

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА



ЗА МАТЕРІАЛАМИ ТРЕТЬОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ
З ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ
ДОПОМОГИ

Київ 2023



V МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС
18–19 листопада 2023 on-line

Antibiotic resistance STOP!

Стійкість до антибіотиків зростає до загрозово високих рівнів у всьому світі. Нові механізми стійкості з'являються і поширюються всюди, створюючи перешкоди для лікування розповсюджених інфекційних захворювань

- World Health Organization

ANTIBIOTIC RESISTANCE



Розвиток нових антибіотиків має надзвичайне значення, оскільки еволюція мікробів продовжуватиметься безперервно, а резистентність до лікарських засобів зростає.

Проблема антибіотикорезистентності стала глобальним викликом сьогодення. Головною його причиною вважають нераціональне застосування антибактеріальної терапії.

Тож під час Всесвітнього тижня поінформованості про антибіотики, в Україні традиційно буде проведено

V міжнародний конгрес «Antibiotic resistance STOP!»,
який об'єднає провідних спеціалістів медичної галузі для розробки стратегії контролю розвитку антибіотикорезистентності

antibiotic-congress.com

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА ЛІГА РОЗВИТКУ
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»
МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА»
Науково-практичний журнал

Головний редактор – Князевич В.М.,

Голова правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», д.мед.н.

Заступник Головного редактора – Моїсеєнко Р.О.,

*д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи НУОЗ України імені П.Л. Шупика, перший заступник
Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», заслужений лікар України*

Науковий редактор – Царенко А.В.

к.мед.н., доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Відповідальний секретар – Чайковська В.В.,

*д.мед.н., проф. кафедри паліативної та хоспісної медицини НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
проф. ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»*

Директор проекту – Бахтіярова Д.О.,

Директор ТОВ «Група компаній Мед Експерт»

Випускаючий редактор – Шейко І.О.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Антипкін Ю.Г. (м. Київ)
Вороненко Ю.В. (м. Київ)
Гречанина О.Я. (м. Харків)
Губенко І.Я. (м. Черкаси)
Губертус фон Фосс (Німеччина)
David W Thomas (Детройт, США)
Децик О.З. (м. Івано-Франківськ)
Донская С.Б. (м. Київ)
Колесник О.О. (м. Київ)
Колупаєва А.А. (м. Київ)

Лісний І.І. (м. Київ)
Маншарипова А.Т. (Казахстан)
Мартинюк В.Ю. (м. Київ)
Матюха Л.Ф. (м. Київ)
Місула І.Р. (м. Тернопіль)
Мішиєв В.Д., (м. Київ)
Міщенко Т.С. (м. Харків)
Мясоедов С.Д. (м. Київ)
Пінчук І.Я. (м. Київ)
Ріга О.О. (м. Харків)

Семигіна Т.В. (м. Київ)
Слугоцька І.В.
(м. Івано-Франківськ)
Тулєбаєв К.А. (Казахстан)
Христина де Вальден-Галушко
(Польща)
Хусейнов З.Х. (Таджикистан)
Ціалковська-Риж О. (Польща)
Чайківська Д.Р. (м. Київ)
отець Ігор Бойко (м. Львів)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Бабов К.Д. (м. Одеса)
Безруков В.В. (м. Київ)
Болтівець С.І. (м. Київ)
Гойда Н.Г. (м. Київ)
Глумчер Ф.С. (м. Київ)

Глушко Л.В. (м. Івано-Франківськ)
Корж О.М. (м. Харків)
Максименко С.Д. (м. Київ)
Нетяженко В.З. (м. Київ)
Омельченко Л.І. (м. Київ)

Стаднюк Л.А. (м. Київ)
Шекера О.Г. (м. Київ)
Яковенко І.В. (м. Київ)
Ястремська С.О.
(м. Тернопіль)

Журнал «Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина» реферується

Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України

ВИДАВЕЦЬ ТОВ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ
№21105-10905P від 31.12.2014 р.

Видається з червня 2015 р.

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Затверджено вченою радою Національного
університету охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика.

Протокол № 10 від 21.12.2022 р р

Підписано до друку 20.02.2023 р.

Адреса для листування:

а/с 80, м. Київ, 04211, Україна

Тел./факс (044) 498-08-80; (044) 498-08-34

E-mail: pediatr@med-expert.com.ua

<http://med-expert.com.ua>

Формат 60x90/8. Папір офсетний.

Умовно- друк. арк. 17. Обл.-вид. арк. 13,95.

Загальний наклад 1000 прим.

Зам. № 22.02/01 від 22.02.2023 р.

Видруковано з готових фотоформ

у друкарні «Аврора-принт».

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи А00

№777897 від 06.07.2009 р.

