців додатковий вплив на розповсюдження онкопатології в Україні можуть мати негативні наслідки активних бойових дій та хронічного

стресу, в якому тривалий час перебуває суспільство. Загальна напруга та невизначеність безпекової ситуації, міграція населення та руйнування звичного ланцюжка надання медичної допомоги все це значно ускладнює контакт між фахівцем та жінкою, призводять до несвоєчасного звернення за діагностикою і медичною допомогою. Перебуваючи в стані хронічного стресу та екзистенційної тривоги, обмежених ресурсів для відновлення та соціальній ізоляції, жінки потрапляють під ризик вимушених перерв в лікуванні та нехтування профілактичними оглядами.

За даними Татарчук Т.Ф. та співавт. [27] репродуктивна система жінки є найбільш вразливою ланкою організму, яка однією з перших потрапляє під негативний вплив несприятливих зовнішніх та психоемоційних факторів. В наслідок цього може виникати гормональний дисбаланс, що проявляється порушеннями менструального циклу, аномальними кровотечами, передчасними змінами в репродуктивній функції та загостренням симптомів клімаксу.

Як демонструють спостереження, в наслідок впливу травматичних подій близько 30% осіб мають ризик формування посттравматичних стресових розладів, які у жінок спостерігаються майже в 1,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Найбільш емоційно вразливою категорією до руйнівного впливу стресу є молоді жінки віком 25–34 років, які потребують, відповідно, більш уважного ставлення з боку медичного персоналу. З іншого боку, жінки старшого віку (55–60 років), підпадаючи під дію стресу, частіше скаржаться на емоційні розлади, відчуття пригнічення та апатії, відмічають порушення сну та загострення вегетативної дисфункції [27]. Ця категорія жінок теж має перебувати в зоні уваги фахівців і вчасно отримувати відповідну підтримку. Визначаючи військову агресію як невід’ємний чинник ризику РМЗ, Ковальова О. О. та співавтори [17] наголошують у своїх дослідженнях на важливість запобігання збільшенню захворюваності на РМЗ та високої смертності від його ускладнень в сучасних реаліях нашої країни.

Вибір лікування РМЗ залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, типу пухлини та ступеня її поширення. Як правило, лікування є комбінованим і включає хірургічне втручання, променеву терапію (ПТ) та прийом препаратів. Якість життя (ЯЖ) після оперативного втручання при РМЗ має розглядатися як комплексний показник, який є відображенням загального психологічного стану жінки, динаміки її фізичного відновлення, рівня соціальної адаптації та успіху реконструктивних заходів [9]. Відомо, що ЯЖ у таких пацієнток значною мірою залежить від типу операції, характеру гормональних розладів, наявності соматичних ускладнень (лімфостаз, біль, зміни рухливості) та якості надання медичного та психологічного супроводу на етапі реабілітації [13-15]. Основною метою післяопераційного періоду має стати комплексна підтримка хворої мультидисциплінарною командою фахівців, яка допоможе адаптувати жінку до змін, мінімізувати негативні наслідки лікування та повернути її до звичного ритму життя [15, 18]. Отже, аналіз перспективних векторів в дослідженні якості життя пацієнток після хірургічного лікування РМЗ та розробка індивідуальних підходів до їх реабілітації є суспільно значущим і актуальним.

Таким чином, у зв'язку з неухильним зростанням частоти захворюваності на РМЗ у всіх економічно розвинених країнах світу зростає потреба в пошуку оптимальних стратегій його лікування та реабілітації, визначенні ефективних шляхів покращення якості їх життя та соціальної адаптації після оперативного втручання. Особливої уваги ця проблема набуває внаслідок складної безпекової ситуації в Україні, коли медичний персонал та пацієнтки стикаються з додатковими перешкодами на шляху своєчасної діагностики, повноцінного лікування та реабілітації.

Мета дослідження – визначити перспективні вектори в дослідженні якості життя хворих після лікування раку молочної залози та проаналізувати роль медичної сестри в системі реабілітаційних заходів і психосоціальної підтримки жінок, які перенесли хірургічне втручання.

Завдання дослідження:

1. Оцінити особливості фізичного та психоемоційного стану хворих після хірургічного лікування раку молочної залози, як ключових факторів, що впливають на якість життя в післяопераційному періоді.

2. Проаналізувати вплив методів оперативного втручання (квадрантектомія, радикальна мастектомія) на фізичний і психологічний компоненти здоров'я жінки.

3. Визначити цільові мішені для роботи спеціалістів в ході реабілітаційних програм для жінок з різним типом хірургічного втручання.

4. Обґрунтувати підходи до розробки індивідуалізованого плану реабілітації з урахуванням показників якості життя.

5. Оцінити роль медичної сестри в структурі міждисциплінарної команди з реабілітації жінок після лікування раку молочної залози.

6. Проаналізувати перспективи покращення якості життя жінок після мастектомії та напрямки вдосконалення стратегії реабілітації та адаптації пацієнтів після хірургічного лікування.

Об'єкт дослідження – психоемоційний та фізичний стан хворих на РМЗ після хірургічного лікування.

Предмет дослідження – показники психологічного, емоційного та фізичного стану хворих на РМЗ в системі оцінки ЯЖ після лікування.

Методи дослідження.

Проведено вивчення інформаційних наукових електронних та інших джерел літератури, що містять факти, які характеризують сучасний стан проблеми ЯЖ хворих після лікування РМЗ. У роботі використано такі наукові методи емпіричного дослідження як спостереження, узагальнення, опис та опитування, що спрямовані на створення теоретичних узагальнень, встановлення і формулювання закономірностей досліджуваної теми. Опитування дає змогу отримати як фактичну інформацію, так і оцінні дані, проводити в усній або письмовій формі. В роботі було використане «Анкета

Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)».

Наукова новизна роботи.

В рамках проведеного дослідження вдосконалено комплексну оцінку фізичного та психоемоційного компонентів якості життя хворих після хірургічного лікування РМЗ крізь призму різних типів хірургічного втручання, обґрунтовано індивідуалізований підхід до підтримуючого лікування та реабілітації на підставі визначених особливостей стану пацієнток, запропоновано методи вдосконалення інформаційно-психологічної підтримки жінок в післяопераційному періоді з боку медичного персоналу.

Особистий внесок виконавця: узагальнення, систематизація, уточнення існуючих знань з літературних джерел; обґрунтування актуальності теми та формулювання цілі дослідження; збір клінічного матеріалу; проведення анкетування; аналіз отриманих даних та статистична їх обробка; формулюванні висновків та оформлення тексту дипломної роботи. Впровадження результатів у практику.

Апробація результатів магістерської роботи та публікації: за темою магістерської роботи опубліковано 1 статтю, 1 тези, 2 Акти впровадження у відділеннях Державної установи «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П.Григор'єва Національної академії медичних наук України», розроблено та запроваджено в практичну діяльність клініки Інформаційно-освітній буклет для жінок після мастектомії.

1. **Стаття:** Підлісна Д.О., Шаповалова С.О. Роль медичної сестри у підтримці та реабілітації жінок після хірургічного лікування раку молочної залози // Науково-практичний журнал «Медсестринство». – 2026. – № 1. – С. 48–54.
2. **Тези:** Підлісна Д.О. Міждисциплінарний підхід в покращенні результатів лікування жінок, хворих на рак грудної залози/ Міжгалузеві диспути: динаміка та розвиток сучасних наукових

досліджень: збірник наукових праць з матеріалами IX Міжнародної наукової конференції, м. Харків, 30 січня 2026 р. /Міжнародний центр наукових досліджень. - Вінниця. ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2026.- С. 395-398.

3. **Акт впровадження:** Оцінка особливостей фізичного та психоемоційного стану хворих після хірургічного лікування раку молочної залози, як ключових факторів, що впливають на якість життя в післяопераційному періоді
4. **Акт впровадження:** Вдосконалення інформаційно-просвітницького супроводу жінок, що перенесли оперативне втручання з приводу раку молочної залози, в межах компетенцій медичної сестри
5. **Інформаційно-освітній буклет:** «Життя після мастектомії: крок за кроком до відновлення».

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні методи лікування раку молочної залози

Згідно сучасної світової статистики РМЗ продовжує займати перше місце серед усіх онкологічних захворювань та залишається лідером серед причин смертності серед жінок. На думку Рафальської Я. Д. та Косяченко К. Л. важливою стратегією прогнозування витрат на профілактику й лікування РМЗ є аналіз офіційних епідеміологічних даних [34, 35]. Національні аналітичні дані, за дослідженнями Зуб В. О., також зазначають, що РМЗ є найпоширенішою формою новоутворення серед жінок усіх вікових категорій [15].

РМЗ – це злоякісний процес, який розвивається із клітин залозистої тканини або молочних проток, який має гетерогенний характер, варіабельний клінічний перебіг, множинні морфологічні варіанти, індивідуальні молекулярні та фенотипічні особливості, а також терапевтичні реакції [6, 77, 86]. Алгоритм лікування пацієнток РМЗ базується на комплексному підході, який враховує стадію патології, морфологічну структуру пухлини, гормональний фон, характер перебігу захворювання, наявність прогностичних факторів та загальний стан пацієнти.

З урахуванням анатомічних характеристик розрізняють такі форми:

- вузлові (локалізоване утворення у тканині молочної залози);
- дифузні (набрякова, дифузно-інфільтративна, лімфангітична, маститоподібна, панцерна);
- атипові (хвороба Педжета, первинно-метастатичний процес за відсутності виявленої пухлини в молочній залозі).

– Відповідно до класифікації ВООЗ, виділяють такі гістологічні типи РМЗ:

- неінвазивний,
- інвазивний,
- хвороба Педжета соска.

У своїх роботах Бондаренко І. М. та співавт. зазначають, що до неінвазивних форм належать внутрішньопротокова та часточкова карцинома *in situ*. Інвазивні варіанти включають інфільтративний протоковий рак, внутрішньопротоковий з домінуванням внутрішньопротокового компоненту, інфільтративний часточковий рак, а також муцинозний, медулярний, тубулярний, аденокістозний, апокринний типи та карциноми з метастатичними змінами (плоскоклітинного, веретенноклітинного, хондріоїдного, остеїдного і змішаного типів) та інші [6].

Гаращенко О. О. та співавт. у своєму дослідженні підкреслюють, що в клінічній практиці виділяють первинно-операбельний, місцево-поширений (первинно неоперабельний) та метастатичний РМЗ. Поняття первинно-операбельного РМЗ є умовним і використовується для визначення тактики хірургічного лікування. Його застосування дає змогу ще до операції визначити оптимальний обсяг втручання та спланувати комплексне лікування відповідно до сучасних підходів [9]. До цієї категорії відносять пухлини стадій T1–T2 з ураженням лімфатичних вузлів N0 або N1 за відсутності віддалених метастазів (M0).

Вінник Ю. В. та співавт. зазначають, що на сучасному етапі лікування РМЗ передбачає використання всіх основних методів клінічної онкології, зокрема неoad'ювантної та ад'ювантної хіміотерапії, різних режимів ПТ, гормональної та імунологічного лікування. Водночас провідна роль належить хірургічному лікуванню, після якого можливий розвиток післяопераційних ускладнень, що зумовлюють формування як косметичних, так і функціональних порушень [8].

Значущим в онкології є те, що терапія РМЗ має значне просування, пов'язане зі зменшенням інтенсивності ад'ювантної хіміотерапії (АХТ), як місцево-регіональної, так і системної терапії [55], що знижує ризик розвитку рецидиву, збільшуючи загальну і безрецидивну виживаність, більше того, різні методи моделювання, розглядаючи АХТ, підвищують показники виживання

при РМЗ приблизно на 6–10 %, за даними епідеміологічного нагляду, виживання при раку на сьогоднішній день має тенденцію до поліпшення в усьому світі. Три режими хіміотерапії, що довели поліпшення лікування РМЗ: 1) режим циклофосфаміду, метотрексату і 5-фторурацилу (CMF), 2) схеми на основі антрацикліну і 3) схеми на основі таксану [25].

На думку Ejlersen В. АХТ демонструє свою ефективність як зниження безрецидивного і загального виживання на 5 % порівняно з хіміотерапією. Додавання таксанів знижує загальну смертність на 3 % [61]. Вибір препаратів для лікування РМЗ проводиться на основі біологічних властивостей конкретного раку, які визначаються спеціальними тестами (визначення пухлинних маркерів). Переважна більшість ліків, що використовуються для лікування РМЗ включені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ [61].

Застосування ПТ при РМЗ має понад столітню історію: саме лікування пухлин цієї локалізації стало одним із перших напрямів використання іонізуючого випромінювання з терапевтичною метою. За даними Базики Д. А., ад'ювантна ПТ суттєво знижує ризик рецидиву та сприяє подовженню виживаності пацієнтів після радикальної мастектомії та органозберігаючих операцій [3, 60]. На ранніх стадіях захворювання радіотерапія в окремих випадках дозволяє уникнути мастектомії. На більш пізніх етапах вона сприяє зменшенню ймовірності повторного виникнення пухлини навіть після проведеного хірургічного втручання. У запущених випадках застосування променевої терапії може також знижувати ризик летального наслідку від РМЗ. Променева терапія впливає на залишкові мікроскопічні злоякісні утворення, які могли залишитися в тканині молочної залози та/або лімфатичних вузлах, і зводить до мінімуму ймовірність рецидиву раку на грудній стінці [54].

Отже ефективність методів лікування РМЗ залежить від того, чи був пройдений повний курс лікування. Часткове лікування рідше призводить до сприятливого результату захворювання.

1.2. Поняття якості життя та його дослідження в клінічній практиці

ЯЖ є комплексною, багатовимірною категорією міждисциплінарного характеру, що відображає рівень фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування особи в суспільстві і має суттєве прогностичне значення при визначенні тактики лікування та оцінці індивідуальної відповіді пацієнток на проведену терапію [26, 72]. У аналітичній доповіді Лібанова Е. М. із співав. [20] зазначається, що зростання показників ЯЖ виступає як ключова умова та водночас індикатор людського розвитку. Концепція людського розвитку акцентує увагу на центральній ролі людини, розглядаючи її як кінцеву мету економічного прогресу, а не як інструмент його досягнення. Вперше ця концепція була впроваджена у наукову та управлінську практику у 1990 році. На міжнародному рівні якість життя визнана однією з базових характеристик, що визначають рівень суспільного розвитку держав [20].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ЯЖ – це суб'єктивне сприйняття людиною свого місця в житті, яке формується під впливом культурного контексту та системи цінностей і співвідноситься з її цілями, очікуваннями, стандартами та переживаннями. Оцінювання ЯЖ пропонується здійснювати за такими основними групами показників [96]:

- фізичні (рівень енергії, втомлюваність, наявність фізичного дискомфорту, якість сну та відпочинку);
- психологічні (самооцінка, здатність до концентрації, позитивні та негативні емоції, особливості мислення);
- рівень незалежності (здатність до повсякденної діяльності, працездатність, залежність від медикаментозної терапії);
- соціальні аспекти життя (міжособистісні контакти, соціальна активність, значущість у суспільстві, професійна реалізація);
- навколишнє середовище (умови проживання, безпека, можливості для дозвілля, доступ до інформації, екологічні чинники);

- духовні та особистісні переконання.

Аналіз сучасних підходів до оцінювання ЯЖ, проведений Аскольським А. В. та співав. [2], свідчить про відсутність єдиного уніфікованого підходу до її визначення. Автори підкреслюють, що медична оцінка ЯЖ ґрунтується на трьох основних складових: функціональних можливостях, суб'єктивному сприйнятті власного стану та клінічних проявах захворювання. Функціональні можливості характеризують здатність особи реалізовувати соціальні, інтелектуальні та емоційні функції, а також забезпечувати економічну самостійність у повсякденному житті. Суб'єктивна складова включає оцінку пацієнтом власного стану здоров'я, рівня добробуту та ступеня задоволеності життям. Третій компонент відображає симптоматику основного захворювання, наявність ускладнень і супутніх патологій, інтенсивність яких змінюється під впливом лікувальних заходів [2].

За даними Квітки Д. М. та співав. [16], основним інструментом вивчення динаміки ЯЖ у пацієнтів є стандартизовані опитувальники. На сьогодні розроблено значну кількість методик для її оцінки. Найбільш простими та широко застосовуваними є шкали ВООЗ і Карновського Д. А., який одним із перших запропонував нефізіологічні підходи до оцінювання перебігу онкологічних захворювань та дослідив вплив хіміотерапії на фізичні аспекти ЯЖ у неоперабельних онкологічних пацієнтів [18]. Водночас ці інструменти мають узагальнений характер і не дозволяють визначити конкретні чинники, що зумовлюють зміни показника ЯЖ.

Інші підходи до оцінювання ЯЖ є більш специфічно орієнтованими і поділяються на універсальні (незалежні від нозології) та спеціалізовані (призначені для пацієнтів із певними захворюваннями).

Серед найпоширеніших універсальних опитувальників для дослідження ЯЖ виділяють: «Sickness Impact Profile» («Профіль впливу захворювання»), «Nottingham Health Profile» («Ноттінгемський профіль здоров'я»), «General Well-Being Questionnaire» («Опитувальник загального благополуччя»), «Overall

Quality of Life Scale» («Загальна шкала якості життя»), «Quality of Life Index» («Індекс якості життя») [78, 89, 98]. Специфічні анкети становлять окрему групу спеціалізованих інструментів для оцінювання ЯЖ, орієнтованих на конкретну нозологічну форму. Вони дають змогу фіксувати динаміку змін показників ЯЖ у пацієнтів у відносно короткі терміни. Одним із ключових критеріїв ефективності лікування є зіставлення показників ЯЖ до та після застосування певного лікувального протоколу [63]. Прикладом такого інструмента є міжнародний опитувальник EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30), призначений для онкологічних пацієнтів. Він включає 30 запитань, що охоплюють глобальні, функціональні та симптоматичні аспекти стану здоров'я, і широко застосовується у світовій практиці для оцінки ефективності лікування при різних онкологічних захворюваннях (зокрема раку яєчника, молочної залози, шлунка, лімфомі Ходжкіна тощо) [90]. Така структура інструмента має перевагу, оскільки поєднує оцінку як загальних, так і специфічних проявів захворювання, що впливають на ЯЖ пацієнтів.

З огляду на те, що ЯЖ на сучасному етапі розглядається як один із надійних індикаторів результатів лікування, процесу відновлення та адаптації пацієнток до повсякденного життя, вона є об'єктом численних наукових досліджень [62, 88]. У європейських країнах ЯЖ трактують як інтегральний показник фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини, тоді як у США до цього визначення додатково включають фінансове та духовне благополуччя [88].

На думку F. Faroughi та співавт., аналіз ЯЖ має важливе значення при розробці програм реабілітації онкологічних пацієнток із РМЗ не лише з урахуванням індивідуальних особливостей, але й через наявність тісного зв'язку між рівнем ЯЖ та показниками виживаності. Важливим є також оцінювання впливу таких симптомів, як хронічна втома, депресивні прояви (за

шкалами депресії), больовий синдром (за шкалами болю), тривожність та obsесивні стани [62].

Використання перекладених опитувальників можливе лише за умови їх інтеграції у клінічні дослідження та дотримання відповідного протоколу [12, 23]. До таких інструментів належать «Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН)» [23] та «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» [12].

За даними Нестеренка В., у ряді країн застосовують як загальні, так і спеціалізовані опитувальники, причому частина з них (переважно специфічні) пройшла міжнародну валідацію [28]. Практичний досвід свідчить, що використання універсальних опитувальників, таких як SF-36 або EORTC QLQ-C30, дозволяє отримати достатньо надійні результати при оцінюванні ЯЖ. Більшість зарубіжних інструментів є доступними для використання. Так, Герасимчук П. О. та співавт. [10] застосовували їх для оцінювання ЯЖ у пацієнтів після хірургічного лікування патології щитоподібної залози. Отримані результати є придатними для загальної оцінки проблеми, однак не враховують регіонально-етнічні особливості.

Найбільш поширеними універсальними інструментами для оцінювання ЯЖ є SF-36, WHOQoL-100, Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, EuroQoL-5D, EORTC QLQ-C30. За даними Макарова О. В. та співавт. [21], в Україні відсутні власні стандартизовані опитувальники як загального, так і спеціалізованого типу, тому на практиці використовуються адаптовані переклади, зокрема SF-36 та EORTC QLQ-C30 [21]. На думку Gran I. та співавт. [66], дослідження змін ЯЖ є обов'язковим компонентом комплексної оцінки нових підходів до діагностики, лікування та профілактики захворювань. Аналіз таких змін можливий за умови поєднання даних, отриманих за допомогою універсальних і спеціалізованих опитувальників, із клінічними показниками [66].

Окремої уваги заслуговує опитувальник SF-36, який вирізняється універсальністю застосування, комплексністю оцінки (включає як фізичні, так і психічні компоненти здоров'я), а також високими показниками надійності та валідності, підтвердженими численними дослідженнями. SF-36 є неспецифічним інструментом, що широко використовується у країнах Європи та США. Він містить 36 запитань, об'єднаних у 8 шкал: загальний стан здоров'я, фізичне функціонування, рольове функціонування, соціальна активність, інтенсивність болю, життєздатність, емоційний стан та психічне здоров'я. Для обробки результатів застосовуються відкриті алгоритми інтерпретації, що забезпечує його широке використання у наукових дослідженнях [98, 99].

Традиційно оцінювання стану пацієнтів за допомогою SF-36 передбачає порівняння показників фізичного, рольового та соціального функціонування, рівня життєвої активності, психічного здоров'я та інтенсивності болю до початку лікування і у віддалені терміни після його завершення. Наприклад, Білай С. І. досліджував показники ЯЖ у пацієнтів із нефролітіазом та метаболічним синдромом до початку терапії та через 3–6 місяців після лікування [5]. Що стосується питань оцінки ЯЖ у жінок із РМЗ, то таких досліджень значно менше [24, 46, 68].

Таким чином, оцінка ЯЖ стає одним із основних критеріїв ефективності надання медичної допомоги, а також самостійним показником стану пацієнтів при проведенні визначенні тактики лікування, розробці реабілітаційних програм.

1.3. Психоемоційні та соціальні аспекти життя після лікування раку

Захворювання на РМЗ створює кризову ситуацію для особистості, призводить до зміни життєвої позиції. Психоемоційний стан жінок з цим захворюванням щільно пов'язан з психогенними розладами і більшість авторів розглядають цей стан як "надсильний стрес", "особливий вид психічної травми

з категорії надсильних психологічних подразників" [22, 87]. Вже з моменту першої зустрічі хворої з онкологічною службою в неї починається формування, так званої, внутрішньої картини хвороби, водночас картина хвороби визначає і ставлення до захворювання. Стресогенність РМЗ, в основі якої лежить характер захворювання, загроза життю, каліцтво операції та її наслідків, можлива інвалідизація, зумовлює появу невротичної та навіть психотичної симптоматики, яка є "неодмінним супутником" онкологічного захворювання [29].

У передопераційному періоді, за даними Penberthy J.K. та співавт. [85], провідними є мотиви, пов'язані зі збереженням життя і здоров'я, прагненням вижити, завершити важливі життєві справи та забезпечити майбутнє дітей. Після хірургічного втручання на перший план виходять питання соціальної адаптації. У пацієток формується відчуття втрати жіночої ідентичності, що може супроводжуватися переживанням власної неповноцінності [85]. Також характерними є побоювання щодо соціальної ізоляції та можливого руйнування сімейних стосунків. Жінки після мастектомії часто схильні гіперболізувати естетичні наслідки операції та акцентувати увагу на зміні ставлення до них з боку оточення [85].

Gavric Z. та співавт. [65] з позицій біопсихосоціальної моделі зазначають, що встановлення діагнозу РМЗ та подальший перебіг захворювання супроводжуються значним емоційним навантаженням, що негативно впливає на якість життя і психічний стан жінки. Протягом усього періоду — від діагностики до лікування та етапу ремісії чи життя без рецидиву — пацієнтки можуть відчувати страх, тривогу та страждання [65].

На підставі аналізу, що здійснили Abdi N. та співав., найбільш важливими ознаками духовного страждання були: почуття відчуження (криза ідентичності), порушення ментального образу свого тіла, відчай, дисфункція ролей, занепокоєння, страх і тривога, відмова від взаємодії з іншими, почуття покинутості і сумніви в існуванні вищої сили і цінностей. Попередніми

факторами були стресори, пов'язані з хворобою, негативна оцінка пацієнтом свого стану, недостатні механізми особистісної адаптації та відсутність належних систем соціальної підтримки [42].

Дослідники постійно аналізують вплив психосоціальних потреб на ЯЖ хворих. Так, у дослідженні Hasan S. та співавт. [67] було встановлено 13 основних сфер незадоволених психосоціальних потреб серед молодих жінок з РМЗ. Серед них: інформаційні, психологічні, фізичні/симптоматичні, соціальні потреби, страх рецидиву і поширення, потреби, пов'язані з ідентичністю, сексуальні потреби, соціальна підтримка, фінансова підтримка, практичні потреби, духовні потреби, проблеми, пов'язані зі спілкуванням із надавачами медичних послуг. Mahalq S. та співавт. [80] встановили, що поширеність тривожності та депресії склала 77,4% та 62,6% відповідно. Серед факторів, що знижують тривожність у пацієток з РМЗ, відзначено: хороший фізичний стан (оцінка за шкалою Карнофського), задоволеність соціальною та фінансовою підтримкою. Депресію знижували: хороший фізичний стан, мінімум 2,5 години фізичної активності на тиждень, активний професійний статус, задоволеність соціальною та фінансовою підтримкою.

Науковцями визначено, що на ЯЖ хворих на РМЗ впливають численні чинники, серед яких важливе місце займають соціально-економічний статус, рівень освіти, зайнятість, психосоціальні аспекти та фінансове становище [100]. Пацієнтки нерідко стикаються з економічними труднощами, що можуть призводити до зменшення заощаджень і втрати майна. Зниження доходів, витрати на лікування та обмеження трудової діяльності ускладнюють забезпечення базових потреб, таких як харчування та одяг, що формує значне фінансове навантаження при РМЗ [64].

Omar M. та співавт. у дослідженні [84] показали, що під час неoad'ювантної терапії пацієнтки з місцево-поширеним РМЗ зазнають психологічний дистрес і застосовують відповідні стратегії подолання труднощів. Вони довели, що поширеність депресії до проведення

неoad'ювантної терапії варіювалася від 0 % до 46 %, а тривожності – від 5,5 % до 54 %. Після проведення неoad'ювантної терапії поширеність депресії варіювалася від 40 % до 78,5 %, а тривожність становила 27 %.

Тао L. та співавт. [95] підкреслюють, що психологічний дистрес — це суб'єктивне відчуття, на яке впливають взаємодії індивідуальних, терапевтичних та міжособистісних факторів у пацієток з РМЗ. Тому для оптимізації управління психологічним дистресом при наданні рутинної сестринської допомоги слід ретельно враховувати характеристики та зовнішнє середовище пацієток з РМЗ. Саме тому Alanazi A. K. та співавт. [43] підкреслюють наявність прогалин, пов'язаних з невідповідностями в операціоналізації та інструментах, що використовуються для вимірювання психологічного дистресу серед жінок з РМЗ. Стандартизація методів оцінки психологічного дистресу, поряд з концептуальною ясністю, має важливе значення для вимірювання дистресу в дослідженнях і клінічній практиці.

Інші дослідники Tang W.Z. та співавт. [94] засвідчили, що психологічний дистрес позитивно корелював із молодшим віком, наявністю дітей, поганим фінансовим становищем, коротким часом із моменту постановки діагнозу, попереднім лікуванням, віддаленими метастазами, хіміотерапією, попереднім емоційним статусом, уникненням та негативно корелював із заміжжям, високим рівнем освіти, наявністю страховки, повною зайнятістю, часом завершення лікування, хірургічним втручанням, соціальною підтримкою, гарним фізичним станом та ін. [94].

Зменшенню проявів астено-тривожно-депресивного синдрому сприяють:

- своєчасна та ефективна корекція постмастектомічного дефекту (використання екзопротезів, підбір спеціалізованої білизни, проведення реконструктивно-пластичних втручань);
- психотерапевтична підтримка;
- заняття у спеціалізованих оздоровчих групах (плавання, йоготерапія);

– використання природно-кліматичних факторів у межах санаторно-курортного лікування.

За результатами дослідження ефективності застосування методу зниження стресу на основі усвідомленості у пацієнток з РМЗ відзначено його ефективність. З погляду впливу на якість життя, тривожність, депресію і стомлюваність використання методу протягом 8 тижнів показало найкращі результати. Вплив був ефективним, і ефект зберігався до 3 місяців після вихідного рівня [58, 74].

Таким чином у тематиці досліджень психологічних аспектів РМЗ переважає вивчення індивідуальних психологічних особливостей жінок, питання психологічної реабілітації та психотерапевтичної роботи з онкопацієнтами, вивчення якості життя, психічних розладів жінок із РМЗ, дослідження емоційно-афективної сфери особистості [97].

1.4. Фізичні наслідки лікування та їх вплив на якість життя (операції, хіміотерапія, променева терапія)

Незважаючи на досягнення в лікуванні раку, які покращили показники виживання серед пацієнтів з РМЗ, вони схильні до високого ризику розвитку серцевої дисфункції, пов'язаної з терапією раку, яка зазвичай проявляється як серцева недостатність [37]. Хоча вправи покращують кардіореспіраторну витривалість у цих пацієнтів, їхня ефективність у профілактиці серцевої дисфункції, пов'язаної з терапією раку, залишається неясною [101].

Втрата молочної залози є значним психотравмуючим чинником, що може призводити до порушення сімейної та соціальної адаптації. У зв'язку з цим важливим компонентом медичної реабілітації є обґрунтований вибір обсягу хірургічного втручання – за можливості перевага надається органозберігаючим або первинно-реконструктивним операціям, а також подальшим реконструктивним втручанням із використанням ендопротезів чи переміщених тканинних фрагментів. Можливість застосування органозберігаючих методів

значною мірою залежить від раннього виявлення захворювання, що підкреслює важливість скринінгових програм і профілактичних оглядів [74].

У пацієнток можуть розвиватися такі ускладнення, як лімфостаз верхньої кінцівки, больовий синдром, обмеження рухливості у плечовому суглобі, ураження плечового сплетення, зниження м'язової сили плечового пояса, деформації хребта, психоемоційні розлади та погіршення якості життя [49].

Після проведення променевої терапії приблизно у 90 % пацієнток із РМЗ виникає променевий епідерміт. Використання терапевтичних доз іонізуючого випромінювання може спричиняти стійку еритему, лущення, висипання, біль, свербіж і навіть утворення виразкових дефектів шкіри [97]. За результатами дослідження 108 пацієнток, які отримували опромінення з приводу РМЗ, еритема була виявлена у 92 % випадків, сухий епідерміт – у 30 %, вологий – у 35 %, а виразкові ураження – у 14 % [79].

Ускладнення, зумовлені впливом іонізуючого випромінювання, поділяють на променеві реакції та променеві ушкодження. Променеві реакції – це функціональні або морфологічні зміни, що виникають у процесі променевої терапії, мають зворотний характер і можуть бути як загальними, так і місцевими [71]. Загальні реакції обумовлені впливом іонізуючого випромінювання на клітинні структури життєво важливих органів та інтоксикацією продуктами розпаду пухлини [75]. Їх вираженість залежить від зони опромінення. При лікуванні РМЗ у поле опромінення потрапляють органи грудної клітки та ший, що може проявлятися підвищенням температури тіла, а також порушеннями функцій травної, серцево-судинної, дихальної, кровотворної, ендокринної та нервової систем. Місцеві реакції характеризуються змінами тканин, які, як правило, зникають протягом 2–4 тижнів після завершення опромінення [70].

З урахуванням того, що після радикального протипухлинного лікування відбувається прогресування патологічних змін у тканинах, за даними О. Паєнок, особливої ваги набуває ранній початок реабілітаційних заходів [30].

Їх структура визначається характером і вираженістю постмастектомічних ускладнень. Це обумовлює необхідність індивідуалізації реабілітаційних програм для пацієнток із РМЗ з урахуванням клінічних проявів наслідків лікування. З огляду на агресивність терапевтичних підходів та особливості перебігу післяопераційного періоду, актуальним є розроблення персоналізованих програм фізичної реабілітації для цієї категорії хворих [31].

Радикальні оперативні втручання на молочній залозі супроводжуються розвитком ряду післяопераційних ускладнень, що зумовлено не лише видаленням залози, а й залученням до операційного поля лімфатичних вузлів, нервових структур та формуванням грубих рубцевих змін [73]. Частота та характер цих ускладнень визначаються як обсягом хірургічного втручання, так і застосуванням променевої терапії, яка є складовою комбінованого лікування РМЗ [53].

Таким чином, одним із ключових завдань є розроблення обґрунтованих підходів до реабілітації, визначення оптимальних режимів рухової активності та методичних рекомендацій щодо виконання фізичних вправ, що дозволить індивідуалізувати процес відновлення пацієнток з урахуванням постмастектомічних наслідків лікування та їх впливу на якість життя при РМЗ.

1.5. Роль підтримуючих реабілітаційних програм у покращенні якості життя

Одним із ключових аспектів реабілітації є своєчасне розпочинання лікувальної фізичної культури, що дозволяє запобігти формуванню контрактур у плечовому суглобі та зменшити ризик розвитку постмастектомічного синдрому, зокрема лімфостазу верхньої кінцівки. Зниженню проявів цього синдрому також сприяє використання магнітолазерної терапії, пневмокомпресійного впливу та призначення венотонічних препаратів [59]. Важливе значення має психологічна реабілітація, яка здійснюється за участю лікаря-онколога, медичних психологів і психотерапевтів. Значну підтримку

надають волонтери, які самі перенесли онкологічне захворювання, мають тривалий період виживаності та досвід подолання фізичних і психоемоційних наслідків лікування [44, 57].

Mishra A. та співавт. підкреслюють, що профілактика пізніх набряків (лімфостазу) значною мірою базується на заходах, спрямованих на попередження ранніх набряків. До рекомендованих заходів належать:

- обмеження фізичного навантаження на оперовану кінцівку (до 3 кг протягом першого року);
- регулярне підвищене положення верхньої кінцівки;
- систематичні заняття лікувальною фізкультурою протягом 6–7 місяців після оперативного втручання;
- щоденне застосування теплих водних процедур (38–40°C);
- уникнення травмування шкіри (порізів, опіків, уколів) та профілактика їх інфікування [82].

При наявності вираженого набряку верхньої кінцівки доцільним є призначення безсольової дієти, використання діуретичних засобів для покращення лімфатичного дренажу, регулярне підвищене положення кінцівки (кожні 2 години на 20 хв), легкий масаж, еластична компресія, лікувальна фізкультура, гідрокінезотерапія в умовах басейну, пневмокомпресія, електростимуляція м'язів плечового пояса та магнітотерапія [38, 41].

Реабілітаційні заходи у пацієнток після лікування РМЗ спрямовані на подолання медичних, соціальних і професійних труднощів [83]. Лікувально-профілактичні підходи мають декілька напрямів [45]:

по-перше, профілактика та корекція лімфостазу і контрактур плечового суглоба в періоди між курсами поліхіміотерапії або після завершення лікування за стабільного стану пацієнтки (з використанням спеціалізованих комплексів ЛФК і компресійних методів);

по-друге, психосоціальна та трудова реабілітація, яка реалізується через індивідуальну роботу з психологом і залучення пацієнтки до діяльності

волонтерських організацій, що співпрацюють із профільними медичними установами;

крім того, після радикальної мастектомії може застосовуватися відстрочена хірургічна реабілітація (протезування або реконструктивні втручання) [45].

Фізична реабілітація після мастектомії та видалення пахвових лімфатичних вузлів включає догляд за шкірою, лікувальну фізкультуру, психологічну підтримку, а також участь пацієнтки у діяльності волонтерських організацій, які взаємодіють із спеціалізованими центрами лікування захворювань молочної залози [4].

Значення реабілітації пацієнток з онкопатологією молочної залози зростає у зв'язку зі збільшенням кількості осіб, які досягли ремісії, що визначає її як одну з актуальних медико-соціальних проблем сучасності. Реабілітаційні програми для хворих зі злоякісними новоутвореннями молочної залози мають бути комплексними та розпочинатися від моменту встановлення діагнозу [13, 40].

Більшість дослідників визначають такі основні принципи реабілітації [7]: ранній початок та безперервність заходів; комплексний підхід із залученням мультидисциплінарної команди (лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників, фахівців з трудотерапії та ЛФК тощо); індивідуалізація програм для кожної пацієнтки; проведення реабілітації у групах жінок із подібним досвідом, що сприяє психологічній підтримці та підвищенню впевненості у власних можливостях; сприяння поверненню до активної соціально-корисної діяльності. У визначенні обсягу та цілей реабілітації беруть участь різні спеціалісти, зокрема хірург, хіміотерапевт, радіолог, психолог, фізіотерапевт та інші [69].

Лікувальна фізкультура (ЛФК) для онкологічних хворих безпечна і має різноманітний вплив на окремі клінічно значущі параметри. На основі наявних на цей час і вже наявних рекомендацій якісна лікувальна фізкультура може

бути рекомендована онкологічним хворим, які страждають від широкого спектра неопластичних станів [33, 39].

Призначення та дозування лікувальної гімнастики потребує суворо індивідуального підходу з урахуванням наявності набряку, вікових особливостей, супутньої патології та рівня фізичної підготовки пацієнтки. Обсяг навантаження має узгоджуватися між лікарем та інструктором ЛФК [21].

Особливу увагу необхідно приділяти догляду за верхньою кінцівкою з боку оперативного втручання. Одним із найпоширеніших ускладнень є лімфатичний набряк, що виникає внаслідок порушення відтоку лімфи і крові через видалення лімфатичних вузлів і судин, а також рубцеві зміни у зоні операції. Додатковим чинником є променева терапія, яка може спричиняти фіброз тканин, підтримувати запальні процеси та порушувати колатеральний лімфовідтік, що підвищує ризик розвитку набряку. Регулярні заняття лікувальною фізкультурою сприяють профілактиці ускладнень і відновленню повного обсягу рухів у верхній кінцівці протягом кількох місяців після операції [91]. Психологічна підтримка жінок після оперативних втручань на молочній залозі має надзвичайно важливе значення. Після встановлення онкологічного діагнозу пацієнтки часто стикаються з низкою внутрішніх запитань, зокрема: «Чи отримуватиму я підтримку від близьких?», «Яким буде моє подальше життя?», «Чи зможу я подолати захворювання?», «Чому це сталося саме зі мною?». Формування позитивного психоемоційного настрою є одним із ключових чинників у процесі лікування, тоді як його відсутність може негативно впливати на перебіг одужання [92]. Водночас надмірна орієнтація виключно на позитивні емоції та уникнення переживання негативних станів (страху, тривоги, смутку, гніву) може призводити до зниження відкритості у спілкуванні. У таких умовах пацієнтка та її оточення можуть уникати обговорення власних переживань, що, своєю чергою, обмежує емоційну підтримку, підвищує рівень стресу та ускладнює процес адаптації [39].

Жінки часто повідомляють про свою необізнаність щодо побічних ефектів і дивуються, що вони не завжди зникають після лікування, але залишаються частиною їхнього життя [47]. Пацієнти з раком грудей висловлюють сильну, незадоволену потребу в освіті, інформації та втручанні щодо цих побічних ефектів. Реабілітація і вправи ефективні для запобігання і управління багатьма фізичними побічними ефектами лікування раку грудей. Проте мало жінок направляють на реабілітацію під час або після лікування, і ще менше отримують базові оцінки порушень і функцій для полегшення раннього виявлення порушень і функціональних обмежень.

Таким чином, головною метою реабілітаційних заходів є відновлення звичного способу життя пацієнтки. Важливою складовою цього процесу виступає соціальна реадaptaція, яка передбачає повернення до професійної діяльності. У зв'язку з цим пацієнтки потребують отримання вичерпної та кваліфікованої інформації від лікаря щодо можливостей і термінів відновлення працездатності.

1.6. Роль медичної сестри у реабілітації

У Концепції розвитку вищої медичної освіти підкреслюється, що модернізація та трансформація національної системи охорони здоров'я зумовлює необхідність підготовки нового покоління висококваліфікованих медичних фахівців [33]. Зазначається, що професія медичної сестри є найбільш чисельною у сфері охорони здоров'я, тому особливої актуальності набуває високий рівень сформованості її професійних компетентностей і особистісних характеристик.

Медсестра – це співробітник, який виконує всі призначення лікаря. Що стосується ролі медсестри в реабілітації, зокрема онкологічних хворих, то вона є ключовою та багатогранною: від безпосереднього догляду, виконання процедур і допомоги у виконанні вправ, до комплексного планування та супроводу пацієнта, надання психосоціальної допомоги, підтримка в адаптації

до нових життєвих обставин, особливо після мастектомії. Вони здійснюють ін'єкції, перев'язки, стежать за показниками (тиск, температура), ведуть документацію, готують до процедур та багато іншого [52]. В даний час медсестри відіграють ключову роль у подальшому спостереженні, психосоціальній підтримці та моніторингу результатів лікування, пов'язуючи стаціонарне та амбулаторне лікування.

Участь медичної сестри в наданні як комплексної, так і індивідуалізованої допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями має визначальне значення. Перебуваючи у постійному контакті з лікарями та пацієнтами, вона виконує важливу освітню функцію щодо пацієнтів і членів їхніх родин, а також забезпечує координацію лікувального процесу, контроль за виконанням призначень і безперервність догляду [48].

Роль медсестри в онкологічній практиці включає: контроль основного захворювання, супутню патологію (біль, хворобливі стани, активний медичний супровід); психологічну та соціальну підтримку; практичні рішення проблем, пов'язаних із захворюванням, таких як особиста гігієна, щоденний туалет, профілактика виразок і пролежнів та ін. [51]

У ряді випадків, особливо в післяопераційному періоді, виникає потреба у спеціалізованому догляді, який здійснюється медичною сестрою онкологічного закладу або підготовленим членом родини. До обов'язків медичної сестри належить організація належних умов догляду, зокрема забезпечення доступності та готовності до використання необхідних засобів (поїльник, грілка, судно, сечоприймач тощо), підтримання їх чистоти [26]. На окремому столику вона розміщує їжу, лікарські засоби та посуд, контролює дотримання пацієнтом правил особистої гігієни: за потреби здійснює гігієнічний догляд за ротовою порожниною, допомагає у проведенні туалету тіла, змінює постільну білизну [36.].

Borromeo A.S. та співав. [48] оцінювали підтримку з боку онкологічних медсестер у питаннях виживання пацієнтів з РМЗ на ранніх стадіях та дійшли

висновку, що вони повинні проводити стратифіковане за ризиком спостереження, нормалізувати скринінг на стрес і фізичні вправи, а також впровадити систему сортування пацієнтів за результатами опитування з встановленими часовими рамками.

У своїй роботі Платовська С. О. та Маланчук Л. М. підкреслюють, що враховуючи специфіку роботи медичної сестри, вона повинна не лише надати повну інформацію, але й навчити кожну жінку правил самообстеження МЗ [32]. На їх думку роль медичної сестри в процесі діагностики та профілактики захворювань МЗ складно переоцінити.

Медсестри, на думку D'Alessandro L. та співавт. [56], що спеціалізуються на лікуванні РМЗ, відіграють ключову роль у поліпшенні результатів лікування пацієнтів, надаючи освітні послуги, психологічну підтримку та комплексний догляд. Щоб йти в ногу зі зростаючою складністю лікування НВР, вкрай важливо приділяти пріоритетну увагу розширенню академічної підготовки та безперервному професійному розвитку. На думку авторів ці зусилля забезпечать належну підготовку медсестер, що спеціалізуються на лікуванні РМЗ, до задоволення мінливих потреб пацієнтів та надання високоякісної, всебічної допомоги [56]. Ключову роль онкологічних медсестер, особливо за надання підтримуючої терапії, також підкреслюють Button E. та співав. [51].

Таким чином, психологічне благополуччя є складною багатокомпонентною характеристикою, що включає фізичні, економічні, соціальні, функціональні, емоційні, духовні та суб'єктивні складові [29]. Як і будь-яке тяжке захворювання, РМЗ чинить негативний вплив на психологічний стан особи, що відображається на рівні її психологічного благополуччя.

Більшість досліджень спрямовані на аналіз конкретних аспектів психологічного стану онкохворих. Але наразі у науковій літературі бракує робіт, в яких психологічне благополуччя онкологічного хворого розглядається з точки зору дослідження ЯЖ після лікування. Розуміння структури ЯЖ

онкологічного хворого дозволить точніше підбирати оптимальні методи лікування та профілактики розладів психологічного стану жінок з РМЗ.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Дизайн дослідження

На базі клінічного відділення онкологічної хірургії Державної установи «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П.Григор'єва Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІМРО НАМН України») протягом I кварталу 2025 року проведено психодіагностичне та медичне обстеження 20 жінок після лікування РМЗ (Додаток 1). Хворі були розподілені на дві групи в залежності від виду оперативного втручання. До першої групи (група 1) увійшли пацієнтки, що перенесли квадантектомію, другу (група 2) склали особи, які перенесли радикальну мастектомію. Групу порівняння склали 20 жінок без онкологічної патології. Діагностичне обстеження пацієнтів проводилось на етапі спостереження після виписки зі стаціонару хірургічного відділення та проходження ними спеціалізованого лікування з приводу РМЗ.

Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні на тему: «Перспективні вектори в дослідженні ЯЖ після лікування РМЗ» (далі – дослідження), яке проводилося з дотриманням основних положень біоетики відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як об'єкта дослідження» (1964–2013 рр.). Протоколи дослідження були схвалені Комітетом з питань біоетики та деонтології ДУ «ІМРО НАМН України».