м. Київ, вул. Причальна, 5.

Тел (044) 550-52-44

Усі статті рецензовані. Цілковите або часткове
розмноження в будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається
лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець.

© Громадська організація «Українська ліга
розвитку паліативної та хоспісної
допомоги», 2023

© Національний університет охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика, 2023

© Товариство з обмеженою відповідальністю
«Група компаній Мед Експерт», 2023

КИЇВ 2023

INTERNATIONAL JOURNAL «REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE»

Scientific and practical journal

Head Editor – Knyazevych V.M.,

doctor of medicine, professor, chairman of NGO «Ukrainian League for the Development of Palliative and Hospice Care»

Deputy Editor – Moiseyenko R.O.,

*doctor of medicine, professor, Deputy Rector, Shupyk National Healthcare University of Ukraine,
deputy chairman of NGO «Ukrainian League for the Development of Palliative and Hospice Care», Honoured Doctor of Ukraine*

Scientific Editor – Tsarenko A.V.,

PhD, associate professor of the department of palliative and hospice medicine of Shupyk National Healthcare University of Ukraine

Executive secretary – Chaykovska V.V.,

*doctor of medicine, professor of the department of palliative and hospice medicine of Shupyk National Healthcare University of Ukraine,
deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», professor of the
D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the NAMS of Ukraine*

Project director – Bakhtiyarova D.O.,

Director of the Group of companies MedExpert, LLC

Publishing editor – Sheiko I.O.

EDITORIAL BOARD

Antypkin Yu.H. (Kyiv)
Voronenko Yu.V. (Kyiv)
Hrechanina O.Ya. (Kharkiv)
Hubenko I.Ya. (Cherkasy)
Hubertus fon Foss (Germany)
David W Thomas (USA, Detroit)
Detsyk O.Z. (Ivano-Frankivsk)
Donskaya S.B. (Kyiv)
Kolesnik O.O. (Kyiv)
Kolupayeva A.A. (Kyiv)

Lisnyy I.I. (Kyiv)
Mansharipova A.T. (Kazakhstan)
Martynyuk V.Yu. (Kyiv)
Matyukha L.F. (Kyiv)
Misula I.R. (Ternopil)
Mishchenko T.S. (Kharkiv)
Mishiev V. D.,
Myasoyedov S.D. (Kyiv)
Pinchuk I.Ya. (Kyiv)
Riga O.O. (Kharkiv)

Semyhina T.V. (Kyiv)
Sluhotska I.V. (Ivano-Frankivsk)
Tulebaev K.A. (Kazakhstan)
Khrystyna de Valden-Halushko (Poland)
Khuseynov Z.Kh. (Tadzhikystan)
Tsialkovska-Ryzh O. (Poland)
Chaykivska D.R. (Kyiv)
Priest Ihor Boyko (Lviv)

EDITORIAL COUNCIL

Babov K.D. (Odesa)
Bezrukov V.V. (Kyiv)
Boltivets S.I. (Kyiv)
Hoyda N.H. (Kyiv)
Hlumcher F.S. (Kyiv)

Hlushko L.V. (Ivano-Frankivsk)
Korz O.M. (Kyiv)
Makymenko S.D. (Kyiv)
Netyazhenko V.Z. (Kyiv)
Omelchenko L.I. (Kyiv)

Stadnyuk L.A. (Kyiv)
Shekera O.H. (Kyiv)
Yakovenko I.V. (Kyiv)
Yastremska S.O. (Ternopil)

The journal «International journal «Rehabilitation and palliative medicine» abstracted by the Institute of Information Recording Problems of Ukraine

PUBLISHER – GROUP OF COMPANIES MEDEXPERT, LLC

Certificate of registration of KB №21105-10905P of 31.12.2014.

Published since June, 2015

Periodicity – 6 times a year

*Recommended by the Shupyk National
Healthcare University of Ukraine,
Protocol No.10 from 21.12.2022*

Signed for publication 20.02.2023

Address for correspondence:

a/c 80, Kyiv, 04211, Ukraine

Tel/ Fax: (044) 498-08-80;

(044) 498-08-34

E-mail: pediatr@med-expert.com.ua

http://med-expert.com.ua

Format 60x90/8. Offset paper.

Conventional printed sheet. 13,95.

Total circulation is 8 000 copies. Ord.№22.02/01
from 22.02.2023

Printed in the «Aurora-print» printing house, 5,
Prichalnaya Str., Kiev, tel. (044) 550-52-44

Certificate of registration of A00 №777897
of 06.07.2009.