Покрокова схема дизайну представлена на рисунках 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3., 2.1.4. і складалася з наступних етапів:

- 1) Оцінка показників до та після хірургічного лікування РМЗ за даними загальноклінічного обстеження, психодіагностичних тестів та критеріїв ЯЖ по загальній кагорті,
- 2) Аналіз динаміки показників в наслідок оперативного втручання в залежності від його типу,

- 3) Порівняльний аналіз динаміки показників психодіагностичних тестів та критеріїв ЯЖ в групах з різним типом оперативного лікування;
- 4) Виявлення закономірностей, кореляційних зв'язків та формулювання висновків і практичних рекомендацій.

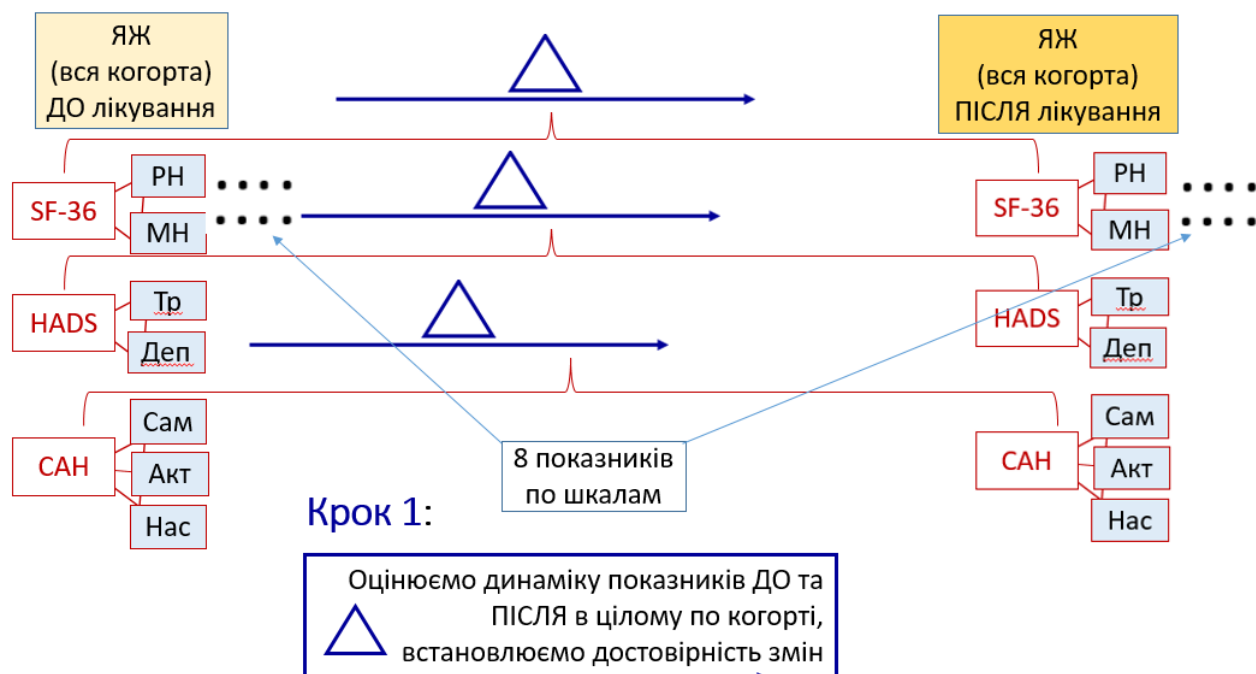


Рис. 2.1.1. Дизайн дослідження, крок 1.

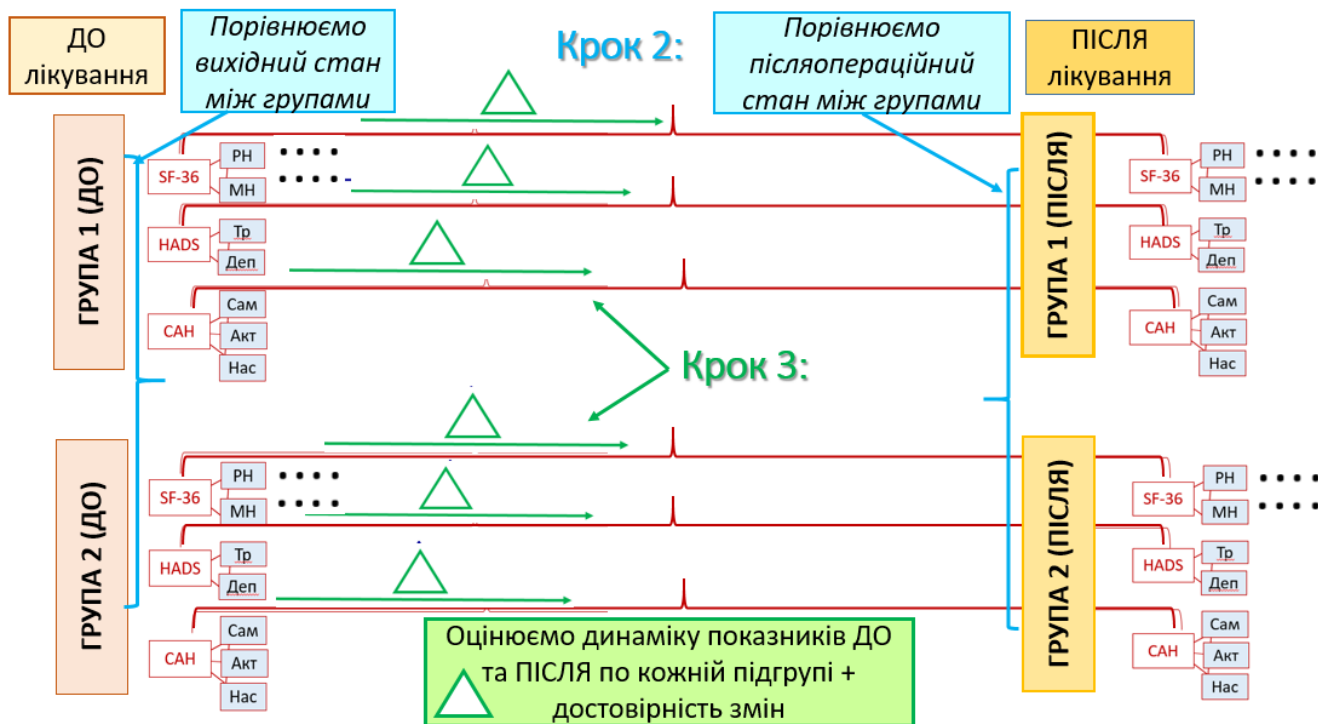


Рис. 2.1.2. Дизайн дослідження, кроки 2-3.

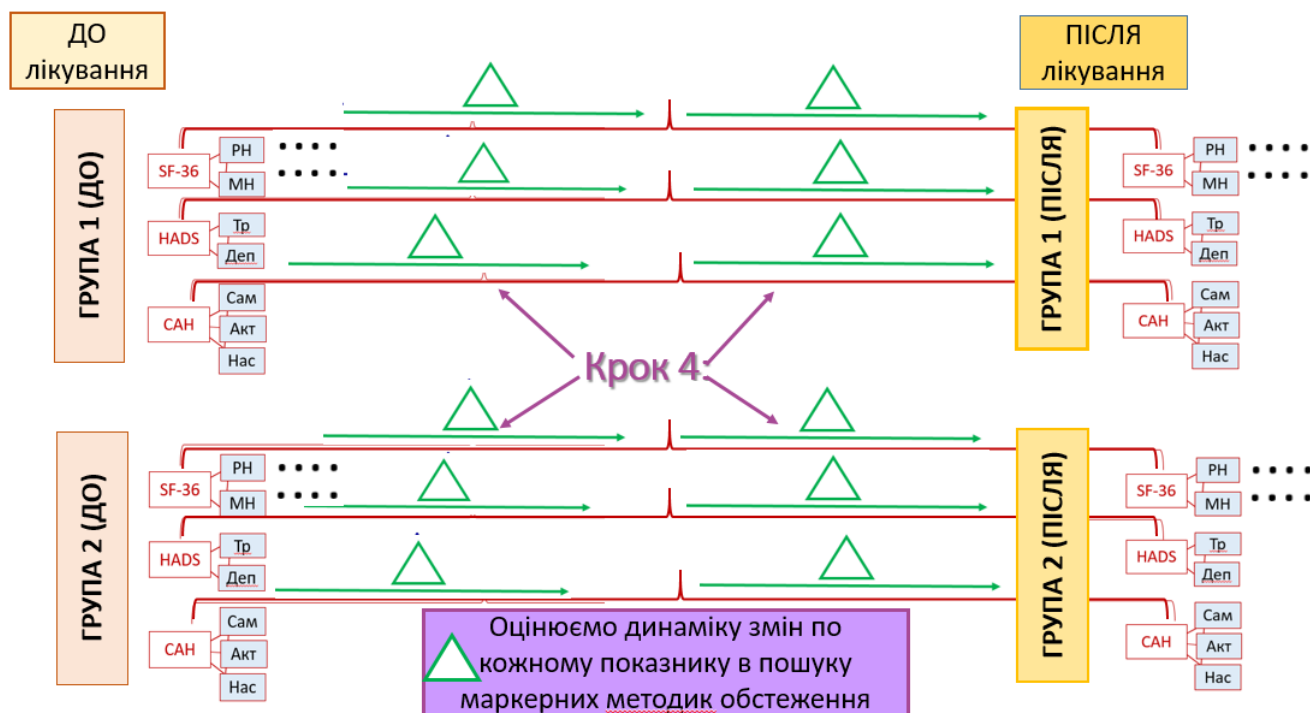


Рис. 2.1.3. Дизайн дослідження, крок 4.



Рис. 2.1.4. Дизайн дослідження, деталі оцінки динаміки показників опитування за шкалою якості життя SF-36.

2.2 Вибірка дослідження

На базі клініки ДУ «ІМРО НАМНУ» ім. С. П. Григор'єва обстежено та проліковано 20 пацієнток на РГЗ T1-2N0-1M0 стадій віком від 37 до 76 р. (медіана – 57 років), які склали основну групу. 20 здорових осіб склали групу порівняння (включені жінки без онкологічної патології, віком від 32-65 років).

У всіх хворих спостерігався лімфатичний набряк в ранньому постопераційному період різного ступеню тяжкості. 20 здорових осіб склали групу порівняння.

Всіх хворих основної групи було прооперовано і згідно типу оперативного втручання основна група була розділена на 2 підгрупи:

I групу склали 9 хворих, яким виконано квадрантектомію грудної залози з регіонарною лімфодисекцією.

II групу склали 11 хворих, яким виконано радикальну мастектомію за Маденом.

У дослідження не включалися пацієнти з віддаленими метастазами, метастазами в надключичні лімфовузли, з наявністю порожнин розпаду в пухлині або окремих пухлинних осередків в іншій грудній залозі, з важкими супутніми захворюваннями у стадії декомпенсації.

Всі дослідження виконувалися під контролем Комітету з біоетики і деонтології інституту. Обстежені пацієнти були проінформовані про дослідження і дали згоду на його проведення.

2.3 Загальна характеристика методів дослідження

Усі пацієнти основної групи проходили загальне клінічне обстеження. Отримано гістологічне підтвердження діагнозу при проведенні трепан-біопсії пухлини. Виконано дослідження органів грудної, брюшної порожнини, малого таза на комп'ютерному томографі «Toshiba Aquilon 64» з метою виявлення поширеності процесу, ураження регіонарних лімфовузлів та віддаленого метастатичного процесу. Загальний соматичний статус хворих оцінювався як задовільний.

Клініко-психологічний метод включав структуроване клінічне інтерв'ю. Психодіагностичне дослідження проводили для визначення психоемоційного стану пацієнток після мастектомії та оцінки рівня їх якості життя. Для оцінки психологічного статусу хворих використовувалися [12, 23]:

1. Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS (Додаток 2);
2. Опитувальник диференційованої самооцінки функціонального стану: самопочуття, активності, настрою – САН (Додаток 3);
3. Опитувальник SF-36 (Short Form) (Додаток 4).

Характеристика «Госпітальної шкали тривоги та депресії – HADS».

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (Hospital Anxiety And Depression Scale, HADS) розроблена А. S. Zigmond і R. P. Snaith в 1983 р. для виявлення та оцінки тяжкості тривоги і депресії в умовах загальномедичної практики та адаптована у 1993 р. [19]. Шкала складається з 14 тверджень, які розподілені на 2 субшкали: «Тривога» і «Депресія». Пункти субшкали «Тривога» складені відповідно до принципів стандартизованого клінічного інтерв'ю (Present state examination) та особистим клінічним досвідом авторів, і відзначають переважно психологічні прояви тривоги. Пункти субшкали «Депресія» відібрані зі списку скарг і симптомів, що найбільш часто зустрічаються і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Кожному з 14 тверджень відповідають 4 варіанти відповіді, що надають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість) балів. При інтерпретації результатів враховується сумарний показник за кожною шкалою, при цьому виділяється три ділянки його значень: 0–7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії), 8–10 – субклінічно виражена тривога або депресія, ≥ 11 – клінічно виражена тривога і депресія.

Характеристика «Опитувальника диференційованої самооцінки функціонального стану: самопочуття, активності, настрою – САН».

Опитувальник диференційованої самооцінки функціонального стану: САН призначений для контролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою [23]. Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують

рухливість, швидкість і темп перебігу функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристик і емоційного стану (настрій).

Під час обробки отриманих даних оцінки респондентів необхідно перекодувати таким чином: індекс 3, який відповідає незадовільному самопочуттю, низькій активності та поганому настрою, приймається за 1 бал; наступний індекс 2 приймається за 2 бали; індекс 1 – за 3 бали і так до індексу 3 з протилежного боку шкали, який відповідно приймається за 7 балів (увага: полюси шкали постійно змінюються). Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. По цих «приведених балах» і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою. При аналізі функціонального стану важливими є не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення. Оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні. В міру наростання втомленості співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Характеристика «Опитувальника якості життя SF-36».

Показники якості життя були вивчені із застосуванням опитувальника SF-36 (Short Form) [1]. Опитувальник SF-36 містить 36 питань, які охоплюють 8 категорій якості життя.

Кількісно оцінювались наступні категорії:

1. Фізичне функціонування (PF), що відбиває ступінь обмеження фізичного стану для виконання фізичних навантажень.
2. Рольове фізичне функціонування (RP) – вплив фізичного стану на повсякденну діяльність людини.
3. Інтенсивність болю (BP) і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.
4. Загальний стан здоров'я (GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я зараз, а також перспектив лікування.

5. Життєздатність або життєва активність (VT) мається на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим.

6. Соціальне функціонування (SF) визначається ступенем обмеження фізичним або емоційним станом соціальної активності.

7. Емоційне функціонування (RE) передбачає оцінку ступеня впливу емоційного стану на виконання роботи.

8. Психологічне здоров'я (MH) характеризує настрій, наявність депресивної симптоматики та тривоги.

Всі шкали опитувальника об'єднані в 2 сумарних вимірювання: фізичний компонент здоров'я (1-4 шкали) та психічний компонент здоров'я (5-8 шкали)

2.4 Статистичні методи обробки даних

Статистично-математичний метод був реалізований за допомогою пакета статистичних програм для ПК Statistica Basic Academic 13 for Windows En локальна, ліцензійний номер (License Number): 139-956-866, при використанні непараметричних методів (критерій χ^2 Пірсона, критерій Манна – Уїтні, критерій Фішера (ф-критерій)) для малих вибірок, при порівнянні вибірок, що не мають нормального розподілу. Розходження вважали статистично значущим при $p < 0,05$.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Оцінка показників психоемоційного стану жінок в залежності від типу оперативного втручання.

Для оцінки особливостей психоемоційного стану жінок після лікування РМЗ була використана шкали HADS (Додаток 2), результати наведені в табл. 3.1.1.

Таблиця 3.1.1

Показники тесту HADS у жінок після лікування РМЗ

Показник	Група 1, n = 9	Група 2, n = 11
Тривога	3,73 ± 2,7	3.59 ± 1,84
Норма	7 (77,78 %)	10 (90,91 %)
Субклінічний рівень	2 (22,22 %)	1 (9,09 %)
Клінічний рівень	—	—
Депресія	3,93 ± 1,65	3,43 ± 1,52
Норма	6 (66,67 %)	9 (81,82 %)
Субклінічний рівень	3 (33,33 %)	2 (18,18 %)
Клінічний рівень	—	—

За результатами проведеного аналізу статистично значущих відмінностей між групами жінок після лікування РМЗ виявлено не було. Середні показники рівня тривожності в обох групах перебували в межах нормативних значень (Тр група 1 = 3,73 ± 2,7; Тр група 2 = 3,59 ± 1,84). Ознаки субклінічної тривожності спостерігались у 2 (22,22 %) жінок після квадрантектомії та у однієї (9.09 %) пацієнтки, яка перенесла радикальну мастектомію. Патологічний рівень тривожності не був зафіксований в жодній із досліджуваних груп.

Середні значення показника депресії в обох досліджуваних групах перебували в межах нормативних показників (Д група 1 = 3,93 ± 1,65; Д група 2 = 3,43 ± 1,52). Ознаки субклінічного рівня депресивних проявів виявлялися у

третини (33,33 %) жінок першої групи та у 2 (18,18 %) жінок другої групи. Випадків клінічно вираженої депресії у досліджуваних групах зафіксовано не було.

Аналіз психоемоційного стану жінок після лікування РМЗ за допомогою HADS показав, що рівень тривоги та депресії в обох групах в середньому відповідав нормативним значенням, а групи значуще не відрізнялись.

Таким чином, незважаючи на наявність у частини пацієнток субклінічних проявів тривожності й депресії, загальний рівень психоемоційного функціонування здебільшого залишався в межах нормативних показників та не залежав від виду проведеного хірургічного втручання.

Результати тесту диференційованої самооцінки функціонального стану «САН» наведені у табл. 3.1.2.

Оцінка психоемоційного стану обстежених за методикою САН, яка передбачає вимірювання за трьома шкалами: «Самопочуття», «Активність» та «Настрій», показники за якими вимірювались в межах від 10 до 70 балів, де < 30 балів – низький рівень, 31–50 – середній, > 51 – високий рівень функціонального стану.

Таблиця 3.1.2.

Середні показники за шкалами методики САН жінок після лікування РМЗ

Шкала	Група 1, бали	Група 2, бали
Самопочуття	32,45 ± 4,21	28,13 ± 4,15
Активність	33,18 ± 4,38	25,82 ± 5,23
Настрій	31,54 ± 2,29	29,64 ± 4,23

Всі три показники шкали САН були відносно нижчими у пацієнток після радикальної операції, в порівнянні з першою групою. Так по показникам самопочуття, активності та настрою ця різниця складала – 14 %, 22 %, 6 %, відповідно, що вказує на найбільш значущі відмінності по обмеженню активності у хворих 2 групи.

Розподіл пацієток 1 та 2 групи по рівням за шкалами методики САН наведено в таблиці 3.1.3.

Таблиця 3.1.3

Розподіл пацієток 1 та 2 групи за ознакою за шкалами методики САН, %

Шкала/рівень	Група 1	Група 2
Самопочуття		
Високий	22,22	18,18
Середній	55,55	27,27
Низький	22,22*	54,55*
Активність		
Високий	22,22	18,18
Середній	44,44	18,18
Низький	33,33*	63,63*
Настрій		
Високий	33,33	27,27
Середній	44,4	36,35
Низький	22,22	36,35
* $p_{\phi} < 0.05$		

При цьому за шкалою «Самопочуття» у жінок, які перенесли радикальну мастектомію, значно частіше фіксувалися низькі показники порівняно з пацієтками після квадрантектомії (54,55 % проти 22,22 % відповідно; $p_{\phi} < 0,05$), що вказує на менш сприятливе сприйняття власного фізичного стану в 2 групі, де більше половини жінок вказали низький рівень самопочуття.

Аналогічна тенденція, але ще з більш глибокими розладами, спостерігалася і за шкалою «Активність»: у групі після мастектомії частка пацієток із низьким рівнем активності була достовірно вищою, ніж у групі після квадрантектомії (63,63 % проти 33,33 %; $p_{\phi} < 0,05$), що свідчить про суттєве зниження життєвої енергії та обмеження рухової активності. Причому

низький рівень активності в межах 2 групи був майже вдвічі вищим, ніж по групі з квадрантектомією.

За шкалою «Настрій» у пацієнток 1 групи найчастіше виявлявся середній рівень, в той час як по 2 групі найпоширенішими станами виявились низький та середній рівні настрою, продемонструвавши однакові показники розповсюдженості по групі. При порівнянні обох груп встановлено, що у жінок після мастектомії кількість осіб із низьким рівнем емоційного фону дещо перебільшувала аналогічний показник в групі з квадрантектомією (36,35 % порівняно з 22,22 % у 1 групі), що вказує на найбільш виражене емоційне напруження та дискомфорт у хворих 2 групи.

Таким чином, аналіз психоемоційного стану жінок після лікування РМЗ за методикою САН показав, що найбільш важкі психоемоційні наслідки має саме радикальне хірургічне втручання. Жінки після радикальної мастектомії частіше відчують фізичну слабкість, зниження активності та загальне погіршення самопочуття і пригнічений настрій. Це підкреслює необхідність поглиблення комплексу реабілітаційних заходів шляхом розширеної психологічної підтримки, залучення пацієнток до групових занять та когнітивно-поведінкових методів терапії, і особливо чутливою групою, що потребує покращення психоемоційного стану, є категорія пацієнток після радикального хірургічного лікування РМЗ.

3.2. Оцінка показників якості життя хворих на РМЗ, що перенесли хірургічне лікування.

Дані ЯЖ, отримані за тестом SF-36 наведені в таблиці 3.2.1. Згідно з отриманими даними, у практично здорових осіб показники кожної з шкал наближалися до 100 балів, що свідчить про відсутність фізичних або психічних обмежень для виконання трудової (службової) діяльності, активного спілкування, фізичних навантажень і соціальної активності.

Таблиця 3.2.1.

Показники ЯЖ за даними тесту SF-36 (М ± m, бали)

Шкали тесту SF-36	Група 1. n = 9	Група 2, n = 11	Група порівняння, n = 20
PF	66,69 ± 8,29	73,24 ± 14,56	95,03 ± 1,59
RP	5,39 ± 8,78	32,89 ± 13,81	93,02 ± 2,87
BP	51,74 ± 12,37	83,03 ± 12,39	97,24 ± 1,68
GH	61,42 ± 14,43	52,75 ± 18,37	94,14 ± 2,61
VT	52,73 ± 16,07	57,88 ± 7,14	88,25 ± 2,35
SF	62,73 ± 8,41	71,68 ± 14,23	90,87 ± 1,17
RE	0,14 ± 0,31	62,01 ± 16,54	87,88 ± 3,12
MH	53,40 ± 10,01	54,96 ± 10,29	91,24 ± 2,03

Порівняльний аналіз показників якості життя за опитувальником SF-36 із використанням критерію Мана–Уїтні виявив достовірні відмінності між групою практично здорових осіб і жінками після лікування РМЗ за більшістю шкал (табл. 3.2.2, табл. 3.2.3).

Таблиця 3.2.2.

Порівняння обчислених та критичних значень критерію Манна–Уїтні при аналізі показників якості життя (SF-36) між групою 1 (n = 9) та групою порівняння

Шкала SF-36	U обчислене (U _{emp})	U критичне (α = 0,05)	U критичне (α = 0,01)	Статистичний висновок
PF	0	52	37	Достовірні відмінності
RP	0	52	37	Достовірні відмінності
BP	20	52	37	Достовірні відмінності
GH	0	52	37	Достовірні відмінності
VT	17	52	37	Достовірні відмінності
SF	20	52	37	Достовірні відмінності
RE	0	52	37	Достовірні відмінності
MH	19	52	37	Достовірні відмінності

Таблиця 3.2.3.

Порівняння обчислених та критичних значень критерію Манна–Уїтні при аналізі показників якості життя (SF-36) між групою 2 ($n = 11$) та групою порівняння ($n = 20$)

Шкала SF-36	U обчислене (U _{emp})	U критичне ($\alpha = 0,05$)	U критичне ($\alpha = 0,01$)	Статистичний висновок
PF	0	72	54	Достовірні відмінності
RP	20	72	54	Достовірні відмінності
BP	120	72	54	Недостовірні
GH	0	72	54	Достовірні відмінності
VT	20	72	54	Достовірні відмінності
SF	40	72	54	Достовірні відмінності
RE	100	72	54	Недостовірні
MH	39	72	54	Достовірні відмінності

У пацієток після операції показники фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування та загального стану здоров'я були достовірно нижчими порівняно з групою порівняння ($p_u < 0,01$), яка демонструвала стабільно високі значення. Аналогічно, у групі після операції спостерігався широкий розкид і нижчі середні значення за шкалами життєвої активності, соціального функціонування та психічного здоров'я, тоді як у здорових жінок ці показники були стабільнішими та вищими ($p_u < 0,01$).

За шкалою інтенсивність болю, рольового та емоційного функціонування у жінок після кадрантектomії зафіксовано достовірно нижчі показники порівняно з групою контролю ($p_u < 0,01$), але в групі після радикальної мастектомії цих розбіжностей не було виявлено. Загалом результати свідчать про суттєве зниження фізичного та психічного компонентів ЯЖ у жінок з РМЗ, що підтверджує необхідність подальших реабілітаційних заходів.

Порівняльний аналіз показників якості життя за опитувальником SF-36 із використанням критерію Мана–Уїтні виявив достовірні відмінності між групами жінок після лікування РМЗ (табл. 3.2.4).

Таблиця 3.2.4.

Порівняння обчислених та критичних значень критерію Манна–Уїтні між групою 1 та групою 2

Шкала SF-36	U обчислене (U_emp)	U критичне ($\alpha = 0,05$)	U критичне ($\alpha = 0,01$)	Статистичний висновок
PF	34,0	23	16	Недостовірні ($p > 0,05$)
RP	20,0	23	16	Достовірні ($p < 0,05$)
BP	20,0	23	16	Достовірні ($p < 0,05$)
GH	38,0	23	16	Недостовірні ($p > 0,05$)
VT	43,5	23	16	Недостовірні ($p > 0,05$)
SF	9,0	23	16	Достовірні ($p < 0,01$)
RE	32,0	23	16	Недостовірні ($p > 0,05$)
MH	38,0	23	16	Недостовірні ($p > 0,05$)

Аналіз показників якості життя в пацієток першої та другої груп засвідчив, що середні значення за шкалою фізичного функціонування загалом не відрізнялися між групами. Водночас більшість жінок повідомляли про труднощі під час виконання фізичних дій, що потребують значних зусиль. Зокрема, респондентки найчастіше відзначали обмеження. Разом із тим порівняльний аналіз розподілу відповідей (рис.3.2.1) виявив статистично значущі відмінності між групами 1 та 2 ($p_{\chi^2} < 0,01$), що свідчить про те, що жінки після мастектомії достовірно частіше демонстрували нижчі показники фізичного функціонування порівняно з пацієтками після квадрантектомії.

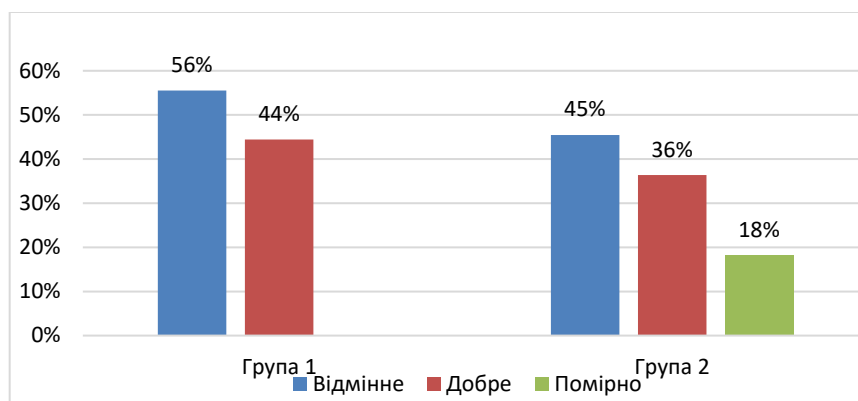


Рис. 3.2.1. Розподіл відповідей хворих групи 1 та 2 за шкалою RP

У жінок, які перенесли квадрантектомію, показники за шкалою RP були достовірно нижчими порівняно з пацієнтками після мастектомії ($p_u < 0,05$) (табл. 3.1.7), що свідчило про більш виражені обмеження у виконанні повсякденних ролей, зумовлені фізичним станом. Такі жінки частіше повідомляли про необхідність скорочувати час, витрачений на роботу, зменшувати її обсяг або докладати додаткових зусиль через фізичні проблеми, тоді як пацієнтки після мастектомії рідше зазначали подібні труднощі. Порівняння розподілу відповідей між групами виявило статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.2), що підтверджує: жінки після квадрантектомії достовірно частіше обирали низькі значення за шкалою RP, ніж пацієнтки після мастектомії.

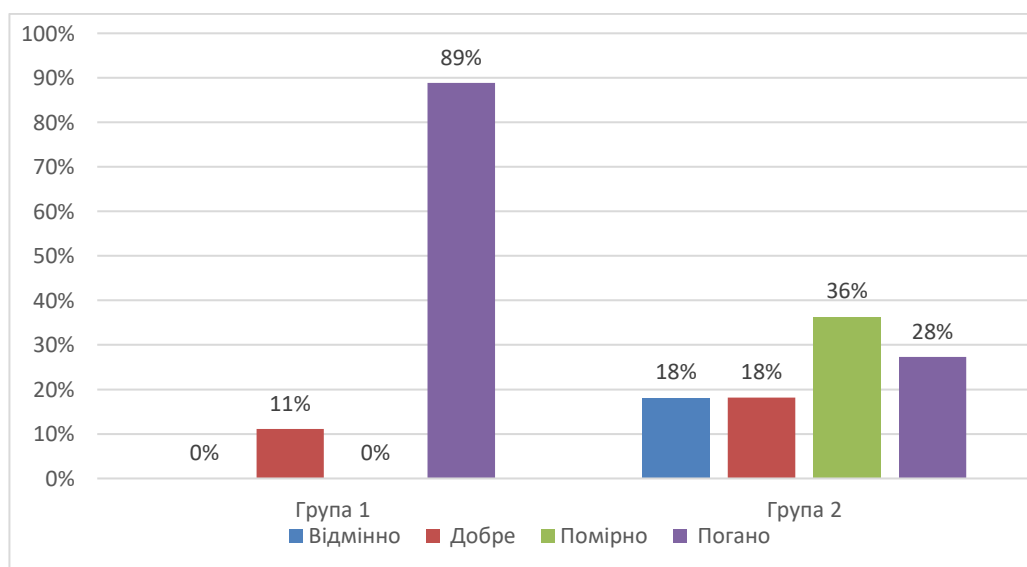


Рис. 3.2.2. Розподіл відповідей хворих групи 1 та 2 за шкалою RP

У пацієнток після квадрантектомії рівень тілесного болю за шкалою ВР був у 1,6 раза нижчим порівняно з жінками після мастектомії ($p_u < 0,05$) (табл. 3.2.4). Аналіз відповідей за опитувальником SF-36 показав, що зниження показника зумовлювалося переважно наявністю больових відчуттів помірного або вираженого ступеня. Саме ці больові прояви ускладнювали виконання трудових завдань і виступали додатковим чинником обмеження рольового фізичного функціонування. Порівняння розподілу відповідей між групами 1 та 2 виявило статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.3), що свідчить про те, що жінки після квадрантектомії частіше обирали низькі значення за шкалою ВР, ніж пацієнтки після мастектомії.

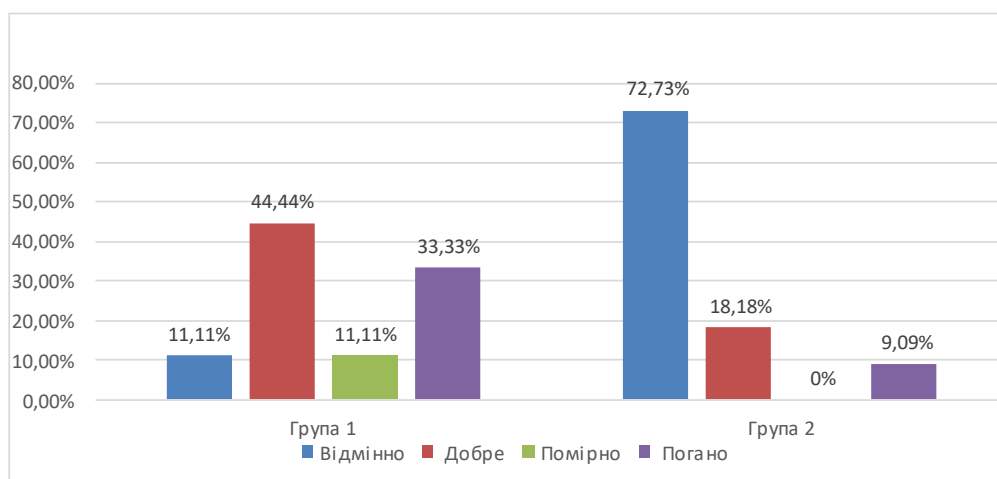


Рис. 3.2.3. Розподіл відповідей жінок групи 1 та 2 за шкалою ВР

Показники загального стану здоров'я за шкалою GH у жінок першої та другої груп істотно не відрізнялися (табл. 3.2.4). Водночас знижені значення GH у пацієнток після мастектомії були зумовлені суб'єктивним сприйняттям власного здоров'я як гіршого порівняно з більшістю інших людей, а також переконаністю у відсутності перспектив його покращення. Разом із тим аналіз розподілу відповідей між групами виявив статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.4), що свідчить про те, що жінки після мастектомії достовірно частіше обирали помірні та низькі значення за шкалою GH

порівняно з пацієнтками після квадрантектомії.

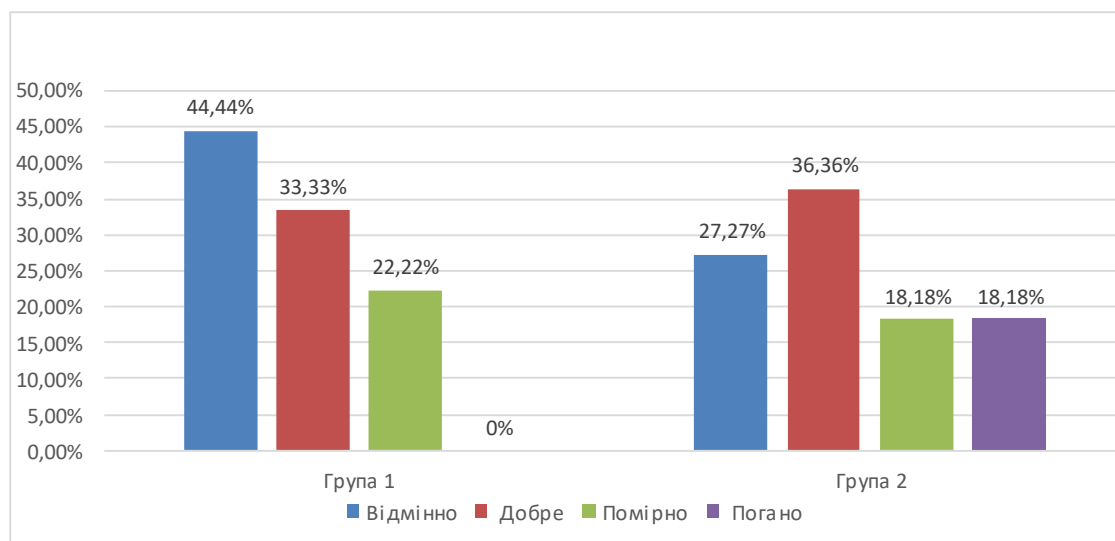


Рис. 3.2.4. Розподіл відповідей жінок груп 1 та 2 за шкалою GH

Незважаючи на те, що респонденти обох груп спостереження за шкалою VT повідомляли про відчуття втоми, зниження енергії, нервову напругу та емоційну пригніченість, однак рівень життєвої активності мав розбіжності в залежності від типу хірургічного втручання (табл. 3.2.4). Аналіз розподілу відповідей засвідчив наявність статистично значущих відмінностей між групами ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.5), що свідчить про те, що жінки після мастектомії достовірно частіше обирали помірні та низькі значення за шкалою VT порівняно з пацієнтками після квадрантектомії.

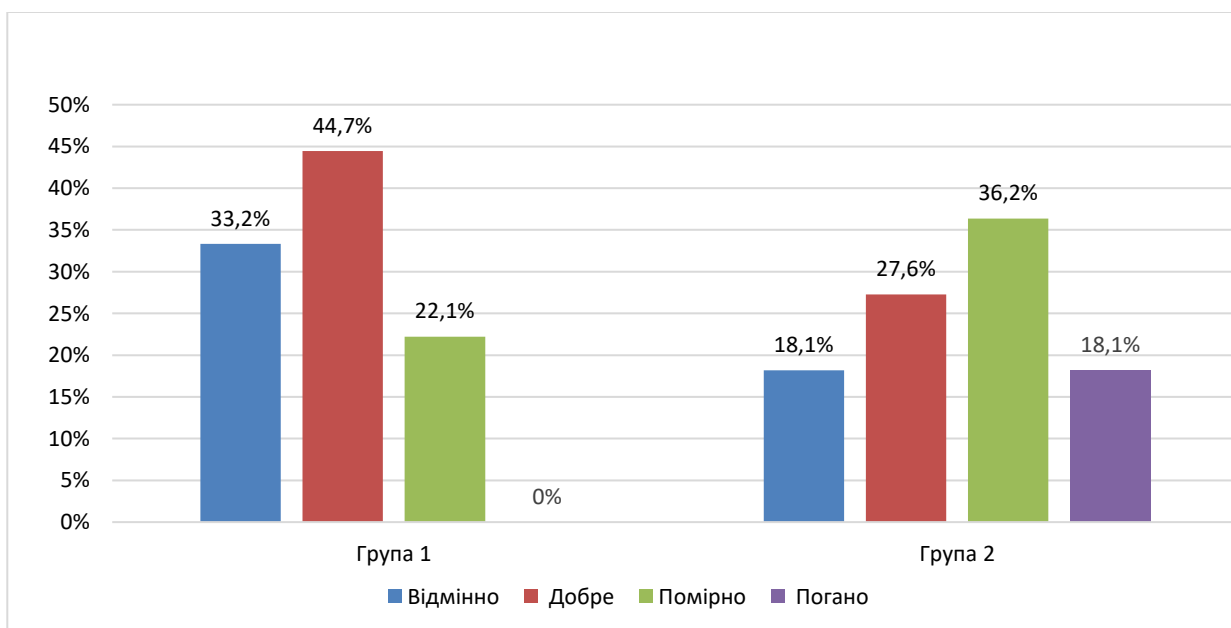


Рис. 3.2.5. Розподіл відповідей жінок груп 1 та 2 за шкалою VT

Показники, що відображають рівень соціального функціонування за шкалою SF, у жінок першої та другої груп мали суттєві відмінності ($p_u < 0,05$) (табл. 3.2.4). Аналіз розподілу відповідей засвідчив статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.6): пацієнтки після мастектомії достовірно частіше обирали варіанти, що відповідали помірному та низькому рівням соціального функціонування. Зокрема, відповідаючи на запитання щодо того, як часто протягом останніх чотирьох тижнів фізичний або емоційний стан перешкоджав активному спілкуванню з друзями чи родичами, усі жінки після мастектомії зазначали, що такі труднощі виникали «більшу частину часу».

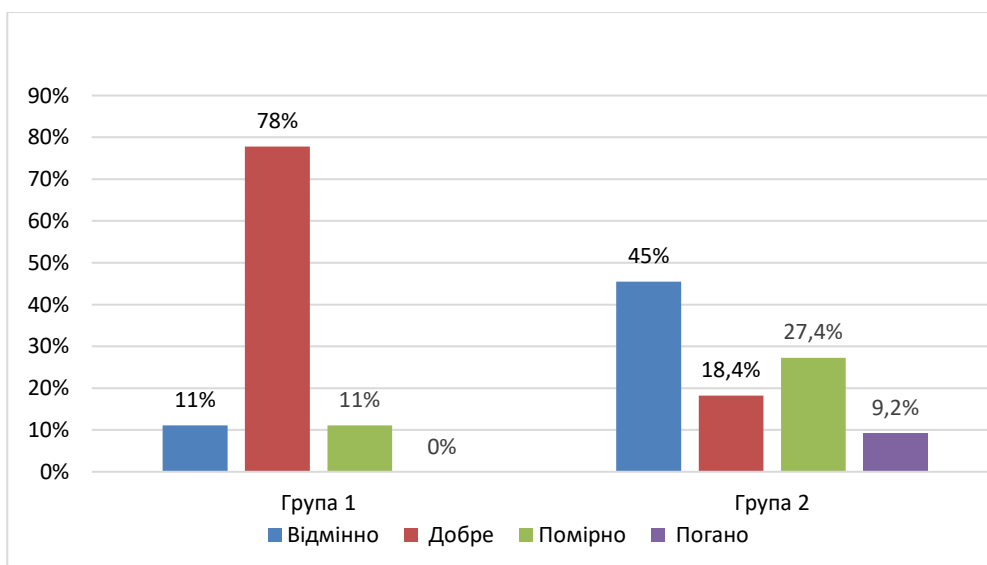


Рис. 3.2.6. Розподіл відповідей жінок групи 1 та 2 за шкалою SF

Було встановлено, що у всіх жінок, які перенесли квадрантектомію, спостерігалися виражені порушення рольового функціонування, зумовлені RE. Пацієнтки зазначали, що через зниження емоційного тону їм було складно виконувати професійні обов'язки у звичному обсязі, вчасно та з попередньою якістю. Середні значення рольового емоційного функціонування у жінок після квадрантектомії та після мастектомії значуще не відрізнялись (табл. 3.2.7). Аналіз розподілу відповідей виявив статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,01$) (рис. 3.2.4): усі пацієнтки після квадрантектомії обирали низькі значення за шкалою RE.

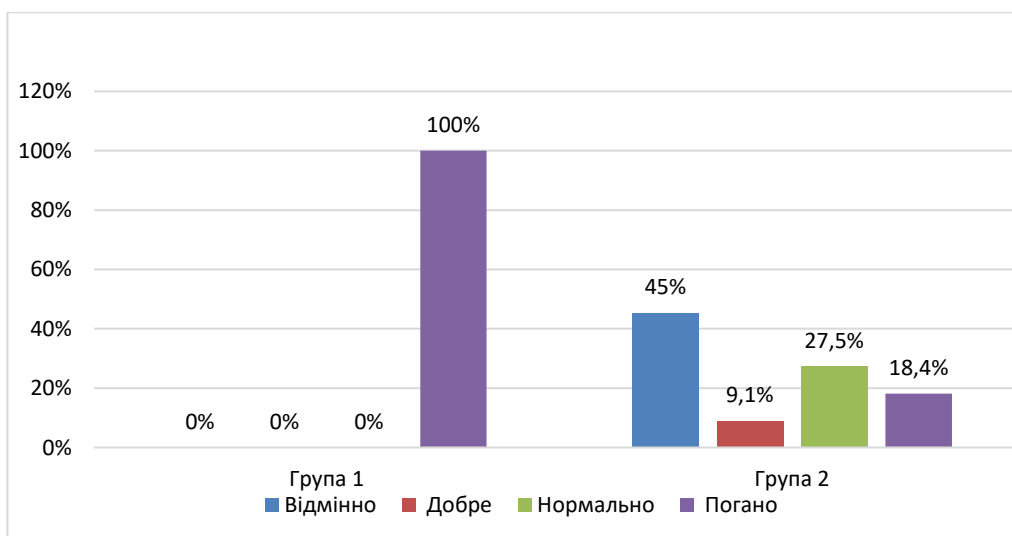


Рис. 3.2.7. Розподіл відповідей жінок груп 1 та 2 за шкалою RP, RE

Показники психічного здоров'я за шкалою МН у жінок першої та другої груп істотно не різнилися (табл. 3.2.4). Водночас аналіз розподілу відповідей засвідчив статистично значущі відмінності ($p_{\chi^2} < 0,05$): пацієнтки після мастектомії достовірно частіше обирали варіанти, що відповідали низькому рівню психічного здоров'я (рис. 3.2.8).

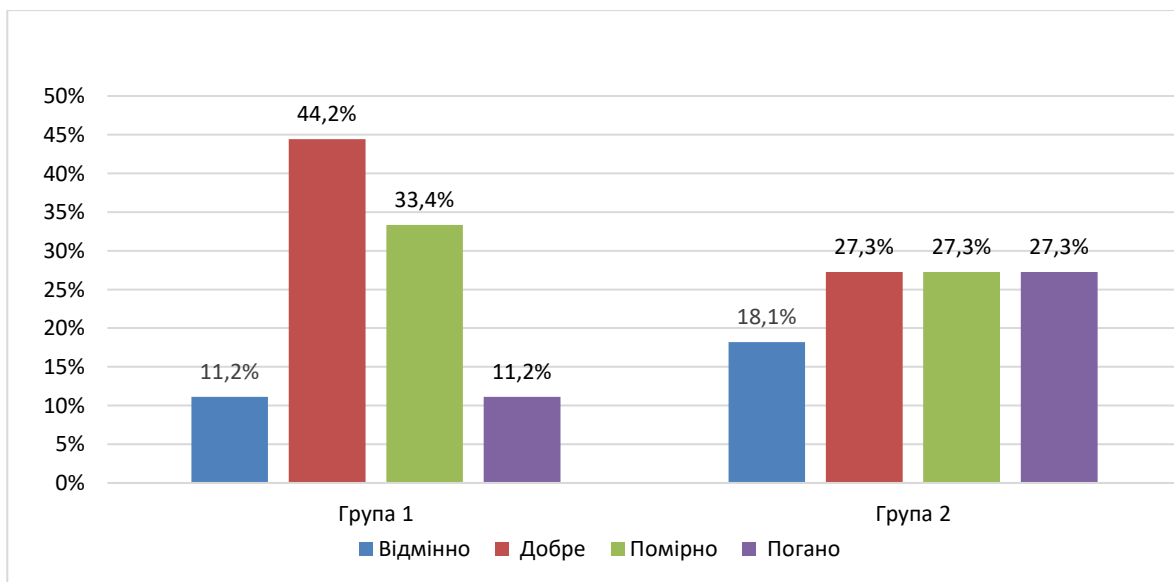


Рис. 3.2.8. Розподіл відповідей жінок груп 1 та 2 за шкалою МН

Отже, результати дослідження засвідчили, що жінки після лікування РМЗ характеризувалися істотно нижчими показниками як фізичного, так і психічного здоров'я порівняно з групою порівняння.