**The articles in the «International journal
REHABILITATION AND PALLIATIVE
MEDICINE» are assigned a Digital Object
Identifier (DOI)**

All articles are peer-reviewed. The entire or partial
multiplication of materials, published in this edition,
are authorized only with the written permission from
the publisher. Responsibility for the content of
advertising material is under advertiser.

© NGO «Ukrainian League
for the Development of Palliative
and Hospice Care», 2023

© Shupyk National Healthcare University
of Ukraine, 2023

© Group of companies MedExpert, LLC, 2023

KYIV 2023

Зміст

Анонс

Анонс IV Національного Конгресу паліативної та хоспісної допомоги7

Події

Резолюція 3-го Національного Конгресу паліативної і хоспісної допомоги 10

Князевич В. М.

10 років успіху. Місце і роль ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» у становленні і розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні 13

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

Моїсеєнко Р. О., Царенко А. В., Князевич В. М., Гойда Н. Г., Чайковська В. В.

Адекватна нормативно-правова база – основа і важлива умова впровадження оптимальної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: вимога часу 19

Царенко А. В., Моїсеєнко Р. О., Гойда Н. Г.

Значення мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходів як умов впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні 29

Корнійчук О. П.

Методичні підходи до визначення сили впливу інфраструктури системи охорони здоров'я метрополій на доступність надання паліативної і хоспісної медичної допомоги37

Пилипенко М. І., Стадник Л. Л., Риган М. М., Скалецький Ю. М., Шальопа О. Ю.

Медико-соціальні наслідки проблем безпеки пацієнтів в онкорадіології41

Тези

Ерстенюк Г. М., Децик О. З., Золотарьова Ж. М., Кольцова Н. І.

Організаційні форми підготовки медичних кадрів з питань паліативної допомоги52

Царенко А. В., Кожан Н. Є., Максимова З. В., Бондарчук А. М.

Особливості організації і надання паліативної та хоспісної допомоги в умовах пандемії COVID-19 53

Царенко А. В., Криничний Ю. В., Бабський А. А., Щетко Ю. Ю.

Досвід роботи виїзної консультативної бригади паліативної та хоспісної допомоги у місті Дніпро 55

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

Риган М. М., Скалецький Ю. М.

Безпека пацієнтів: актуальна проблема58

Князевич Н. В.

Самоврядування медичних професій в Україні. Сучасний стан і права перспектива..... 64

Contents

Announcement

Announcement of the 4th National Congress of Palliative and Hospice Care 7

Events

Resolution of the Third National Congress of Palliative and Hospice Care 10

Knyazevych V. M.

10 years of success. The place and role of the NGO «Ukrainian League for the Development of Palliative and Hospice Care» in the formation and development of the system of palliative and hospice care in Ukraine 13

Organizational aspects of the development of the palliative and hospice care system

Moiseyenko R. O., Tsarenko A. V., Knyazevych V. M., Goyda N. G., Chaykovskaya V. V.

Adequate normative-legal base – basis and important condition for implementation of optimal system of palliative and hospice care in Ukraine: time requirement 19

Tsarenko A. V., Moiseyenko R. O., Goyda N. G.

The importance of multidisciplinary, interagency and intersectoral approaches as conditions for the Palliative and Hospice Care System implementation in Ukraine29

Korniychuk O. P.

Methodical approaches to determining the influence of the infrastructure of the metropolitan healthcare system on the availability of palliative and hospice medical care37

Pylypenko M. I., Stadnyk L. L., Rygan M. M., Skaleckiy Ju. M., Shalyopa O. Ju.

Medical and social consequences of the safety problems of oncological radiology41

Abstracts

Ersteniuk H. M., Detsyk O. Z., Zolotarova Zh. M., Koltsova N. I.

Organizational forms of medical personnel education in palliative care52

Tsarenko A. V., Kozhan N. Ye., Maksimova Z. V., Bondarchuk A. M.

Peculiarities of the organization and provision of palliative and hospice care in the conditions of the COVID-19 pandemic 53

Tsarenko A. V., Krynychnyi Yu. V., Babskyi A. A., Shchetko Yu. Yu.

Work experience of the visiting team of palliative and hospice care in Dnipro 55

Providing palliative care to adults and children according to the legislation of Ukraine and foreign countries

Regan M. M., Skaletskii Yu. M.

Patient safety: an urgent issue58

Knyazevych N. V.