Пацієнтки після квадрантектомії достовірно частіше, ніж жінки після мастектомії, повідомляли про інтенсивні больові відчуття та зниження рольового функціонування, зумовлене як фізичними обмеженнями, так і емоційним станом, що негативно позначалося на їх працездатності.

Водночас жінки після мастектомії мали більш виражене зниження фізичного функціонування, частіше скаржилися на труднощі під час фізичних навантажень, оцінювали загальний стан здоров'я як незадовільний і висловлювали песимістичні очікування щодо його покращення. Для них також були характерні нижчі показники психічного благополуччя, підвищена

втомлюваність, емоційна пригніченість і нервова напруга, а також значні труднощі у сфері соціальної взаємодії з тенденцією до уникання контактів.

Згідно з аналізом загального профілю ЯЖ за опитувальником SF-36 жінок після лікування раку молочної залози, представленому на рис. 3.2.9, встановлено мішені роботи спеціалістів, що дозволить підняти рівень ЯЖ у жінок після лікування РМЗ з урахуванням виду перенесеного оперативного втручання.

Для жінок після мастектомії дуже важливо звертати увагу на фізичну реабілітацію, а саме навчання технікам адаптації до змін у фізичних можливостях, корекції відчуття безпорадності та допомога у подоланні негативних переконань про незворотність погіршення стану свого здоров'я. Надавати психоемоційну підтримку, що повинна включати роботу з переживаннями втрати, прийняття змін у тілі, формування позитивного образу себе. Підтримувати соціальну адаптацію, важливо залучення до груп підтримки та робота над впевненістю в собі при соціальних контактах.

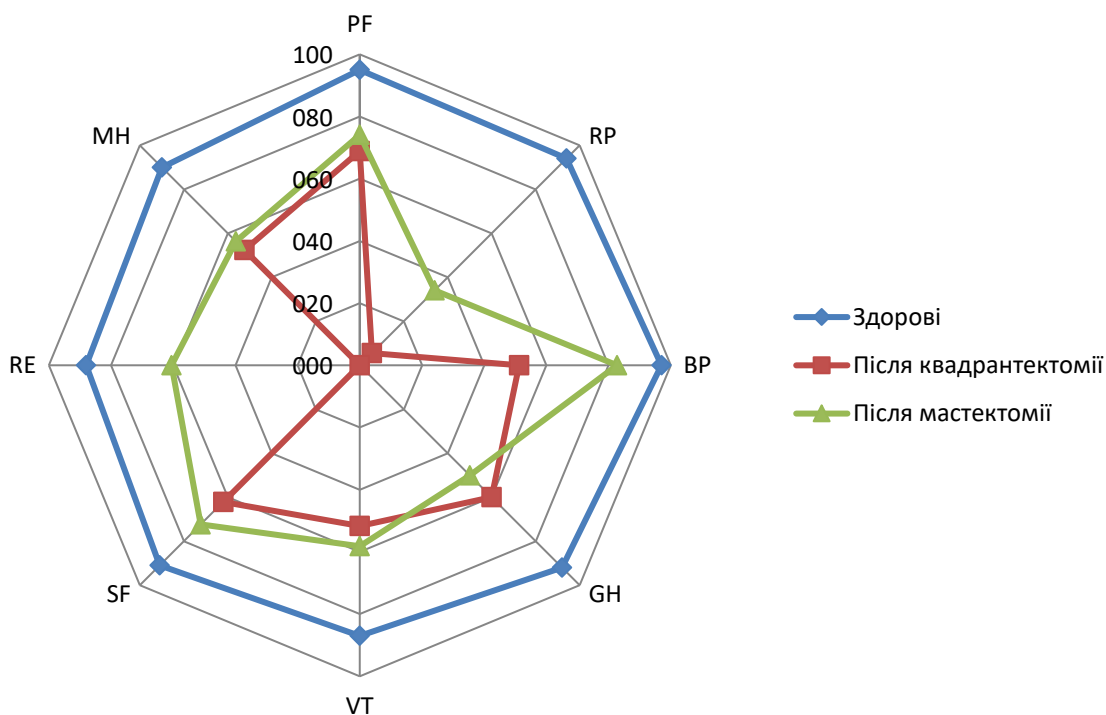


Рисунок 3.2.9. – Профілі якості життя за опитувальником SF-36 жінок після лікування РМЗ та групи порівняння

Для жінок після квадрантектомії основні акценти роботи повинні бути спрямовані на підтримку у відновленні емоційного ресурсу, використання технік психотерапії для зменшення сприйняття болю, навчання стратегій управління енергією, оптимізація навантажень у повсякденному житті для відновлення рольового функціонування та формування мотивації до повернення до активного життя.

Таким чином, психологічна підтримка має бути індивідуалізованою, з урахуванням особливостей впливу хірургічного втручання на ЯЖ кожної групи.

3.3 Фізичні наслідки лікування хворих

Післяопераційний період після мастектомії та квадрантектомії молочної залози супроводжується не лише психоемоційними змінами, а й низкою фізичних симптомів та функціональних обмежень, що значно ускладнюють побутове функціонування, обмежують працездатність, ускладнюють соціальну адаптацію та суттєво впливають на якість життя жінок.

Найбільш частою скаргою після операції у обстеженої групи жінок були: дискомфорт в руці, збільшення в розмірах, скованість в суглобах (є 3 основні перехідні складки які впливають на «протікання» лімфи: зап'ясток, ліктьова, плечова ділянки), набряклість, яка з часом збільшується в розмірах та стає більш щільною або імбібованною. Окрім вищезазначеного, деякі пацієнтки скаржилися на оніміння задньої поверхні кінцівки, іррадіацію болю в лопаткову ділянку зі сторони патологічних змін, неможливість підняти кінцівку доверху та ін., що значно впливало на їх загальне самопочуття та якість життя.

При детальному аналізі першої підгрупи серед 9 хворих, у 1 пацієнтки візуалізується лімфедема (11,1 %). При розгляданні другої підгрупи серед 11 хворих, у 3 пацієнтів візуалізується лімфедема (27,27 %). (рис. 3.3.1).

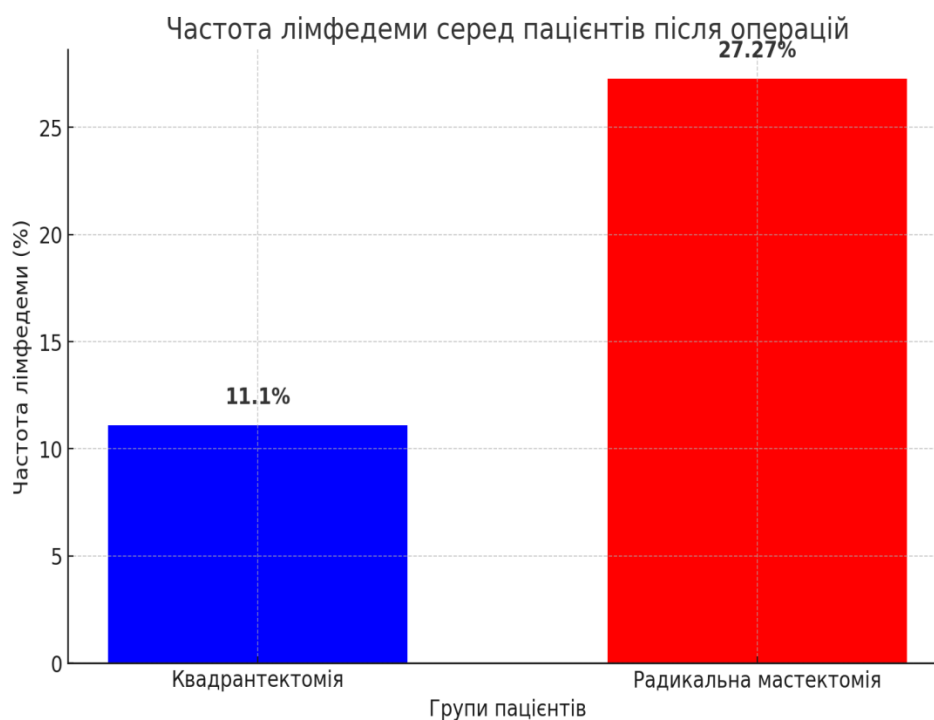


Рис 3.3.1 Частота лімфедери серед пацієнтів після операції

Причини які спонукають появи набряку лімфогенного характеру:

Загальні: здавлювання судини (гіпертонус м'язів, пухлина, стороннє тіло, та ін.); проблеми кровоносних судин (тромбоз, ембол різного походження, стаз, сладж-синдром, атеросклероз, васкуліти та ін.); інфекційні хвороби; нервові порушення (стрес, нервові розлади, неврози та ін.) та травми.

Післяопераційні: операційні втручання із залученням лімфатичних вузлів; піднімання важких речей та перенавантаження м'язів кінцівок (від 3 кг в ранньому постопераційному періоді).

Визначено симптоми при ускладненні у постопераційному періоді, які впливають на якість життя (приведено у таблиці 3.3.1).

Таблиця 3.3.1.

Розподіл основних симптомів постоперативних ускладнень відповідно до типу оперативного втручання

Симптом	Квадрантектomia (1)	Радикальна (3)
Біль	Був	Був
Скутість	Ну було	Була
Дискомфорт	Був	Був
Наявність тріщин	Не було	Були
Імбібіція тканини	Легкий ступінь	Була

Показники, за якими було класифіковано лімфогенний набряк:

А) Клінічні стадії розвитку лімфатичного набряку: 0 – порушений транспорт лімфи без видимого набряку; 1 – набряк зникає після підйому кінцівки або після нічного відпочинку; 2 – набряк повністю не зникає після підйому кінцівки; 3 – тривалий набряк, з трофічними змінами шкіри і деформацією кінцівки.

Б) Ступень поширення

1) *Легкий ступінь:* • з'являється систематично; • більш помітний на вечір, зникає вранці; • посилюється у випадку, якщо людина довго перебувала в одній позі (сидячи або стоячи).

2) *Середній ступінь:* • набряк не зникає; • шкіра ущільнюється, стає натягнутою, як вітрило; • після натискання на тканини залишається вм'ятина, яка «розправляється» повільно; • кінцівка втомлюється після незначного навантаження (один із головних симптомів лімфостазу після операції).

3) *Тяжкий ступінь*: • набряк виражений; • кінцівка втрачає нормальні контури; • на шкірі з'являються виразки, екзема.

Поширення набряку спостерігаються після квадрантектомії у однієї пацієнтки (легкий ступінь). Після радикальної мастектомії набрякові явища спостерігалися у трьох пацієнток (1 п. – середня ступінь; 2 п. – легкий ступінь; 3 п. – тяжкий ступінь.).

Серед найбільш поширених післяопераційних симптомів, які були зазначені пацієнтками як провідні фактори погіршення якості життя, біль, відчуття дискомфорту та імбібіція тканин (рис. 3.3.2).

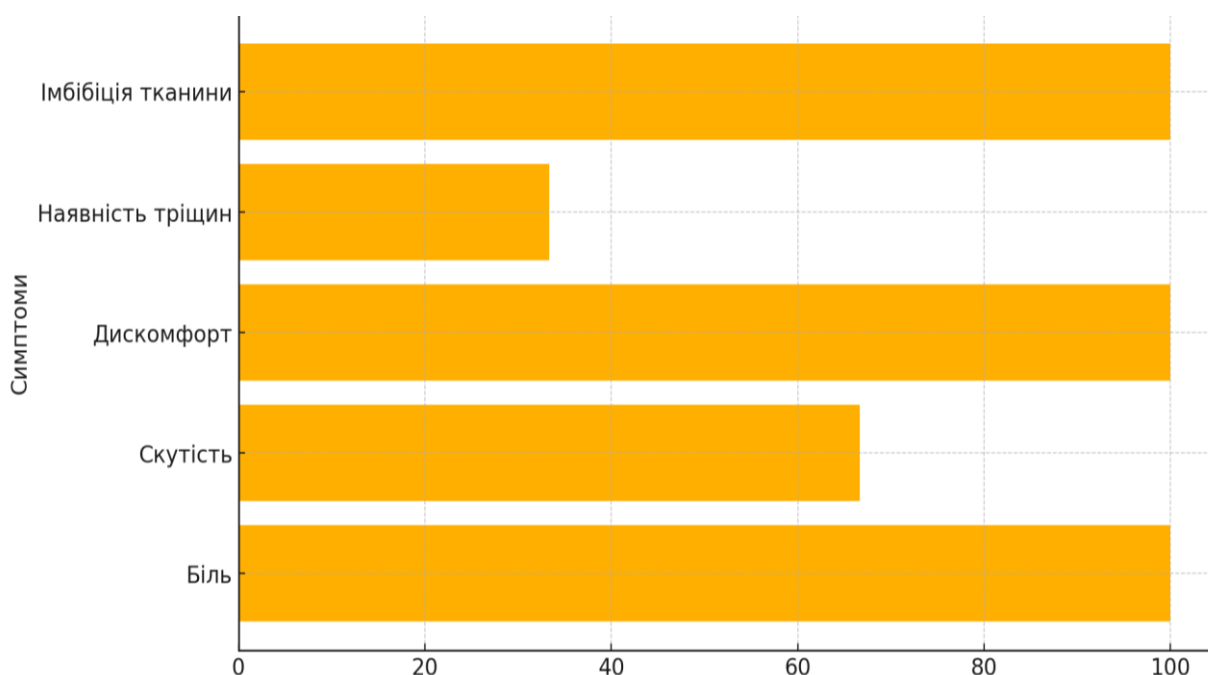


Рис 3.3.2 Розподіл скарг за частотою виявлення у хворих на рак молочної залози після операції (при набряку) (в %)

Як продемонстрував аналіз симптоматики в постопераційному періоді у жінок з РМЗ фізичні та функціональні ускладнення є поширеним явищем, що пов'язано з важкістю самого захворювання і великим об'ємом оперативного втручання. Обом клінічним групам були характерні больовий синдром, імбібіція тканин та відчуття дискомфорту. Але, на відміну від квадрантектомії, в групі з радикальною операцією частіше відзначалися скарги на наявність тріщин та скутість рухів.

Тип оперативного втручання при РМЗ має безпосередній вплив на процеси фізичного одужання та якість життя жінки через низку фізичних наслідків та психологічних ускладнень. Ключову роль в успіху реабілітаційних програм для пацієнток після оперативного втручання відіграє медична сестра, яка забезпечує професійний догляд, профілактику та усунення післяопераційних ускладнень, надає психологічну підтримку та допомагає жінці адаптуватися до адаптуватися до фізичних змін.

3.4. Роль медичної сестри у підтримці та реабілітації жінок після хірургічного лікування раку молочної залози

Особливо важливе місце в багатопрофільній медичній команді, яка допомагає пацієнткам з онкологічними захворюваннями, є медична сестра. Саме цей персонал забезпечує комунікацію між пацієнтом і лікарем, між суміжними спеціалістами та відділеннями, контролює виконання лікарських призначень, надає медичний догляд та психологічну підтримку, а також проводить моніторинг стану хворого, допомагаючи лікарям стежити за динамікою захворювання та реабілітації.

Роль медичної сестри в злагодженій команді фахівців дуже багатогранна: від виконання медичних процедур до контролю за станом пацієнток, від моніторингу побічних ефектів до реакції на лікування, від керування болем до дотримання схеми прийому ліків. Допомога медичної сестри – ключова ланка успішної реабілітації хворих на РМЗ. Саме ці фахівці надають комплексну підтримку жінці в цей складний період. Медсестри навчають пацієнток і членів їх родин правильному догляду за післяопераційними шрами; допомагають уникнути фізичних ускладнень після операції, таких як набряки, обмеження рухливості плечового суглоба та порушення постави; мотивують до фізичної активності і психологічної витривалості, допомагають впоратися з депресією, тривогою та страхом рецидиву, які часто виникають після діагностики та

лікування раку. Тож підтримка медичної сестри – це один з провідних факторів повернення жінки до повноцінного життя та оптимальної працездатності.

Працюючи у тісному контакті з лікарями та пацієнтами, медичні сестри виступають посередником, який координує роботу всієї мультидисциплінарної команди та реалізації лікувально-реабілітаційної програми. Важливою місією середнього персоналу в післяопераційному періоді є інформаційна підтримка та навчання жінок. Медична сестра, як найбільш дотичний медичний персонал до хворої, має можливість розповісти про методи профілактики та усунення ускладнень, пояснити суть реабілітаційних заходів, навчити правилам догляду за рубцями та профілактики лімфедми, що знижує тривожність через невідомість у найбільш вразливий для жінки період.

Вони допомагають налагодити індивідуальний контакт з пацієнткою, через який надавати психологічну підтримку та мотивувати її до одужання і повернення до соціальної активності. Емоціональна підтримка допомагає жінкам подолати страх, тривогу та депресивні стани, що пов'язані зі зміною образу тіла, покращити якість життя та наблизити повернення до звичайного ритму життя.

Але в рутинній практиці, перебуваючи в складному психоемоційному стані після операції, жінці складно запам'ятати весь обсяг інформації, яку отримує від медичних сестер та лікарів відносно реабілітаційних вправ та заходів, способу життя та характеру амбулаторного нагляду. Тож для оптимізації процесу навчання жінки і фіксації найбільш важливої інформації у зручному форматі було розроблено і запроваджено в клінічну практику ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва інформаційно-освітній буклет «Життя після мастектомії: крок за кроком до відновлення» (Додаток № 6).

Інформаційне наповнення буклету складає:

- Мотивуючий заклик до відновлення та повернення до звичайно ритму життя,

- Поради щодо покращення якості життя,
- Заходи з фізичної реабілітації та профілактики ускладнень,
- Шляхи та способи отримання психологічної підтримки,
- Інформація про ортопедичні вироби та компресійну білизну,
- Корисні контакти благодійних організацій та Національної служби здоров'я України,
- Контакти лікарів мультидисциплінарної бригади та графік консультацій,
- Заклик до необхідності регулярного догляду та обстеження у спеціалістів.

Інформаційно-освітній буклет призначено для використання під час післяопераційної консультації жінки і надання рекомендацій щодо подальших заходів з реабілітації, нагляду та способу життя. Користуючись буклетом, медична сестра має можливість зробити загальний огляд обов'язкової інформації, додати індивідуальні акценти для конкретної пацієнтки, звернути увагу на важливість дотримання комплексного підходу до всієї низки заходів, звернути увагу на корисні посилання і алгоритми звернення за спеціалізованою допомогою, розпланувати графік повторних візитів до спеціалістів. Запропонований формат інформаційно-освітнього матеріалу – є доступною і зручною стратегією інформування хворих на РМЗ, оптимізує використання робочого навантаження на медичний персонал, мінімізує втрату важливої інформації, запобігає помилкам або відхиленням від графіку реабілітаційних програм.

Досвід використання інформаційно-освітнього буклету «Життя після мастектомії: крок за кроком до відновлення» в клінічній практиці отримав схвальні відгуки від фахівців та високу зацікавленість з боку жінок, які отримали реальну допомогу у впорядкуванні своїх знань щодо поведінки в після операційному періоді, реабілітаційних заходах, корисних контактах та плануванні програми амбулаторного нагляду.

РОЗДІЛ 4. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

4.1 Порівняння результатів з іншими дослідженнями

Аналізуючи отримані дані дослідження психоемоційного стану та рівня ЯЖ жінок після лікування РМЗ можна виділити певні співпадіння та відмінності у динаміці показників з іншими науковими дослідженнями, присвяченими тематиці ЯЖ після лікування РМЗ. У порівнянні з даними із статей, що були проаналізовані, можна виокремити основні загальні тенденції та специфічні особливості, які характерні для жінок після різних типів оперативних втручань.

Бас О. та Стець В. у статті [4] зробили акцент на психологічних аспектах ЯЖ жінок після лікування. Автори зазначають, що емоційні та психічні розлади, зокрема депресія, тривожність, страх, можуть суттєво впливати на адаптацію жінок після хірургічного втручання. Це перегукується з отриманими нами результатами, які відображають, що хоча рівень тривоги та депресії у обстежених жінок після лікування РМЗ був у межах норми, але у частини жінок після мастектомії виявлялися субклінічні прояви депресивних і тривожних станів. Отримані результати підкреслюють необхідність психологічної підтримки таких жінок.

В статті [8] Вінник Ю. В. та співав. розглядають післяопераційні ускладнення після радикальних мастектомій. Вони підкреслюють, що постмастектомічний синдром включає обмеження рухів у плечовому суглобі, набряки, біль та зниження ЯЖ, що у свою чергу впливає на рівень фізичної активності. У роботі [31] Паєнок О. та Передерій А. акцентують увагу на наслідках радикальних операцій та необхідності фізичної реабілітації після мастектомії. Вони зазначають, що післяопераційні ускладнення, такі як лімфостаз, больовий синдром, контрактури суглобів, суттєво впливають на рухову активність жінок. Аналогічні тенденції з цими роботами простежуються у нашому дослідженні, де жінки після мастектомії мали значно нижчі

показники фізичного функціонування, ніж жінки після квадрантектомії. Крім того, у них були нижчі значення за шкалами «Самопочуття» та «Активність», що свідчить про більшу вираженість фізичних ускладнень після повного видалення МЗ. Однак у нашій роботі також відзначено, що жінки після квадрантектомії мали нижчі показники рольового фізичного функціонування, що може свідчити про труднощі у виконанні повсякденних завдань, незважаючи на відносно кращий фізичний стан у порівнянні з групою після мастектомії.

В статті [2] Аскольський А. В. та співавт. аналізують вплив поліхіміотерапії на ЯЖ пацієнок з РМЗ. Автори підкреслюють, що хіміотерапія негативно впливає на фізичний та психоемоційний стан жінок, однак застосування кардіопротекторної терапії може покращити показники ЯЖ. У дослідженні, яке ми аналізуємо, питання впливу хіміотерапії не розглядається окремо, однак у ньому також наголошено на тому, що фізичні обмеження після операції супроводжуються зниженням життєвої активності та психоемоційним виснаженням.