Self-government of medical professions in Ukraine. Current state and legal perspective 64

Зміст

Тези

- Сенюта І. Я.
Паліативна допомога і права людини: право на доступність в умовах медичної реформи67
- Князевич Н. В.
Правовий статус надавачів паліативної та хоспісної допомоги 69
- Сорока О. Я., Федосенко Н. В., Хомут У. В.
Право на паліативну допомогу: досвід реалізації проектів 71
- Світлицький А. В.
Відносини лікар – пацієнт – рідні пацієнта: проблеми правового регулювання 72

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

- Чайковська В. В., Вялик Т. І., Величко Н. М., Толстих В. А., Москалюк С. В.
Геріатрична допомога населенню України: сучасний стан і напрямки розвитку 75
- Вялик Т. І., Чайковська В. В., Величко Н. М., Толстих В. А., Москалюк С. В.
Геріатрична складова надання паліативної допомоги стан медико-соціальної допомоги людям літнього віку, тимчасово переміщеним з окупованих територій 80
- Величко Н. М., Чайковська В. В., Москалюк С. В., Вялик Т. І.
Оптимізація та стандарти паліативного догляду за геріатричними пацієнтами 84

Тези

- Асімов М.А., Багіярова Ф.А., Жантурієв Б.
Надання психологічної підтримки у геронтологічній та паліативній практиці авторським методом самовладання 87
- Ізмухамбетов Т.А., Жантурієв Б.М., Йоукіна А.А.
Досвід діяльності комітетів громадського здоров'я як інструменту розвитку громадської охорони здоров'я та допомоги літнім особам у Казахстані 90
- Ахаладзе М. Г., Єна Л. М.
Геріатричні синдроми в паліативній допомозі хворим старшого віку 92
- Толстих О. І., Толстих В. А.
Складові якості життя паліативного пацієнта. Якість життя осіб похилого та старечого віку 94

Особливості надання паліативної допомоги та догляду в педіатрії

Тези

- Децик О. З., Мельник Р. М., Золотарьова Ж. М., Ціхонь З. О., Ковальчук Р. Є.
Модель організації надання паліативної допомоги дітям 96

Надання паліативної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Тези

- Брацюнь О. П.
Роль сімейного лікаря при наданні паліативної допомоги на амбулаторному рівні 98

Abstracts

- Senyuta I. Ya.
Palliative care and human rights: the right to access thereto in terms of reform 67
- Knyazevych N. V.
Legal status of palliative and hospice care providers 69
- Soroka O. Ya., Khomut U. V., Fedosenko N. V.
The right to palliative assistance: experience of project implementation 71
- Svitlytsky A. V.
Doctor-patient-patient's relatives relationships: problems of legal regulation 72

Geriatric component of palliative care

- Chaikovska V. V., Vyalykh T. I., Velichko N. M., Tolstykh V. A., Moskalyuk S. V.
Geriatric care for the population of Ukraine: the current status and directions of development 75
- Vyalykh T. I., Chaikovska V. V., Velichko N. M., Tolstykh V. A., Moskalyuk S. V.
The geriatric component of palliative care and the state of medical and social care to elderly people temporarily displaced from the occupied territories 80
- Velichko N. M., Chaikovska V. V., Moskalyuk S. V., Vyalykh T. I.
Optimizing and standards of palliative care for geriatric patients 84

Abstracts

- Asimov M. A., Bagiyarova F. A., Zhanturiyev B.
Providing psychological support in gerontological and palliative practice using the author's method «Self-control» 87
- Izmukhambetov T. A., Zhanturiyev B. M., Lukina A. A.
The experience of the “Committees of Public Health” as a tool for the development of public health and assistance to the elderly in Kazakhstan 90
- Akhaladze M. G., Yena L. M.
Geriatric syndromes in palliative care for elderly patients 92
- Tolstykh O., Tolstykh V.
Components of a palliative patient the quality of life. Quality of life of elderly and senile persons 94

Peculiarities of providing palliative care and care in pediatrics

Abstracts

- Detsyk O. Z., Melnyk R. M., Zolotarova Zh.M., Tsikhon Z. O., Kovalchuk R. E.
The model of paediatric palliative care organization 96

Provision of palliative care at the level of primary health care

Abstracts

- Bratsiun O. P.
Functions of the family doctor in providing palliative care at the outpatient level 98

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

Рекалова О. М.
Віддалені наслідки COVID-19 (огляд літератури) 100

Тези

Зайцев І. А.
Противірусна терапія хворих декомпенсованим цирозом внаслідок хронічного гепатиту С:
За і Проти..... 105

Рябоконт С. В.
Паліативна допомога хворим зі СНІДом.
Міфи та реалії 106

Терлеєва Я. С., Зайцева О. С., Кузін І. В.
Сучасний стан паліативної допомоги при туберкульозі:
бар'єри та перспективи 107

Психологічні та соціальні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги та догляду

Михайлов Б. В., Мішиєв В. Д., Пострелко В. М., Галаченко А., Васильєва А.
Особливості психотерапевтичного супроводу в структурі паліативної допомоги хворим, які страждають на злоякісні новоутворення 111

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

Венгрин Н. О.
Особливості надання медсестринської допомоги та догляду паліативним хворим 116

Губенко І. Я., Чернишенко Т. І., Бразалій Л. П.
Актуальні питання підготовки медичних сестер з паліативної допомоги 120

Мазур П. Є., Батиук О. В.
Профілактика професійного вигорання у медичних сестер при наданні паліативної і хоспісної допомоги 125

Філософські, етичні та духовні аспекти паліативної та хоспісної допомоги

Пустовіт С. В.
Філософія та паліативна медицина: питання природи людини, смерті та вмирання 129

Тези

Березкіна В. В.
Припинення або відмова від лікувальних заходів: філософські та етичні смерті та вмирання 135

Убогов С. Г.
Історичні, правові та освітні аспекти впровадження капеланства в систему охорони здоров'я України 136

Сердюк А. М., Риган М. М., Скалецький Ю. М.
Етика і культура безпеки в медичній практиці 138

Features of palliative care for patients with infectious diseases, including with COVID-19

Rekalova E. M.
Long-term consequences of COVID-19 (review) 100

Abstracts

Zaitsev I. A.
Antiviral therapy for patients with decompensated cirrhosis due to chronic hepatitis C:
Pros and Cons 105

Ryabokon S. V.
Palliative care for patients with AIDS.
Myths and realities 106

Terleeva Ya. S., Zaitseva O. S., Kuzin I. V.
Current state of palliative care for tuberculosis: barriers and prospects 107

Psychological and social aspects of providing palliative and hospice care and care

Mykhaylov B., Mishiyev V., Postrelko V., Galachenko A., Vasilyeva A.
Psychotherapeutic support peculiarities' in palliative care structure for cancer patients 111

Nursing in palliative and hospice care

Vengryn N. A.
Peculiarities of nursing care for palliative patients 116

Gubenko I. Ya., Chernyshenko T. I., Brazaliy L. P.
Current issues of nurses training in palliative care..... 120

Mazur P. Ye., Batiukh O. V.
Prevention of professional burnout of nurses while palliative and hospice care delivering 125

Philosophical, ethical and spiritual aspects of palliative and hospice care

Pustovit S. V.
Philosophy and palliative medicine: issues of human nature, death and dying..... 129

Abstracts

Berezkina V. V.
withholding or withdrawing life-sustaining treatment interventions: the philosophical and ethical aspects of death and dying 135

Ubohov S. H.
Historical, legal and educational aspects of the introduction of chaplaincy in the health care system of Ukraine..... 136

Serdyuk A. M., Rygan M. M., Skaletskyi Y. M.
Ethics and safety culture in medical practice 138

Роль громадських організацій та суспільства у розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги. Розвиток волонтерства, благодійництва та соціально-відповідального бізнесу

Тези

Вольф О. О., Аугунас С. В.

Обізнаність законних представників пацієнтів з дитячим церебральним паралічем про е-інструменти щодо контролю та моніторингу доступності лікарських засобів 139

Дандре П.

Міжнародний рух Християнських медсестер як приклад духовного супроводу паліативних пацієнтів 140

The role of public organizations and society in the development of the system of palliative and hospice care. Development of volunteering, charity and socially responsible business

Abstracts

Wolf O., Auhunas S.

Awareness of legal representatives of patients with cerebral palsy about e-tools for control and monitoring the availability of medicines 139

Dandre P.

International movement of Christian nurses as an example of spiritual support of palliative patients 140

До уваги авторів!

АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та сучасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їх дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID id».

В реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password» (Пароль), «Confirm password»

В перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Неможливе створення нового профілю з тією ж самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong» приймається системою..

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме, новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ORCID ідентифікатора знаходиться в лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID - це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає в заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.

Шановні колеги!

Інформуємо вас про підготовку до проведення

IV НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ З ПАЛІАТИВНОЇ ТА ГОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ,

який відбудеться 19-20 жовтня 2023 року, м. Київ

Установи-організатори проведення конгресу:

*ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи
МОЗ України»*

за підтримки:

*Верховної Ради України
Міністерства охорони здоров'я України
Міністерства соціальної політики України
Національної академії медичних наук України
Національної академії педагогічних наук України
Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації
Департаменту соціальної політики Київської міської державної адміністрації
Редакції журналу «Міжнародний журнал Реабілітація і паліативна медицина»*

Мета проведення конгресу: сприяння створенню і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної та хоспісної допомоги в Україні.