Аналізуючи статтю Думанського Ю. В. та співавт. [14] встановлено, що незалежно від режиму хіміотерапії (системної чи селективної) показники ЯЖ після лікування мають тенденцію до покращення, але залишаються нижчими за норми. Це перегукується з результатами нашого дослідження, де також наголошується, що у порівнянні з контрольної групою жінки після операцій мали нижчі показники ЯЖ, проте різниця між групами мастектомії та квадрантектомії зберігається.

Таким чином, аналіз даних показує, що загальні тенденції, описані у главі 3. «Результати дослідження», співпадають із результатами наукових праць інших авторів, присвячених дослідженню післяопераційних наслідків лікування РМЗ. Зокрема, відзначено значний вплив типу операції на фізичні обмеження та психоемоційний стан жінок, що підтверджується у статтях про

постмастектомічний синдром та необхідність реабілітації. Також є подібності у висновках щодо психоемоційного стану жінок після мастектомії.

Основні відмінності між нашим дослідженням та існуючими роботами щодо наслідків лікування РМЗ полягають у фокусі досліджень: тоді як у нашій роботі увага приділяється саме порівнянню ЯЖ після різних типів операцій, інші дослідження розглядають більш ширший спектр факторів (хіміотерапію, радіотерапію, психологічну реабілітацію). Однак загальна динаміка залишається схожою: після лікування ЯЖ пацієнток значно знижується, проте наявність підтримувальних програм, реабілітації та психологічного супроводу здатна покращити її показники.

4.2 Перспективи покращення якості життя пацієнток

Покращення якості життя жінок, які перенесли лікування РМЗ, потребує комплексного підходу, що включає медичну, психологічну, соціальну та поведінкову складові. Нижче представлена деталізація кожної з цих стратегій.

Стратегія 1. Медична реабілітація.

Мета: Зменшення фізичних наслідків лікування, поліпшення рухливості, зниження болю та підвищення загальної витривалості організму.

Фізіотерапія: використання лазерної терапії, магнітотерапії, електростимуляції для зменшення болю, набряків та запален; масаж для зменшення ризику розвитку лімфостазу та поліпшення кровообігу; спеціальні вправи для профілактики контрактур плечового суглоба після мастектомії.

Лікувальна фізкультура: розробка індивідуальних програм відновлення, що включають м'яку розтяжку, аеробні вправи та силові навантаження; використання дихальної гімнастики для покращення насичення тканин киснем; плавання як ефективний метод реабілітації, що зменшує ризик ускладнень та покращує загальний тонус.

Медикаментозна підтримка: призначення препаратів для зменшення побічних ефектів хіміотерапії та гормональної терапії (знеболювальні,

препарати для підтримки кісткової тканини); вітамінно-мінеральні комплекси, що підтримують загальне здоров'я та імунну систему.

Стратегія 2. Психологічна підтримка

Мета: Попередження та лікування депресії, тривожних розладів, покращення самооцінки та емоційного стану.

Індивідуальні консультації: робота з онкопсихологом для зниження рівня тривожності та формування позитивного ставлення до життя; використання прийомів психотерапії для боротьби з негативними думками та страхом рецидиву раку; підтримка в прийнятті змін у зовнішності та розробка нових стратегій адаптації.

Групи підтримки: спілкування з іншими жінками, які пережили подібний досвід, зменшує відчуття ізольованості; взаємопідтримка сприяє більш ефективному проходженню реабілітаційного періоду; використання арт-терапії, музикотерапії, тілесно-орієнтованих практик.

Психоедукація: навчання методам емоційної саморегуляції; ознайомлення з науково обґрунтованими стратегіями подолання стресу та техніками релаксації.

Стратегія 3. Соціальна адаптація

Мета: Повернення жінки до нормального соціального життя, професійної діяльності, активної участі у сімейному та громадському житті.

Програми соціальної реабілітації: курси професійної перекваліфікації для жінок, які не можуть повернутися до попередньої роботи; організація соціальних ініціатив для підтримки жінок після лікування (благодійні фонди, волонтерські рухи).

Підтримка сім'ї та партнерських відносин: робота з психологами рідних пацієнток. консультації щодо покращення сексуального життя після лікування (робота з сексологами, гінекологами).

Державна підтримка: надання соціальних пільг та можливості отримання медичного страхування; впровадження реабілітаційних програм на рівні державних медичних закладів.

Стратегія 4. Здоровий спосіб життя

Мета: Запобігання рецидивам захворювання, покращення загального самопочуття та підвищення рівня енергії.

Збалансоване харчування: дієта, багата на антиоксиданти, вітаміни та мікроелементи; обмеження вживання цукру, трансжирів, шкідливої їжі; використання антиракової дієти.

Фізична активність: регулярна ходьба, йога, плавання або спеціально розроблені комплекси вправ (активний спосіб життя).

Контроль за психоемоційним станом: медитація, дихальні практики, усвідомленість; використання мобільних додатків для моніторингу рівня стресу та настрою.

Відмова від шкідливих звичок: відмова від куріння та вживання алкоголю як факторів ризику рецидиву.

Таким чином, перспективи покращення ЯЖ жінок після лікування РМЗ залежать від впровадження індивідуалізованих реабілітаційних програм, використання сучасних технологій, посилення соціальної підтримки, та залучення пацієнток до прийняття рішень щодо їхнього здоров'я. Комплексний підхід, що поєднує ці стратегії, дозволить жінкам не лише відновитися після хвороби, а й покращити своє фізичне та психоемоційне благополуччя, сприяючи їхній соціальній інтеграції та поверненню до активного життя.

4.3. Важливість міждисциплінарного підходу в покращенні результатів лікування

Жінки, які проходять мастектомію у зв'язку з лікуванням раку молочної залози, стикаються не лише з фізичними труднощами, а й із серйозними психологічними, соціальними та функціональними проблемами. Процес

відновлення потребує комплексного підходу, що включає участь фахівців різних галузей медицини та реабілітації. Міждисциплінарний підхід передбачає координацію зусиль онкологів, хірургів, фізіотерапевтів, психологів, ендокринологів, нутриціологів та соціальних працівників, що дозволяє забезпечити оптимальні результати лікування та реабілітації (рис. 4.3.1).

Ключову роль у відновленні жінок відіграють медичні сестри. Так, згідно «Посадової інструкції медичної сестри відділення онкологічної хірургії» вони мають шикорий спектр завдань та обов'язків (Додаток 5).

До обов'язків медичної сестри входять: участь у лікувально-діагностичному процесі, проводить забір крові для лабораторних досліджень, допомагає лікарю в проведенні діагностичних досліджень, веде щоденний контроль за наявністю медикаментів; систематично проводить роботу над удосконаленням своєї праці і підвищенням особистої кваліфікації, приймає активну участь в роботі сестринських конференцій; проводить прийом і здачу зміни чергування біля ліжка хворого; приймає хворих і знайомить їх з правилами внутрішнього розпорядку; чітко веде медичну документацію та ін.

Фізична реабілітація є ще одним важливим етапом у відновленні після мастектомії. Фізіотерапевти та лікарі-реабілітологи допомагають відновити рухливість руки, зменшити ризик розвитку лімфостазу, покращити м'язовий тонус та загальну витривалість організму. Спеціальні комплекси вправ, масаж, лімфодренажна терапія та фізіотерапевтичні процедури сприяють швидшому поверненню жінки до активного життя. Окрім того, ендокринологи відіграють важливу роль у контролі гормонального балансу, що є особливо актуальним для пацієнток, які отримують гормональну терапію, оскільки вона може впливати на стан кісткової системи, метаболізм і загальне самопочуття.

Окрім медичних аспектів, важливим компонентом реабілітації є психологічна підтримка. Втрата МЗ, побічні ефекти лікування та страх рецидиву можуть викликати у жінок депресію, тривожні розлади та труднощі у соціальній адаптації. Саме тому психологи та психотерапевти відіграють

важливу роль у процесі реабілітації, допомагаючи жінкам адаптуватися до нової реальності, прийняти зміни у зовнішності та впоратися з емоційним навантаженням. Групи підтримки також є ефективним способом зменшення почуття самотності та ізоляції, оскільки вони дають можливість обмінюватися досвідом з іншими жінками, які пережили подібний шлях. Використання когнітивно-поведінкової терапії допомагає жінкам змінити негативні переконання щодо свого тіла та покращити якість життя після лікування.



Рис. 4.3.1. Схема міждисциплінарного підходу у лікуванні жінок після лікування РМЗ

Не менш важливою є соціальна адаптація жінок після мастектомії. Соціальні працівники та волонтерські організації можуть сприяти інтеграції пацієнток у суспільство, надаючи їм необхідну інформацію щодо доступних програм реабілітації, соціальних гарантій, працевлаштування та перекваліфікації. Особливу увагу слід приділити фінансовій підтримці

пацієнток, оскільки багато з них стикаються з економічними труднощами під час лікування та реабілітації.

Важливу роль у відновленні після мастектомії відіграє також нутриціологія. Рациональне харчування допомагає організму швидше відновитися після операції та пройденого лікування, зменшує ризик запальних процесів, покращує загальний стан здоров'я. Дієтологи можуть розробляти індивідуальні плани харчування, які враховують потреби пацієнтки, сприяючи зменшенню втоми та покращенню енергетичного балансу.

Подальші перспективи покращення ЯЖ жінок після мастектомії включають розвиток персоналізованих реабілітаційних програм, впровадження телемедицини для дистанційної консультації пацієнток, створення мультидисциплінарних реабілітаційних центрів. Використання новітніх методів реконструктивної хірургії та впровадження передових фармакологічних засобів, які зменшують побічні ефекти лікування, можуть значно підвищити ефективність відновлення. Державна підтримка програм соціальної та психологічної реабілітації також є важливим напрямком, що може сприяти покращенню якості життя пацієнток після мастектомії.

Комплексний міждисциплінарний підхід дозволяє враховувати всі аспекти відновлення жінки після мастектомії – від медичної реабілітації до соціальної адаптації. Завдяки співпраці онкологів, хірургів, фізіотерапевтів, психологів, нутриціологів та соціальних працівників можливо не лише покращити фізичне здоров'я пацієнток, а й забезпечити їх емоційну рівновагу, впевненість у собі та активну участь у житті суспільства. Подальший розвиток міждисциплінарного підходу сприятиме створенню ефективних реабілітаційних стратегій, які відповідатимуть індивідуальним потребам кожної жінки.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що зміни фізичного, психічного та емоційно-поведінкового стану жінок після лікування раку молочної залози мають безпосередній вплив на загальні показники якості життя і залежить від типу оперативного втручання та ефективності реабілітаційних програм.

2. Дослідження психоемоційного стану жінок після хірургічного лікування продемонструвало незначні зміни, що, за виключенням поодиноких випадків субклінічних проявів тривожності та депресії, знаходилися в межах норми незалежно від виду оперативного втручання.

3. Аналіз компонентів фізичного здоров'я за шкалою оцінки якості життя визначив більш низькі показники загального стану у жінок з радикальною мастектомією, які частіше, ніж в групі з менш радикальним втручанням, відчували фізичну слабкість, виснаження і пригнічення. Характерними змінами внаслідок квадрантектомії визначено більш глибокі порушення рольового функціонування, які проявлялися у зниженні працездатності та вимушеному скороченні робочого часу.

4. За результатами дослідження больового синдрому в післяопераційному періоді встановлено його більшу інтенсивність та розповсюдженість в групі жінок після квадрантектомії, в якій показник інтенсивності тілесного болю у 1,6 разів перевищував аналогічні значення в групі після мастектомії і спостерігався в 3,6 разів частіше, відповідно.

5. Оцінка ментального компоненту якості життя продемонструвала достовірні розбіжності між групами з різним типом хірургічного лікування. Жінки, які перенесли мастектомію, мали негативні переконання щодо поліпшення свого стану, вказували на низькі показники психічного благополуччя, частіше відзначали пригніченість і нервозність, відчували більше труднощів у соціальній взаємодії. Найбільш значущим показником психічного стану жінок з менш радикальним втручанням було зниження емоційного фону.

6. Роль медичної сестри в проведенні реабілітаційних заходів після мастектомії набуває ключового значення і має поєднувати медичний догляд та психологічну підтримку, просвітницьку діяльність та допомогу з адаптацією до змін тіла, стати одним з провідних факторів повернення жінки до повноцінного життя та соціальної інтеграції.

7. Реабілітація жінок після лікування раку молочної залози має бути комплексною і включати фізичну, психологічну та соціальну підтримку, проводитися з урахуванням індивідуальних особливостей і типу перенесеного хірургічного втручання, показників якості життя та психоемоційного стану жінки в умовах хронічного стресу і соціальної напруги, які є сучасними реаліями в умовах збройної агресії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Згідно з отриманими даними визначено практичні мішені роботи спеціалістів, що дозволить підняти рівень якості життя у жінок після лікування раку молочної залози з урахуванням виду перенесеного оперативного втручання.

1. Для жінок після мастектомії в центрі уваги фахівців має бути фізична реабілітація, навчання технікам адаптації до змін тіла та покращення фізичної витривалості до навантажень, корекція відчуття безпорадності та допомога у подоланні негативних переконань щодо незворотності змін фізичного стану та негативних прогнозів на майбутнє здоров'я.

2. Психологічна підтримка після радикального втручання має включати роботу з переживаннями втрати, формуванням позитивного образу себе, прийняття змін у тілі, допомога у соціальній адаптації жінки.

3. Для пацієнток після квадрантектomії основні акценти професійної допомоги мають бути спрямовані на підтримку у відновленні емоційного ресурсу, використання методів когнітивно-поведінкової терапії з метою коригування сприйняття болю і навчання засобам з керування емоціями.

4. Фізична реабілітація хворих після квадрантектomії має бути спрямована на оптимізацію фізичних навантажень у повсякденному житті, враховувати необхідність відновлення рольового функціонування та мотивування повернення жінки до активного життя.

5. Допомога медичної сестри хворим на рак молочної залози є невід'ємною ланкою успіху лікувальних та реабілітаційних заходів. Перебуваючи у тісній комунікації з лікарями та пацієнтами, медичні сестри мають сприяти координації роботи в міждисциплінарних командах, надавати психоемоційну та інформаційну підтримку жінкам та їх рідним.

6. Використання інформаційно-освітнього буклету, розробленого в ході дослідження, допоможе покращити ефективність просвітницької роботи

медичної сестри на етапі реабілітації жінок після оперативного втручання, значно поглибить рівень обізнаності пацієнтів щодо захворювання та засобів профілактики його ускладнень, спростить доступ до корисних контактів, запропонує зручний формат для планування програми амбулаторного нагляду та суттєво оптимізує використання робочого навантаження на медичний персонал.

.СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анкета «Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя» (SF-36 v2 Health survey) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://clincasequest.academy/wp-content/uploads/sites/5/2023/11/sf-36-v2-health-survey.pdf>
2. Аскольський А. В., Сивак Л. А., Шевчук Л. А. та ін. Покращення якості життя хворих на рак грудної залози, які отримують антрацикліновмісну поліхіміотерапію // Клиническая онкология. – 2017. – № 2 (26). – С. 51–55
3. Базика Д. А., Литвиненко О. О., Бугайцов С. Г., Шахрай Г. Ф. Пошкодження шкіри і підшкірної жирової клітковини після променевої терапії у хворих на рак молочної залози // Проблеми радіаційної медицини та радіобіології. – 2021. – Вип. 26. – С. 18–35. – DOI: 10.33145/2304q8336q2021q26q18q35
4. Бас О., Стець В. Якість життя жінки з раком молочної залози – передумова психологічної реабілітації // Проблеми гуманітарних наук. Психологія. – 2024. – Вип. 53. – С. 9–15. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2312-8437.53.2024-1.1>
5. Білай СІ. Використання опитувальника SF-36 в оцінці якості життя у пацієнтів із уратним нефролітіазом, коморбідним з метаболічним синдромом. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2021;(4):44-50. DOI: 10.11603/1811-2471.2021.v.i4.12797.
6. Бондаренко І. М. Рак молочної залози. / І. М. Бондаренко, В. Ф. Завізіон, О. І. Асєєв. – 2011.
7. Бугайцов С. Г. Фізична реабілітація хворих на рак молочної залози у післяопераційному періоді // Одеський медичний журнал. – 2002.– № 6.– С. 74–76
8. Вінник Ю. В., Власенко В. Г., Баранова А. В. Фактори ризику та профілактика постмастектомічного синдрому при хірургічному лікуванні раку

молочної залози // ScienceRise: Medical Science. – 2020. – № 1(34). – С. 46–50. – DOI: 10.15587/2519-4798.2020.193288

9. Гаращенко О. О., Коноваленко В. Ф., Коноваленко С. В. Сучасні підходи до діагностики і лікування хворих на рак молочної залози // Онкологія. – 2021. – Т. 23. – С. 1–9. – DOI: 10.32471/oncology.2663-7928.t-23-1-2021-g.9320

10. Герасимчук П. О., Фіра Д. Б., Павлишин А. В. Оцінка якості життя, пов'язаної із здоров'ям у медицині // Вісник медичних і біологічних досліджень. – 2021. – № 1 (70). – С. 112–122. – DOI: 10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11882

11. Глобальний сайт ВООЗ - <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

12. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS>

13. Дрижак В. І., Бабанли Ш. Р., Демборинський І. В. Реабілітація хворих на рак грудної залози після виконання мастектомії // Клінічна хірургія. – 1998. – № 5. – С. 25–27

14. Думанський Ю. В., Бондар О. В., Ткаченко О. І. та ін. Порівняльна характеристика якості життя хворих на місцево-поширені форми раку грудної залози після проведення поліхіміотерапії в системному та внутрішньолімфатичному режимах // Клиническая онкология. – 2018. – Т. 8, № 3 (31). – С. 207–211.

15. Зуб В. О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30 // Клінічна та профілактична медицина. – 2023. – № 2. – С. 45–54. – DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

16. Квітка Д. М., Паламарчук В. О., Земсков С. В., Січінава Р. М. Введення поняття якості життя у практичну медицину // Clin. Endocrinol. Endocr. Surg. – 2021. – № 1. – С. 70–75.

17. Ковальов О. О. Війна як фактор ризику раку молочної залози / О. О. Ковальов, О. Г. Костюк, Т. В. Ткачук // Scientific progress: innovations, achievements and prospects : proceedings of XI international scientific and practical conference, Munich, Germany, 23-25 july 2023. - Munich : MDPC Publishing, 2023. - P. 34-38.

18. Ковальчук А. П., Хурані І. Ф. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення при лікуванні раку молочної залози (огляд літератури) // Вісник морфології. – 2009. – Т. 15, № 2. – С. 484–486.

19. Кокун О.М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. та ін. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.

20. Лібанова Е. М., Гладун О. М., Лісогор Л. С. та ін. Вимірювання якості життя в Україні. Аналітична доповідь. – Київ, 2013. – 48 с

21. Макаров О. В., Шпак В. С., Сокур І. В., Бузько Т. М. Оцінка ефективності методики фізичної реабілітації за допомогою вивчення показників якості життя EORTC QLQ-C30 ТА EORTC QLQ-BR23 у пацієнток після радикальної мастектомії // Вісник Запорізького нац. ун-ту. Серія: Фізичне виховання та спорт. – 2011. – № 1(5). – С. 122–126

22. Мереуцэ И., Zgurscaia S., Munteanu L. Воздействие стресса на психо-эмоциональное состояние женщин, страдающих раком молочной железы // Revista științifico-practică Info-Med. – 2007. – № 1(11). – С. 3–7.

23. Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН): <https://ru.scribd.com/document/924832315/%D0%A1%D0%90%D0%9D>

24. Мішалов В. Г. Ротація протеза молочної залози та якість життя пацієнток після аугментаційної мамопластики / В. Г. Мішалов, О. І. Захарцева, В. В. Храпач, Л. Ю. Маркулан // Серце і судини. - 2018. - № 2. - С. 54-59. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sis_2018_2_9

25. Модифікована хіміотерапія хворих на місцево-поширений рак молочної залози / О.Ф. Лигирда, К.О. Галахін, І.І. Смоланка, Ю.Й. Кудрявець, Н.А. Безденежних, Е.Р. Денека, Н.Ф. Лигирда, В.В. Сорокіна // Онкологія. — 2007. — Т. 9, № 3. — С. 208-216.

26. Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017. Т. 4, № 1. С. 91-95

27. Наслідки впливу воєнного стресу на репродуктивне здоров'я жінки / Т.Ф. Татарчук, О.О. ЄФІМЕНКО, О.С. Мироненко, Р.О. Мневєць // *Reprod. Endocr.* – 2024. – №. 72. – С. 28-34.

28. Нестеренко, В. Особливості використання опитувальника SF-36 у паліативних хворих онкологічного профілю. Експериментальна і клінічна медицина, 2023. 92(3), 73-85. <https://doi.org/10.35339/ekm.2023.92.3.nes>

29. Нефедова Т.О. Структурні особливості психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози // ГАБІТУС. – 2021'. – Вип. 28. – С. 86–93. – DOI <https://doi.org/10.32843/26635208.2021.28.14>

30. Паєнок О., Передерій А. Сучасні програми реабілітації жінок, хворих на рак молочної залози // Спортивна наука України. – 2017. – № 1 (77). – С. 43–50.

31. Паєнок О., Передерій А. Хірургічне лікування раку молочної залози: наслідки та потенціал для фізичної реабілітації // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2016. – № 4 (26). – С. 57–66.

32. Платовська С. О. Медсестринський фактор у засвоєнні алгоритму самообстеження молочної залози / С. О. Платовська, Л. М. Маланчук // Медсестринство. – 2015. №2. – С. 58–60.

33. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 12.09.2008 р. № 522/51 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12141>

34. Рак в Україні, 2022–2023. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / уклад.: З. П. Федоренко, О. В. Сумкіна, В. О. Зуб та ін. // Бюл. нац. канцер-реєстру України. – К., 2024. – № 25. – 129 с
35. Рафальська Я. Д, Косяченко К. Л. Аналіз захворюваності на рак молочної залози в Україні та місті Києві // Фармацевтичний журнал. – 2023. – Т. 78, № 3. – С. 39–47. – DOI: 10.32352/0367-3057.3.23.04
36. Сестринська справа / за ред. В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич. Київ: Медицина, 2017. 816 с.
37. Сучасні рекомендації щодо лікування місцево-поширеного раку молочної залози (огляд літератури) / Р. В. Сенютович, В. П. Унгурян, С. Ю. Кравчук та ін. // Буковинський медичний вісник. - 2017. - Т. 21, № 3. - С. 154-160. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2017_21_3_24
38. Танжарыков Е. С., Хожаев А. А., Мещанинов И. В. Послеоперационная консервативная реабилитация больных раком молочной железы // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – № 1. – С. 229–231
39. Устінов О. В. Медична реабілітація хворих на рак молочної залози // Український медичний часопис. – 2015. – № 12. – С. 30
40. Школьник М., Шаргородська Є. Реабілітаційна програма для пацієнтів з раком молочної залози // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2020. – Випуск 6. – С. 142–150 – DOI: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-21>
41. Abdelrahman S.M., Ibraheem M.H., Allam H., Sewram V. Factors affecting quality of life in women post mastectomy for breast cancer in Baheya Foundation (Egypt): 'A retrospective cohort study // BMC Women's Health. – 2025. – Vol. 25, № 1. – P. 43.
42. Abdi N., Mohebbi Z., Ghanbarzadeh S. et al. Spiritual Distress in Women With Breast Cancer: A Concept Analysis.// Scandinavian journal of caring sciences, 2025 39(3), e70046. <https://doi.org/10.1111/scs.70046>

43. Alanazi A. K., Lynch-Kelly D., Weaver M., Lyon D. E. A scoping review of psychological distress instruments in women with early-stage breast cancer during chemotherapy // *Cancer reports*. – 2023. – Vol. 6, № 6. – P. e1833. – DOI: <https://doi.org/10.1002/cnr2.1833>
44. Alicia D.R.J., Manuel G.S., Ignacio C.V.A. Physical prehabilitation in patients with breast cancer: a systematic review // *Supportive Care in Cancer*. – 2025. – Vol. 33, №1. – P. 71
45. Baumann F. T., Jensen W., Berling-Ernst A. et al. Exercise Therapy in Oncology—the Impact on Quality of Life and Side Effects // *Deutsches Arzteblatt international*. – 2024. – Vol. 121, № 10. – P. 331–337
46. Bayeh AB, Anberber E, Bogale GT. Where do breast cancer patients after curative-intent surgery stand in their Health-related Quality of Life (Hr-QoL) outcomes compared with health institution-based normal clients? A comparative cross-sectional study. *BMC Womens Health*. Published online December 20, 2025. doi:10.1186/s12905-025-04233-w
47. Binkley J.M., Harris S.R., Levangie P.K. et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer // *Cancer*. – 2012. – Vol. 118, Suppl. 8. – P. 2207–2216
48. Borromeo A.S., Catalig R.J., Ramos A. et.al. Nurse-enabled survivorship in early-stage breast cancer (1970-2024): A critical bibliometric review of models, outcomes, and PRO-driven workflows. *J Cancer Policy*. 2025;46:100664. doi:10.1016/j.jcpo.2025.100664
49. Boylan K.A., Dworetzky B.A., Baslet G. et al. Functional neurological disorder, physical activity and exercise: What we know and what we can learn from comorbid disorders // *Epilepsy & Behavior Reports*. – 2024. – Vol. 27. – P. 100682. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2024.100682>

50. Bray F., Laversanne M., Sung H. et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA Cancer Journal for Clinicians*. – 2024. – Vol. 74, № 3. – P. 229–263
51. Button E., Thamm C., Crichton M., et al. Patient Preferences for Cancer Nurses as Care Providers: A Systematic Review of Discrete Choice Experiments. *J Adv Nurs*. Published online November 21, 2025. doi:10.1111/jan.70398
52. Çalışkan BB, Şengün İnan F, Doğan R, Nazlı Y. Breast cancer in the cycle of hope and hopelessness: A qualitative research. *Eur J Oncol Nurs*. 2025;79:103024. doi:10.1016/j.ejon.2025.103024
53. Chen L., Zheng Y., Zheng D. et al. Research trends on lymphedema after mastectomy for breast cancer patients from 2000 to 2023: a scientometric analysis // *Frontiers in Oncology*. – 2025. – Vol. 15. – P. 1440966
54. Citgez B., Yigit B., Capkinoglu B., Altinkaya A. Effect of Radiotherapy on the Type and Timing of Breast Reconstruction After Mastectomy in Breast Cancer Patients // *Sisli Etfal Hastanesi Tip Bulteni*. – 2024. – Vol. 58, № 4. – P. 401–410. – DOI: <https://doi.org/10.14744/SEMB.2024.34033>
55. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomized trials / Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group // *Lancet*. – 2012. – Vol. 379, № 9814. – P. 432–444
56. D'Alessandro L, Palomares SM, Mancin S et al. Professional Roles, Skills and Advanced Educational Programs of Breast Cancer Nurses: A Scoping Review. *Nurs Open*. 2025 Oct;12(10):e70251. doi: 10.1002/nop2.70251.
57. Dominici L. et al. Association of Local Therapy With Quality-of-Life Outcomes in Young Women With Breast Cancer // *JAMA Surgery*. – 2021. – Vol. 156, № 10. – P. e213758
58. Dong X., Liu Y., Fang K. et al. The use of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer patients-meta-analysis // *BMC Psychology*. – 2024. – Vol. 12, № 1. – P. 619

59. Drozd C., Jacquinot Q., Paget-Bailly S., et al. Postcancer rehabilitation: multidisciplinary exercise - programme organisation and feasibility. *BMJ Support Palliat Care*. 2024:spcare-2024-005068. doi: 10.1136/spcare-2024-005068.

60. Effect of radiotherapy after breast conserving surgery on 10 year recurrence and 15 year breast cancer death: Metaanalysis of individual patient data for 10 801 women in 17 randomised trials / Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG // *Lancet*. – 2011. – Vol. 378, № 9804. – P. 1707–1716. – DOI: doi:10.1016/S0140-6736(11)61629-2

61. Ejlersen B. Adjuvant Chemotherapy in Early Breast Cancer // *Danish Medical Journal*. – 2016. – Vol. 63, № 5. – P. B5222

62. Faroughi F., Fathnezhad-Kazemi A., Sarbakhsh P. Factors affecting quality of life in women with breast cancer: a path analysis // *BMC Women's Health*. – 2023. – Vol. 23, № 1. – P. 578

63. Francis J., Baxter M., Giza D. et al. Patient-Reported Outcomes in Geriatric Oncology-Balancing Quality of Life and Therapeutic Effectiveness Using Primary Breast Cancer as a Model // *Drugs & Aging*. – 2025. – Vol. 42, № 1. – P. 1–7

64. Fteropoulou T., Tzounaka E., Amirova A. et al. Changes in health-related quality of life following breast cancer surgery: A systematic review of the literature on the role of surgical approaches // *European Journal of Surgical Oncology*. – 2025. – Vol. 51, № 1. – P. 109467. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2024.109467>

65. Gavric Z., Vukovic-Kostic Z. Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer // *Global Journal of Health Science*. – 2015. – Vol. 8, № 9. – P. 1

66. Gran I, Kamali A, Granath F, et al. Improved health-related quality of life and gender congruence after gender-affirming mastectomy-a prospective cohort study. *J Sex Med*. 2025;22(10):1882-1890. doi:10.1093/jsxmed/qdaf203

67. Hasan S., Chew K. S. Unmet Psychosocial Needs and Quality of Life of Young Women with Breast Cancer: A Scoping Systematic Review // *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. – 2024. – Vol. 25, № 11. – P. 3781–3788

68. Holt-Kedde I.L., Sadok N., Krabbe-Timmerman I.S., et al. Quality of Life after Alloplastic versus Autologous Breast Reconstruction: The Influence of Patient Characteristics on Outcomes. *Breast Care (Basel)*. 2025;20(2):95-110. doi:10.1159/000543677
69. Hong W, She Z, Liu X, Yang P. A comparative study of quality of life and psychosocial adaptability following modified radical mastectomy and breast reconstruction. *Sci Rep*. Published online November 26, 2025. doi:10.1038/s41598-025-29121-z
70. Kemin L, Rutie Y. A critical review of the progress in prevention and treatment of radiation-induced skin damage. *Front Oncol*. 2024;14:1395778. Published 2024 Nov 27. doi:10.3389/fonc.2024.1395778
71. Kim K.S., Shin K.H., Choi N., Lee S.W. Hypofractionated whole breast irradiation: new standard in early breast cancer after breast conserving surgery // *Radiation Oncology Journal*. – 2016. – Vol. 34, № 2. – P. 81–87
72. Konieczny M., Cipora E., Sygit K., Fal A. et al. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors // *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. – 2020. – Vol. 21, № 1. – P. 185–193
73. Kwan M. L., Cohn J. C., Armer J. M. et al. Exercise in patients with lymphedema: a systematic review of the contemporary literature // *Journal of Cancer Survivorship*. – 2011. – Vol. 5, № 4. – P. 320–336
74. Lan X., Xie H., Fu L., Peng W. Effects of mindfulness-based stress reduction on cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Frontiers in Oncology*. – 2024. – Vol. 14. – P. 1425563. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1425563>
75. Lee S.F., Aquilano M., Wong H.CY., et al. MASCC oncodermatology clinical practice statement: prevention and management of acute radiation dermatitis with Mepitel Film and Hydrofilm. Support // *Care Cancer*. 2025;33(12):1163. Published 2025 Dec 2. doi:10.1007/s00520-025-10218-0

76. Lee S.F., Wong H.CY, Robijns J., et al. Chronic skin toxicities in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of radiotherapy techniques. *Breast Cancer Res Treat.* 2025;212(1):1-12. doi:10.1007/s10549-025-07700-y
77. Li, D. H., Qiao, C., Tian, X. T., Ge, J. L. Early identification and prevention of depressive symptoms in breast cancer patients. // *World journal of clinical oncology.* 2025.– 16(7), 106792. <https://doi.org/10.5306/wjco.v16.i7.106792>
78. Li K., Chadha M., Moshier E., et al. Age-stratified analysis of health-related quality of life in patients with early-stage breast cancer receiving adjuvant radiation therapy and endocrine therapy. // *J. Geriatr. Oncol.*– 2025. –16(2):102195. doi:10.1016/j.jgo.2025.102195
79. Lilla C., Ambrosone C.B., Kropp S. et al. Predictive factors for late normal tissue complications following radiotherapy for breast cancer // *Breast Cancer Research and Treatment.* – 2007. – Vol. 106, № 1. – P. 143–150
80. Mahalq S., Lahlou L., Rammouz I. et al. Factors associated with psychological burden of breast cancer in women in Morocco: cross sectional study // *BMC Women's Health.* – 2023. – Vol. 23, № 1. – P. 590
81. Mehnert A., Veers S., Howaldt D. et al. Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients // *Onkologie.* – 2011. – Vol. 34, № 5. – P. 248–253
82. Mishra A., Nair J., Sharan A.M. Coping in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors and Need for Intervention: Systematic Review // *Breast Cancer : Basic and Clinical Research.* – 2023. – Vol. 17. – P. 11782234231209126
83. Nero D.D.S.M., de Lira C.R.N., da Silva Lima Paz C.L. et al. Effect of physical activity on depression, anxiety, and stress in women surviving breast cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials [Электронный ресурс] // *Journal of Health Psychology.* – 2024. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1177/13591053241298752>

84. Omari M., Amaadour L., El Asri A. et al. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: A systematic review // *Women's Health*. – 2024. – Vol. 20. – P. 17455057241276232
85. Penberthy J.K., Stewart A.L., Centeno C.F., Penberthy D.R. Psychological Aspects of Breast Cancer // *The Psychiatric Clinics of North America*. – 2023. – Vol. 46, № 3. – P. 551–570
86. Polyak K. Heterogeneity in breast cancer // *The Journal of Clinical Investigation*. – 2011. – Vol. 121, № 10. – P. 3786–3788
87. Reis, J. C., Travado, L., & Antoni, M. H. (2025). Advancing health psychology research in oncology: Biobehavioral models, stress pathways, and stress-management interventions for cancer patients. *International journal of clinical and health psychology* : IJCHP, 25(3), 100615. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100615>
88. Rubio I.T., Marotti L., Biganzoli L., et al. EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. // *Eur J Cancer*. –2024. – P. 198:113500. doi:10.1016/j.ejca.2023.113500
89. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26 Suppl 5:v8-v30. doi:10.1093/annonc/mdv298
90. Seyringer S., Pilz M. J., Jansen F. et. al. Cancer-specific utility instrument for health economic evaluations: A synopsis of the EORTC QLU-C10D user manual and current validity evidence // *European Journal of Cancer*. – 2025. – Vol. 217. – P. 115235. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2025.115235>
91. Song Q., Zhu Y.K., Liu H. et. al. Different exercise interventions on quality of sleep in breast cancer survivors-a network meta-analysis of randomized controlled trials // *Frontiers in Oncology*. – 2025. – Vol. 15. P. 1419613. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1419613>
92. Stubblefield M. D., McNeely M. L., Alfano C. M., Mayer D. K. A prospective surveillance model for physical rehabilitation of women with breast

cancer: chemotherapy-induced peripheral neuropathy // *Cancer*. – 2012. – Vol. 118, Suppl. 8. – P. 2250–2260. – DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.27463>

93. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA Cancer Journal for Clinicians*. – 2021. – Vol. 71, № 3. – P. 209–249

94. Tang W.Z., Mangantig E., Iskandar Y.H.P. et al. Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14, № 9. – P. e077067.

95. Tao L., Xiang Y., Zeng X. et al. Psychological-Distress Factors in Patients With Breast Cancer: A Qualitative Meta-Synthesis // *Journal of Clinical Nursing*. – 2024. – Vol. 33, № 12. – P. 4843–4859.

96. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409

97. Wang X., Dai Z., Zhu X. et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life of breast cancer patient: A systematic review and meta-analysis // *PloS One*. – 2024. – Vol. 19, № 7. – P. e0306643. – DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306643>

98. Yang, Y., Zhao, Y., Yao, K., et, al. The influence of cancer treatments on long-term psychological outcomes and quality of life in breast cancer patients. // *BMC cancer*. – 2025. – 25(1), 1403. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-14667-y>

99. Yin M, Gu K, Cai H, Shu XO. Association between chronic pain and quality of life in long-term breast cancer survivors: a prospective analysis. *Breast Cancer*. 2023;30(5):785-795. doi:10.1007/s12282-023-01472-3

100. Zhan Y., Feder S. L., Lustberg M. et al. Health-Related Quality of Life in Women With Metastatic Breast Cancer: An Integrative Review [Электронный ресурс] // *Journal of Advanced Nursing*. – 2024. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1111/jan.16643>

101. Zhang D., Xiong X., Ding H. et al. Effectiveness of exercise-based interventions in preventing cancer therapy-related cardiac dysfunction in patients with breast cancer: A systematic review and network meta-analysis // International Journal of Nursing Studies. – 2025. – Vol. 163. – P. 104997. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.104997>

ДОДАТОК 1

Список хворих, обстежених у ході виконання роботи

№ з/п	П.І.Б.	№ історії хвороби
1	К-ва Л.И.	92228
2	Ш-н Л.В.	41656
3	К-ва Р.О.	32454
4	Р-ва Н.В.	42820
5	П-я В.Г.	42181
6	З-я Р.И.	28789
7	Т-н В.И.	43138
8	С-ва Р.Т.	40975
9	Т-ли Л.И.	43313
10	З-ко Е.В.	43962
11	Б-ва Л.Г.	44392
12	М-ва Л.В.	44836
13	М-ко Л.В.	44291
14	Т-рь Н.В.	44762
15	Б-ко В.Н.	39090
16	Л-ко Р.С.	38230
17	С-ва Л.П.	44832
18	П-ко Н.Г.	44897
19	К-я Л.А.	45623
20	М-ко Г.И.	45996

ДОДАТОК 2**Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)**

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин”.

1. Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2. Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3. Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може осьось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4. Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
- 0 Безумовно це так.
 - 1 Напевно, це так.
 - 2 Лише в дуже малому ступені це так.
 - 3 Зовсім не здатний.
5. Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
- 3 Постійно.
 - 2 Велику частину часу.
 - 1 Час від часу і не так часто.
 - 0 Тільки іноді.
6. Д Я відчуваю бадьорість.
- 3 Зовсім не відчуваю.
 - 2 Дуже рідко.
 - 1 Іноді.
 - 0 Практично весь час.
7. Т Я легко можу сісти і розслабитися.
- 0 Безумовно це так.
 - 1 Напевно, це так.
 - 2 Лише зрідка це так.
 - 3 Зовсім не можу.
8. Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
- 3 Практично весь час.
 - 2 Часто.
 - 1 Іноді.
 - 0 Зовсім ні.
9. Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
- 0 Зовсім не відчуваю.
 - 1 Іноді.
 - 2 Часто.

3 Дуже часто.

10. Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12. Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13. Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14. Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

ДОДАТОК 3

Типова карта методики САН

Прізвище, ім'я _____

Стать _____ Вік _____ Дата _____

ІНСТРУКЦІЯ. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3210123	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3210123	Почуваюся слабким
Пасивний	3210123	Активний
Малорухливий	3210123	Рухливий
Веселий	3210123	Сумний
Добрий настрій	3210123	Поганий настрій
Працездатний	3210123	Розбитий
Сповнений сил	3210123	Знесилений
Повільний	3210123	Швидкий
Бездіяльний	3210123	Діяльний
Щасливий	3210123	Нещасливий
Життєрадісний	3210123	Похмурий
Напружений	3210123	Розслаблений
Здоровий	3210123	Хворий
Байдужий	3210123	Захоплений
Спокійний	3210123	Схвилюваний

Захоплений	3210123	Сумовитий
Радісний	3210123	Печальний
Відпочивший	3210123	Стомлений
Свіжий	3210123	Виснажений
Сонливий	3210123	Збуджений
Бажання відпочити	3210123	Бажання працювати
Спокійний	3210123	Стурбований
Оптимістичний	3210123	Песимістичний
Витривалий	3210123	Втомлений
Бадьорий	3210123	Млявий
Думати важко	3210123	Думати легко
Розсіяний	3210123	Уважний
Сповнений сподівань	3210123	Розчарований
Задоволений	3210123	Незадоволений

ДОДАТОК 4

Short Form-36 (SF-36)

1. Загалом, ви б сказали, що ваше здоров'я:

Відмінне	Дуже добре	Добре	Незадовільне	Дуже слабке
----------	------------	-------	--------------	-------------

2. У порівнянні з минулим роком:

Набагато краще, ніж рік тому	Трохи краще, ніж рік тому	Таке саме	Трохи гірше, ніж рік тому	Набагато гірше, ніж рік тому
------------------------------	---------------------------	-----------	---------------------------	------------------------------

3. Наступні пункти стосуються того, чим ви можете займатися протягом звичайного дня. Чи обмежує вас ваше здоров'я у певних заняттях? Якщо так, то наскільки?

Енергійні заняття, такі як біг, підняття важких предметів, участь у важких видах спорту.

Так, значно	Так, незначно	Таке саме
-------------	---------------	-----------

4. Помірні дії, такі як перестановка столу, прибирання пилососом, гра в боулінг або гольф.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

5. Піднімати або нести продукти з магазину.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

6. Підніматися на кілька прольотів сходів.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

7. Підніматися на один проліт сходів.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

8. Нахилятися, ставати на коліна або нагинатися вниз.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

9. Ходити пішки більше 1,5 км.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

10. Пройтися пішки один квартал (300–600 метрів).

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

11. Пройтися пішки кілька кварталів (відстань до 1 км).

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

12. Приймати ванну або самотійно одягатися.

Так, сильно обмежено	Так, дещо обмежено	Ні, не обмежено
----------------------	--------------------	-----------------

Чи були у вас протягом останніх 4 тижнів будь-які з наведених нижче проблем на роботі або в інших звичайних повсякденних заняттях через поганий фізичний стан?

13. Через що вам доводилося скорочувати час, який ви витрачали на роботу чи іншу діяльність.

Так	Ні
-----	----

14. Виконували менше, ніж хотіли.

Так	Ні
-----	----

15. Були обмежені у виді роботи чи іншої діяльності.

Так	Ні
-----	----

16. Відчували труднощі при виконанні роботи чи іншої діяльності (наприклад, були потрібні додаткові зусилля).

Так	Ні
-----	----

Чи були у вас протягом останніх 4 тижнів будь-які з наведених нижче проблем на роботі або в інших регулярних повсякденних справах через емоційні проблеми (такі як відчуття депресії чи тривоги)?

17. Через що вам доводилося скорочувати час, який ви витрачали на роботу чи іншу діяльність.

Так	Ні
-----	----

18. Виконували менше, ніж хотіли.

Так	Ні
-----	----

19. Виконували роботу чи інші справи не так ретельно, як зазвичай.

Так	Ні
-----	----

20. Якою мірою за останні 4 тижні ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали вашій звичній соціальній активності з родиною, друзями, сусідами?

Зовсім не заважали	Трохи заважали	Помірно заважали	Значно заважали	Максимально заважали
--------------------	----------------	------------------	-----------------	----------------------

21. Який рівень фізичного болю ви відчували за останні 4 тижні?

Болі зовсім не було	Незначний біль	Легкий біль	Помірний біль	Сильний біль	Дуже сильний біль
---------------------	----------------	-------------	---------------	--------------	-------------------

22. Наскільки біль заважав вам виконувати звичну роботу (включаючи роботу поза домом та домашні справи) за останні 4 тижні?

Зовсім не заважали	Трохи заважали	Помірно заважали	Значно заважали	Максимально заважали
--------------------	----------------	------------------	-----------------	----------------------

Ці запитання стосуються того, як ви себе почували та що з вами відбувалося протягом останніх 4 тижнів. На кожне запитання, будь ласка, дайте одну відповідь, яка найбільш точно описує ваші відчуття.

23. Ви відчували себе сповненими бадьорості?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

24. Ви були дуже нервовими або дратівливими?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

25. Ви відчували себе настільки пригніченими, що ніщо не могло вас розвеселити?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

26. Ви відчували себе спокійними та умиротвореними?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

27. У вас було багато енергії?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

28. Ви відчували себе пригніченими та сумними?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

29. Ви відчували себе виснаженими?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

30. Ви відчували себе щасливою людиною?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

31. Ви відчували втому?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

32. Протягом останніх 4 тижнів, скільки часу ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали вашій соціальній активності (наприклад, відвідування друзів, родичів тощо)?

Увесь час	Більшу частину часу	Часто	Час від часу	Рідко	Жодного разу
-----------	---------------------	-------	--------------	-------	--------------

33. Наскільки ПРАВДИВИМИ чи НЕПРАВДИВИМИ є такі твердження:

Безумовно, це так	Загалом вірно	Не знаю	Загалом це не так	Безумовно, це не так
-------------------	---------------	---------	-------------------	----------------------

34. Я здоровий так само, як і всі, кого я знаю.

Безумовно, це так	Загалом вірно	Не знаю	Загалом це не так	Безумовно, це не так
-------------------	---------------	---------	-------------------	----------------------

35. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться.

Безумовно, це так	Загалом вірно	Не знаю	Загалом це не так	Безумовно, це не так
-------------------	---------------	---------	-------------------	----------------------

36. Моє здоров'я чудове.

Безумовно, це так	Загалом вірно	Не знаю	Загалом це не так	Безумовно, це не так
-------------------	---------------	---------	-------------------	----------------------

ДОДАТОК 5

**ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ
ВІДДІЛЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ХІРУРГІЇ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ТА ОНКОЛОГІЇ
ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
(ДУ «ІМРО НАМН УКРАЇНИ»)**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. директора ДУ «ІМРО НАМН України»

д.м.н., проф. Микола КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ

«___» _____ 20__ р.

**ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ
СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ
ВІДДІЛЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ХІРУРГІЇ
(КОД ЗА КП 3231)**

«___» _____ 20__ р.

№ _____

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Сестра медична відділення онкологічної хірургії (далі також – **сестра медична** або **працівник**) належить до професійної групи «Фахівці».