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ КОНГРЕСУ

1. Організаційні і правові аспекти розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги:

- 1.1. Створення і удосконалення нормативно-правової бази розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Стандарти надання паліативної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах та забезпечення догляду за паліативними пацієнтами вдома. Економічні засади системи паліативної та хоспісної допомоги. Контрактування і співпраця з НСЗУ.
- 1.2. Організаційні моделі надання паліативної та хоспісної допомоги на рівні первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Організаційні аспекти створення і діяльності стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги різного підпорядкування та форми власності.
- 1.3. Мультидисциплінарна, міжвідомча і міжсекторальна співпраця фахівців при наданні паліативної та хоспісної допомоги. Особливості надання паліативної допомоги в міській та сільській місцевості.
- 1.4. Організаційні аспекти створення і діяльності стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги різного підпорядкування та форми власності: центру паліативної та хоспісної допомоги, госпісу, відділення паліативної та хоспісної медицини, виїзних мультидисциплінарних бригаад паліативної та хоспісної допомоги, центрів і відділень паліативної допомоги дітям, лікарень і відділень сестринського догляду тощо.
- 1.5. Професійна підготовка лікарів, соціальних працівників, клінічних психологів і медичних капеланів із питань надання паліативної та хоспісної допомоги. Актуальні питання наукових досліджень і підготовка наукових кадрів за напрямом «Паліативна та хоспісна допомога».
- 1.6. Забезпечення прав паліативних пацієнтів і членів їхніх сімей.

2. Надання паліативної допомоги на рівні ПМСД:

- 2.1. Роль і місце лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікарів-спеціалістів (онкологів, психіатрів, неврологів, ендокринологів тощо), психологів/психотерапевтів, соціальних працівників і медичних капеланів у наданні мультидисциплінарної паліативної допомоги пацієнтам і членам їхніх сімей.
- 2.2. Умови залучення лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання паліативної допомоги вдома.
- 2.3. Досвід впровадження та проблеми організації і забезпечення діяльності виїзної служби паліативної та госпісної допомоги.

3. Клінічні аспекти розвитку системи паліативної та госпісної допомоги:

- 3.1. Показання для переведення дорослих пацієнтів на паліативне лікування і догляд та госпісну допомогу. Оптимізація процесу та стандарти догляду за паліативними пацієнтами.
- 3.2. Особливості надання паліативної та госпісної допомоги пацієнтам у термінальних стадіях онкологічних та інших тяжких хронічних захворювань.
- 3.3. Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, COVID-19, вірусні гепатити тощо).
- 3.4. Ведення хронічного больового синдрому при наданні паліативної та госпісної допомоги дорослим пацієнтам.
- 3.5. Фармацевтичне забезпечення надання паліативної та госпісної допомоги. Організаційні аспекти та контроль за обігом наркотичних анальгетиків у медичній сфері: перешкоди доступу до лікарських засобів та шляхи вирішення.
- 3.6. Реабілітаційна допомога та догляд за паліативними пацієнтами, які постраждали під час війни.

4. Особливості надання паліативної допомоги дітям:

- 4.1. Організаційні моделі надання паліативної допомоги дитячому населенню.
- 4.2. Структура та особливості розбудови системи паліативної допомоги дітям в умовах організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я, діяльності територіальних округів і госпітальних кластерів.
- 4.3. Організація надання паліативної допомоги дітям в умовах стаціонару та мобільної паліативної допомоги вдома.
- 4.4. Показання для паліативної допомоги в педіатрії.
- 4.5. Особливості надання паліативної допомоги дітям та ведення хронічного больового синдрому в дітей.

5. Особливості надання паліативної та госпісної допомоги в геріатрії і психіатрії:

- 5.1. Особливості надання паліативної та госпісної допомоги пацієнтам із психічними захворюваннями.
- 5.2. Оптимізація та стандарти паліативного догляду за геріатричними пацієнтами.
- 5.3. Організація надання паліативного довготривалого догляду.

6. Медсестринство в паліативній та госпісній допомозі:

- 6.1. Особливості роботи медичних сестер і молодших медичних працівників із паліативними пацієнтами.
- 6.2. Складності та основні навички паліативного догляду. Професійна підготовка медсестер із питань паліативної та госпісної допомоги.
- 6.3. Створення та розвиток закладів довготривалого/сестринського догляду.

7. Психологічні аспекти надання паліативної та госпісної допомоги:

- 7.1. Сучасні підходи та методи психологічної підтримки паліативних пацієнтів і членів їхніх родин.
- 7.2. Роль і професійна підготовка клінічного психолога в паліативній та госпісній допомозі.
- 7.3. Профілактика професійного вигорання при наданні паліативної та госпісної допомоги.

8. Соціальна складова паліативної допомоги:

- 8.1. Значення та оптимізація взаємодії закладів медичної допомоги і соціальної опіки при наданні паліативного догляду.
- 8.2. Фандрейзинг у паліативній допомозі.
- 8.3. Висвітлення питань паліативної допомоги у ЗМІ та формування громадської думки.

9. Релігійні та духовні засади паліативної та госпісної допомоги:

- 9.1. Роль церков і релігійних організацій у системі паліативної та госпісної допомоги. Релігійні та духовні аспекти надання паліативної та госпісної допомоги і догляду.
- 9.2. Роль і місце медичного капелана щодо духовного супроводу й підтримки в наданні паліативної та госпісної допомоги.
- 9.3. Професійна підготовка медичного капелана в паліативній та госпісній допомозі.

10. Філософські й етичні аспекти паліативної та госпісної допомоги. Філософські і медичні засади танатології.
11. Роль громадських організацій і суспільства в розвитку системи паліативної та госпісної допомоги. Розвиток волонтерства, благодійництва та соціально-відповідального бізнесу.

Робочі мови Конгресу: українська, англійська.

ПІД ЧАС РОБОТИ КОНГРЕСУ ВІДБУДУТЬСЯ:

- пленарні засідання;
- секційні засідання;
- сателітні сесії;
- стендові доповіді;
- майстер-класи

Для участі в конгресі необхідно до 01 липня 2023 р. надіслати:

РЕЄСТРАЦІЙНУ КАРТКУ учасника конгресу на адресу ligahp@ukr.net,

статті або тези для публікування матеріалів конгресу в «Міжнародному журналі Реабілітація та паліативна медицина» відповідно до вимог публікації наукових матеріалів у журналі: <https://med-expert.com.ua/publishing-activity/reabilitatsiya-i-palliativnaya-medsina/> на адресу atsarenko@gmail.com.

З питань організації та проведення конференції звертатися за тел. +38 (044) 482 36 75
ligahp@ukr.net

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТКА учасника IV Національного конгресу з паліативної та госпісної допомоги

ПІБ (повністю): _____

Місце роботи: _____

Посада: _____

Вчене звання, науковий ступінь: _____

Електронна адреса: _____

Телефон моб.: _____

Бажана форма участі: стаття, тези, усна доповідь, стендова доповідь.

Назва статті: _____

Назва тез: _____

Назва усної доповіді: _____



ТРЕТІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС з паліативної та хоспісної допомоги



ГО «УКРАЇНЬСЬКА ЛІГА
РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ТА
ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»



Національна
медична академія
післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика



ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ
імені Д.Ф. Чеботарьова



ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

За підтримки:



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



МІНІСТЕРСТВО
СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ
УКРАЇНИ



Національна академія
медичних наук України



Національна академія
педагогічних наук
України

9–10 жовтня 2020 року, м. Київ

РЕЗОЛЮЦІЯ Третього Національного Конгресу з паліативної та хоспісної допомоги

Сьогодні однією з гострих медико-соціальних та гуманітарних проблем в Україні стало створення та розвиток доступної та ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню.

Це зумовлено темпами старіння населення країни, невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів, лікування яких сьогодні не можливе, збільшенням кількості людей, які вмирають від онкологічних та ускладнень інших захворювань, зокрема, судинних, цукрового діабету, хвороби Альцгеймера, СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів, вроджених та набутих вад розвитку тощо.

Про глобальну актуальність проблеми паліативної допомоги населенню свідчать численні рекомендації ВООЗ, Рекомендації Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (2003), спеціальних Резолюцій Парламентської Асамблеї Ради Європи (2008 і 2014), Паризької Хартії по боротьбі з раком (2000), Празької Хартії (2013) та інші документи авторитетних міжнародних організацій.

09–10 жовтня 2020 року в м. Києві за ініціативи ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» спільно з Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Харківським національним медичним університетом, за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, НАМН України, НАПН України, КМДА, МБФ «Відродження» та інших відбувся III Національний Конгрес з паліативної та хоспісної допомоги.

Учасники Конгресу наголосили, що саме паліативна та хоспісна допомога (далі – ПХД) є сучасним пацієнт-сід'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя, про що переконливо свідчить більше як 70-річний досвід Великобританії, Німеччини, Польщі, Угорщини, Словаччини, США, Канади, Австралії та інших країн світу.

Незважаючи на великі труднощі, все ж розвиток паліативної допомоги в Україні продовжується, і за ініціативи ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», паліативна допомога знайшла своє місце у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

За ступенем розвитку паліативної допомоги сьогодні у світі оцінюють цивілізованість конкретної держави та гуманність суспільства загалом.

Тому ПХД вимагає впровадження інноваційних підходів для задоволення медичних, психологічних, соціальних та духовних потреб паліативних хворих та їхніх родин.