1.2. Працівника призначають на посаду сестра медична наказом директора ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва Національної академії медичних наук України» (далі – **Установа** або **ДУ «ІМРО НАМН України»**, або **Інститут**) з дотриманням вимог Кодексу законів про працю України та чинного законодавства про працю.

1.3. Звільнення працівника з посади відбувається за наказом директора Установи згідно чинного законодавства.

1.4. Працівник безпосередньо підпорядковується завідувачу відділення онкологічної хірургії (далі, відповідно, – **Завідувач відділення** та **відділення ОХ** або **підрозділ**) та сестрі медичній старшій відділення онкологічної хірургії.

1.5. Сестра медична відділення заміщується у випадку відпустки чи інших причин особою, яка відповідає необхідним вимогам сестри медичної певної категорії.

1.6. У своїй роботі сестра медична керується чинними положеннями, нормативними актами та документами, а саме:

- чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я;
- Основними нормативними документами з питань дезінфекції і стерилізації лікувально-профілактичних установах.
- Положенням про клініку Установи;
- Наказами та розпорядженнями директора Установи;
- Статутом ДУ «ІМРО НАМН України»;
- Колективним договором між роботодавцем та працівниками Інституту;
- положенням про відділення онкологічної хірургії;
- цією посадовою інструкцією;
- нормативними актами з охорони праці та техніки безпеки та іншими нормативними документами, що стосуються виконуваних завдань та обов'язків працівника.

1.7. Кваліфікаційні вимоги, завдання та обов'язки, права, відповідальність і система підпорядкування можуть бути уточнені чи доповнені відповідно до змін структури, задач і функцій структурного підрозділу, змін робочого місця та умов праці.

2. ЗАВДАННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ

Сестра медична вирішує наступні завдання та виконує наступні обов'язки:

- 2.1 Бере участь у лікувально-діагностичному процесі.
- 2.2 Чітко виконує лікарські призначення, обслуговує хворих з належною увагою.
- 2.3 Володіє усіма видами маніпуляцій та надає першу медичну допомогу при екстремальних випадках.
- 2.4 Дотримується санітарно-гігієнічних та протиепідеміологічних режимів на робочому місці.
- 2.5 Працює у відповідному вимогам гігієни спецодязі і спецвзутті, користується заходами індивідуального захисту і запобіжними пристроями.
- 2.6 Готує інструментарій до роботи.
- 2.7 Чітко виконує всі правила асептики і антисептики у відділенні, маніпуляційній.
- 2.8 Проводить забір крові для лабораторних досліджень.
- 2.9 Реєструє кров та кровозамінники.
- 2.10 Бере кров у тематичних хворих.
- 2.11 Під контролем лікаря визначає групи крові і резус-фактор, робить проби на індивідуальну чутливість і резус-сумісність, проводить переливання крові.
- 2.12 Допомагає лікарю в проведенні діагностичних досліджень.
- 2.13 Проводить бактеріологічний контроль за стерильністю.
- 2.14 Веде контроль за виконанням вимог санітарно-епідеміологічного режиму.
- 2.15 Володіє прийомами реанімації.
- 2.16 Веде щоденний контроль за наявністю медикаментів в наборі "швидкої допомоги" та в наборі "анафілактичний шок".
- 2.17 Отримує у сестри медичної старшої медикаменти для ін'єкцій.
- 2.18 Обробляє і здає на стерилізацію в централізовану стерилізаційну інструментарій та перев'язочний матеріал.
- 2.19 Систематично проводить роботу над удосконаленням своєї праці і підвищенням особистої кваліфікації, приймає активну участь в роботі сестринських конференцій.
- 2.20 Приймає участь в обході хворих разом з лікарем.
- 2.21 Проводить прийом і здачу зміни чергування біля ліжка хворого.
- 2.22 Приймає хворих і знайомить їх з правилами внутрішнього розпорядку.
- 2.23 Супроводжує хворих на консультації.
- 2.24 Веде санітарно-просвітницьку роботу.
- 2.25 Чітко веде медичну документацію.
- 2.26 Суворо дотримується медичної форми. Має охайний вигляд.
- 2.27 Суворо дотримується затвердженого графіка роботи.
- 2.28 Дотримується субординації у відношеннях з колегами.
- 2.29 Дотримується правил медичної етики та деонтології при роботі з хворими та їх рідними.
- 2.30 Виконує правила з охорони праці, техніки безпеки та протипожежних заходів.
- 2.31 Планово, 1 раз на рік, проходить диспансерний огляд.
- 2.32 Веде документацію по обліку та використанню наркотичних та психотропних речовин. Виконує призначення лікарів.
- 2.33 Знає й виконує вимоги нормативно-правових актів по охороні праці, правила поведіння з машинами, механізмами, устаткуванням та іншими засобами виробництва, користується засобами колективного й індивідуального захисту.
- 2.34 Знає і виконує Правила військового обліку в Україні.
- 2.35 Володіє державною мовою та застосовує її під час виконання службових

обов'язків відповідно до Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

3. ПРАВА

3.1. Сестра медична має права, визначені чинним законодавством України, Статутом Установи, а також Колективним договором Установи, цією інструкцією.

3.2. Має право знати усі умови праці та наявність на робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунені, і можливість їх негативної дії на здоров'я та його/її права на пільги за роботу в таких умовах при укладанні трудового договору, про що поставити особистий підпис.

3.3. Має право надавати пропозиції сестрі медичній старшій щодо покращання роботи на своєму робочому місці.

3.4. Має право знайомитися з проектами рішень керівництва Установи стосовно своєї діяльності, а також у визначених законодавством межах одержувати від відділу бухгалтерського обліку та звітності, планово-економічного відділу, відділу кадрів та інших відділів і служб Установи інформацію, яка стосується оплати її праці та здійсненні практичної діяльності підрозділу та Установи.

3.5. Має право брати участь в обговоренні виробничих питань з керівником і працівниками підрозділу, співробітниками інших структурних підрозділів та адміністрацією Установи; отримувати від керівника підрозділу необхідну технічну, консультативну та адміністративну допомогу для виконання обов'язків, передбачених даною посадовою інструкцією.

3.6. Має право на соціальне страхування від нещасних випадків і професійних захворювань.

3.7. Має право вимагати від керівництва забезпечення здорових та безпечних умов праці.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Працівник несе відповідальність на підставах та в межах, визначених чинним законодавством України:

4.1. За неналежне виконання чи невиконання своїх посадових обов'язків, передбачених цією посадовою інструкцією за кожним її пунктом.

4.2. За спричинення матеріальної шкоди — в межах, визначених чинним цивільним законодавством та законодавством про працю України.

4.3. За правопорушення, скоєні в процесі здійснення своєї діяльності, — в межах, визначених чинним трудовим, адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством України.

4.4. За недотримання правил, вимог та обов'язків з охорони праці, невиконання інструкцій з охорони праці, пожежної та радіаційної безпеки.

4.5. За порушення чи недотримання вимог технологічного процесу, санітарно-гігієнічних норм.

4.6. За порушення морально-етичних і деонтологічних норм, порушення прав пацієнтів.

4.7. За недотримання етичних вимог норм ділової і наукової етики та медичної деонтології.

4.8. За недотримання субординації у відношеннях з колегами.

4.9. За помилки і помилкові дії, а також невжиття необхідних заходів, що призвело до погіршення стану хворого або якості його обслуговування.

Працівник несе персональну відповідальність за невикористання або неповне використання своїх функціональних прав, що передбачені цією посадовою інструкцією.

5. ПОВИННА ЗНАТИ

Сестра медична повинна знати:

5.1 Чинне законодавство України, зокрема в частині охорони здоров'я, директивні і нормативні документи НАМН України, закон України про військовий обов'язок і військову службу, Статут Установи, Колективний договір Установи, Правила внутрішнього трудового розпорядку, інструкції з техніки безпеки та пожежної безпеки, чинні положення з порядку підготовки, підвищення кваліфікації і атестації кадрів, накази директора, інструкції та інші нормативні документи, які регламентують клінічну діяльність Установи і підрозділу.

5.2 Права, обов'язки та відповідальність сестри медичної.

5.3 Нормальну та патологічну анатомію та фізіологію людини.

5.4 Сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження, лікування хворих.

5.5 Особливості спостереження і догляду за хворими в гарячці, з порушеннями стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів тощо.

5.6 Маніпуляції у відповідності з профілем роботи.

5.7 Фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення.

5.8 Методики дезінфекції та стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів.

5.9 Організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів.

5.10 Основні принципи лікувального харчування.

5.11 Правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням.

5.12 Правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

6. КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

6.1. Освіта не нижче освітньо-професійного ступеня фахового молодшого бакалавра у галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» за спеціальністю «Медсестринство» за спеціалізацією (освітньою програмою) за дипломом «Медсестринство» («Сестринська справа», «Лікувальна справа»), «Акушерство» («Акушерська справа»). Спеціалізація (субспеціалізація) за відповідним профілем роботи (у разі потреби). Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

6.2. До роботи на посаді сестри медичної / брата медичного допускаються здобувачі вищої освіти другого (магістерського) рівня 4–6 років навчання у галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» за спеціальностями «Медицина», «Педіатрія» за наявності довідки про здобувача освіти, сформованої в Єдиній державній електронній базі з питань освіти, що подається щорічно.

7. СИСТЕМА ПІДПОРЯДКУВАННЯ І ЗВ'ЯЗКИ ЗА ПОСАДОЮ

7.1. Сестра медична в своїй роботі безпосередньо підпорядковується сестрі медичній старшій відділення, завідувачу відділення та медичному директору клініки.

7.2. У процесі роботи взаємодіє:

7.2.1. Зі сестрою медичною старшою відділення з усіх питань, пов'язаних з лікувальною діяльністю відділення.

7.2.2. З лікарями відділення та лікарями-фахівцями інших відділень з питань лікувально-діагностичного процесу.

7.2.3. З іншими сестрами медичними відділення та інших відділень клініки Установи, у випадку відпустки чи з інших причин відсутності, за згодою частково виконує обов'язки відсутнього.

7.2.4. Зі співробітниками клінічної та інших лабораторій з питань щодо отримання результатів обстеження хворого.

7.2.5. З сестрами медичними молодшими відділення з питань догляду за хворими та санітарно-епідеміологічного благополуччя відділення.

7.2.6. З лікарями-фахівцями під час щорічної диспансеризації.

7.3. Сестра медична у процесі роботи може особисто звертатися у встановленому порядку до:

7.3.1. Завідувача відділення з питань планування та виконання клінічної роботи,

адміністративних і технічних питань.

7.3.2. Сестри медичної старшої щодо з питань організації клінічної діяльності.

8. КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ РОБОТИ

8.1. Робота оцінюється:

- в процесі повсякденної діяльності – керівником структурного підрозділу;
- при розгляді питань щодо відповідності займаній посаді медичної сестри та присвоєння, зміни чи підтвердження кваліфікаційної категорії – атестаційною комісією Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» згідно правил і критеріїв, визначених діючим законодавством (чинною редакцією наказу Міністерства охорони здоров'я України про атестацію середніх медичних працівників).

8.2. Основними критеріями повсякденної оцінки праці медичної сестри є повнота, своєчасність та якість виконання завдань та обов'язків, які передбачені цією посадовою інструкцією.

9. МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ РОБОЧОГО МІСЦЯ, МАТЕРІАЛИ ТА УСТАТКУВАННЯ

9.1. Робоче місце сестри медичної відділення розташоване на 3 поверсі клінічного корпусу Установи.

9.2. На території відділення знаходяться 13 палат для хворих (3 палати підвищеної комфортності), 2 перев'язувальні, маніпуляційна кімната, кабінет завідувача відділенням, ординаторська, кабінети сестри медичної старшої та сестри-господині, сестринська, кімната молодших медсестер, кімната гігієни, санітарна кімната, чоловічий та жіночий туалети, та інші.

9.3. Робоче місце оснащено робочими столами (2 сестринських поста), де зберігаються облікові журнали, бланки та інша медична документація.

10. ОХОРОНА ПРАЦІ

Сестра медична:

10.1. Виконує тільки доручену роботу з дотриманням інструкцій з охорони праці.

10.2. Не розпочинає роботу без інструктажу з охорони праці, а також якщо умови її виконання суперечать відповідній інструкції.

10.3. Підвищує знання вимог охорони праці та пожежної безпеки і неухильно їх виконує; періодично підлягає перевірці знань з охорони праці і пожежної безпеки.

10.4. Організує своє робоче місце згідно з вимогами інструкцій з охорони праці; слідкує за безпечним станом устаткування, інструментів, сигналізації, заземлення; комплектністю засобів індивідуального захисту і спецодягу; постійно здійснює самоконтроль дотримання інструкцій з охорони праці, пожежної безпеки, правил трудового розпорядку Установи.

10.5. Щоденно до початку роботи:

- оцінює власну готовність до виконання запланованої/дорученої роботи;
- оцінює власний психофізичний стан; при нездужанні повідомляє про це керівника і звертається до лікаря;
- перевіряє готовність робочого місця, наявність і комплектність засобів індивідуального захисту;
- оцінює психофізичний стан підпорядкованих співробітників, проводить інструктаж і перевіряє їх готовність виконувати вимоги техніки безпеки, охорони праці, виробничої санітарії, пожежної безпеки;
- при виявленні у підлеглого ознак нездужання, алкогольного чи наркотичного сп'яніння повідомляє про це керівника підрозділу і вимагає від працівника звернутися до лікаря для обстеження;
- при ухиленні підпорядкованого співробітника від інструктажу, навчання чи проходження перевірки знань з охорони праці, виробничої санітарії, пожежної безпеки, або

від оцінки психофізичного стану негайно відстороняє цього працівника від роботи і повідомляє про це керівника підрозділу;

– доповідає про всі виявлені порушення керівнику підрозділу.

10.6. Працює в спецодязі, який відповідає вимогам гігієни, виробничої (медичної) санітарії і біомедичної безпеки; користується засобами індивідуального захисту, передбаченими інструкціями з охорони праці, експлуатації обладнання, виконання робіт.

10.7. Повинна мати практичні навички надання першої допомоги в разі нещасного випадку, особисто вживати необхідних заходів щодо усунення виробничої ситуації, яка створює загрозу для її життя та здоров'я, а також оточуючих її людей та природного середовища, повідомляти про небезпеку керівництву.

10.8. У випадку травми має звернутися до чергового лікаря, повідомити про це керівництво.

10.9. Повинна проходити попередній та періодичний медичний огляд.

10.10. Вимагати від керівництва забезпечення здорових та безпечних умов праці; бере участь в проведенні громадського контролю з охорони праці в структурному підрозділі.

10.11. При укладанні трудового договору має бути ознайомлена під розпис із умовами праці, наявністю на робочому місці шкідливих виробничих факторів, а також можливі наслідки їх негативного впливу на здоров'я, знати права на пільги і компенсацію за роботу в таких умовах у відповідності із законодавством і Колективним договором.

10.12. Має право відмовитись від дорученої роботи або припинити її, якщо склалася виробнича ситуація шкідлива для її життя і здоров'я, для оточуючих людей і довкілля.

10.13. Несе відповідальність за невиконання нею інструкцій з охорони праці, пожежної безпеки та виробничої дисципліни.

10.14. При ухиленні від інструктажу, навчання чи проходження перевірки знань з охорони праці, виробничої санітарії, пожежної безпеки, або від оцінки психофізичного стану негайно відстороняється від роботи рішенням керівника.

ПОСАДОВУ ІНСТРУКЦІЮ РОЗРОБЛЕНО:

Завідувач, лікар-хірург-онколог
відділення онкологічної хірургії
Д.М.Н.,

Ігор ПОНОМАРЬВ «___» _____ р.

ПОСАДОВУ ІНСТРУКЦІЮ УЗГОДЖЕНО:

Медичний директор	_____	Леонід ВАСИЛЬСВ	«___» _____ р.
	(підпис)		
Заступник директора з економічних питань	_____	Любов ЄГОРОВА	«___» _____ р.
	(підпис)		
Головна медична сестра	_____	Ніна ПАНФІЛОВА	«___» _____ р.
	(підпис)		
Провідний інженер з охорони праці	_____	Алла ЛИМАР	«___» _____ р.
	(підпис)		
Провідний організатор з персоналу	_____	Оксана РОМАНЧУК	«___» _____ р.
	(підпис)		
В. о. голови ППО	_____	Павло СОРОЧАН	«___» _____ р.
	(підпис)		
Провідний юрисконсульт	_____	Юрій КОРОЛЬЧУК	«___» _____ р.
	(дистанційно) (підпис)		

ДОДАТОК 6

Інформаційно-освітній буклет для жінок, що перенесли мастектомію

Сторона А

КОРОТКО ПРО ГОЛОВНЕ

Ваше відновлення — це не лише про операцію. Після мастектомії дуже важливо дбати не тільки про фізичний стан, а й про емоційне благополуччя, сон, харчування, безпеку руки, повернення до звичного життя.



ЩО ДОПОМАГАЄ ПОКРАЩИТИ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ:

- фізична реабілітація (рухливість руки, постава, поступові навантаження);
- психологічна підтримка (психолог, групи підтримки, робота з емоціями);
- регулярні огляди у лікаря;
- збалансоване харчування і режим дня;
- дбайливий догляд за собою та профілактика ускладнень.

Головне: відновлення — поступове. Маленькі кроки щодня дають великий результат.

РЕГУЛЯРНІ ОГЛЯДИ — ОБОВ'ЯЗКОВО

Навіть якщо самопочуття хороше, не пропускайте візити до онколога/мамолога. Регулярний контроль допомагає вчасно помітити зміни та спокійніше почуватися.

КОРИСНІ КОНТАКТИ

ГО «Афіна. Жінки проти раку»

<https://www.athena-wac.com/>

гаряча лінія інформаційної підтримки пацієнтів з онкологічними захворюваннями

«ПАЦІЄНТ МАЄ ПРАВО»

• +38 (068) 911 33 33

• +38 (066) 911 33 33

Графік роботи:

пн-пт, 10:00-18:00

вартість дзвінків згідно з тарифами вашого оператора

[f @athena.wac](https://www.facebook.com/athena.wac)

[@athena_women_against_cancer](https://www.facebook.com/athena_women_against_cancer)

[@athena.women_against_cancer](https://www.facebook.com/athena.women_against_cancer)



Контакт-центр НСЗУ (Національна служба здоров'я України)

• 16-77

(Безоплатна медична допомога, пакети послуг, маршрутизація)

МОЇ КОРИСНІ КОНТАКТИ

Лікар-онколог: _____

Телефон: _____

Фізичний терапевт/реабілітолог: _____

Телефон: _____

Психолог/онкопсихолог: _____

Телефон: _____

НАСТУПНИЙ ОГЛЯД/КОНСУЛЬТАЦІЯ

Дата: ____ / ____ / ____

Час: _____

Лікар: _____

Кабінет /

відділення: _____



ЖИТТЯ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

КРОК ЗА КРОКОМ ДО ВІДНОВЛЕННЯ

Поради для жінок після радикальної або часткової мастектомії (амбулаторне спостереження, відновлення, підтримка, якість життя)

Важливо: цей буклет не замінює консультацію лікаря. Усі вправи, навантаження та рекомендації — узгоджуйте з вашим лікарем/фізичним терапевтом.

Сторона Б

ФІЗИЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ

Фізичне відновлення: бережно і поступово

1) РУКА НА СТОРОНІ ОПЕРАЦІЇ: ЩОДЕННИЙ ЗАХИСТ

- Уникайте порізів, подрипин, опіків, укусів комах.
- Для домашньої роботи — рукавички.
- Не носіть тісний одяг, що перетискає руку.
- Не вимірюйте тиск і не робіть ін'єкції в руку на стороні операції (якщо лікар не сказав інакше).
- Доглядайте за шкірою: чистота, зволоження, захист від сонця

2) РУХ І НАВАНТАЖЕННЯ

- Починайте з легких вправ (тільки за дозволом лікаря).
- Поступово додавайте:
 - ходьбу,
 - вправи на рухливість плеча і руки,
 - дихальні вправи,
 - згодом (за дозволом) — плавання, йогу, м'які силові вправи.
- У перші тижні важливо:
 - чергувати активність і відпочинок,
 - не перевтомлюватися,
 - не піднімати надмірну вагу.

3) ПРОФІЛАКТИКА ЛІМФЕДЕМИ

Зверніться до лікаря/фізичного терапевта, якщо з'явилися:

- набряк руки або кисті,
- відчуття "розпирання" чи тяжкості,
- зниження рухливості,
- біль або ущільнення.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА

Психологічна підтримка — важлива частина відновлення

Після операції нормальними можуть бути:

- тривога,
- сум,
- страх рецидиву,
- розгубленість,
- неприйняття змін у тілі.

Ви не повинні залишатися з цим наодинці.

ЩО ДОПОМАГАЄ:

Професійна допомога

- консультації психолога/онкопсихолога;
- психотерапія (зокрема КПТ — когнітивно-поведінкова терапія).

Підтримка людей

- групи підтримки жінок після мастектомії;
- відверта розмова з близькими;
- поступове повернення до звичних соціальних ролей.

Прості техніки самопомог

- щоденник емоцій (що я відчуваю сьогодні?);
- дихальні вправи (повільний вдих-видих);
- м'язова релаксація;
- підтримувальні фрази до себе
- ("Я відновлююсь", "Моя тіло заслуговує турботи", "Я не одна").

ЯКЩО ПОТРІБНА ДОПОМОГА ТЕРМІНОВО

Зверніться до лікаря/психолога, якщо:

- тривога або пригнічений стан тривають щодня;
- є безсоння, панічні напади;
- немає сил на повсякденні справи;
- з'являється відчуття безнадії.



ВИРОБНИКИ, ДИСТРИБ'ЮТОРИ АБО ОРТОПЕДИЧНІ САЛОНИ

Грудні протези, білизна після мастектомії, компресійні рукави

ОртоДім <https://ortodim.com>

(ортопедичний магазин)

Med-Magazin <https://med-magazin.ua>

(мережа медичних салонів)

Amoena <https://www.amoena.com>

(виробник)

Anita Care <https://www.anita.com>

(виробник)

Компресійні рукави, медичний трикотаж

MedHata <https://medhata.com.ua>

(інтернет-магазин)

OrtoSmart <https://ortosmart.com.ua>

(ортопедичний магазин)

Reabilitimed <https://rehab-med.com>

(медичне обладнання)

Алком <https://alkom.ua>

(український виробник)

Sigvaris <https://www.sigvaris.com>

(виробник)

Relaxsan <https://relaxsan.com>

(виробник)

Компресійні виробу

Medi Ukraine <https://medi.ua>

(міжнародний бренд (дистриб'ютор в Україні))

Tonus Elast <https://tonuselast.com>

(виробник)

Компресійні рукави, ортопедичні виробу

Malvy <https://malvy.net.ua>

(ортопедичний магазин)

Ortosalon <https://ortosalon.ua>

(мережа ортопедичних)

Компресійні рукави, медтехніка

IBOLIT <https://ibolit.ua>

(інтернет-магазин)