Паліативна медицина, як складова соціально-медичної допомоги на даному етапі розвитку, потребує упорядкування отриманих здобутків, їх оцінки для закріплення і подальшого розвитку.

Учасники Третього Національного Конгресу з паліативної та хоспісної допомоги вирішили:

1. Схвалити в цілому проєкт нової редакції Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні.

2. Редакційній колегії Конгресу до 1 грудня 2020 року опрацювати пропозиції до проєкту Стратегії, розробити проєкт Плану заходів по її виконанню та подати опрацьовані пропозиції на розгляд загальних зборів ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги».

2.1. Затверджену зборами Стратегію направити до Кабінету Міністрів України з метою її прийняття у вигляді нормативного акту.

3. Звернутися до Кабінету Міністрів України з пропозицією:

3.1. Затвердити Стратегію розвитку паліативної допомоги в Україні 2021–2025 роках із Планом заходів щодо її впровадження.

3.2. Створити постійно діючу міжвідомчу Координаційну Раду з питань розвитку системи паліативної допомоги в Україні за участю: Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Національної академії наук України, Національної академії медичних наук України, Національної академії педагогічних наук України, Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Міністерства освіти і науки України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства юстиції України, Міністерства фінансів України, Міністерства культури та інформаційної політики України, ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», представників Церков, релігійних та інших громадських об'єднань.

3.3. Доручити Координаційній Раді сприяти:

- розробці, затвердженню та оновленню державних стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та стандартів соціальних послуг паліативним хворим;
- розробці та затвердженню державних стандартів надання медичних та соціальних послуг дітям, які потребують паліативної допомоги, та їх родинам;
- проведенню розрахунку потреби у базовій та спеціалізованій паліативній допомозі, у тому числі дитячому населенню;
- нормативно-правовому врегулюванню питань створення, діяльності та розвитку закладів та установ паліативної та хоспісної допомоги, у тому числі недержавної та приватної форми власності, порядку взаємодії різних відомств при наданні паліативної допомоги, запровадженню інтегрованого мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходу;
- спрощенню доступу пацієнтів до знеболювальних і наркотичних засобів та вирішити питання розширення мережі аптечних закладів, що мають ліцензію на наркотичні засоби;
- розробці та впровадженню системи професійної підготовки та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників із питань ПХД;
- розробці та впровадженню пакету заходів соціального захисту працівників, які надають ПХД, у тому числі підвищенню посадових окладів, пільгового пенсійного стажу, введенню додаткової відпустки, санаторно-курортного оздоровлення тощо.

3.4. Рекомендувати МОЗ України спільно з Міністерством соціальної політики України внести до Переліку спеціальностей лікарів і молодших медичних спеціалістів спеціальність «Паліативна медицина» та спеціалізацію «Лікар із паліативної допомоги», «Лікар-педіатр із паліативної допомоги», «Молодший медичний спеціаліст із паліативної допомоги», залучивши до розробки необхідної нормативно-правової бази професійні медичні асоціації, інші громадські організації в охороні здоров'я.

3.4.1. Внести зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117, включивши нового професіонала «лікар із паліативної допомоги» (на виконання вимог Наказу МОЗ № 1308).

Події

3.4.2. Внести зміни до Наказу МОЗ від 28.10.2002 №385 (до переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я).

3.4.3. Доповнити обсяг функціональних обов'язків лікарів інших спеціальностей (наприклад, лікарям-педіатрам), а також фахівців (наприклад, сестра медична дитячого стаціонару), що визначені в Довіднику. Випуск 78, в обсязі сфери паліативної допомоги (повинен знати: організацію і порядок надання паліативної допомоги).

3.4.4. Внести зміни до Номенклатури лікарських спеціальностей: Наказу МОЗ України від 22.02.2019 № 446 (включити «Паліативна допомога»).

3.5. Рекомендувати МОЗ України впровадити в дипломне та післядипломне навчання у всіх закладах вищої медичної освіти України базові основи паліативної допомоги, у тому числі дитячому населенню.

3.6. Сприяти покращенню рівня надання паліативної допомоги особам, які перебувають у місцях позбавлення волі, із залученням профільних органів влади, зокрема Міністерства юстиції України, Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», а також особам, які перебувають в інших місцях несвободи.

4. З метою єдиного підходу для надання та отримання паліативної допомоги всіма учасниками відносин, спільного розуміння їх значення, забезпечення ідентичного використання встановлених стандартів та сформованих практик, за результатами Третього конгресу, опрацювати та видати уніфікований глосарій найбільш вживаних у практиці паліативної допомоги термінів та понять. Сприяти інтеграції цих дефеніцій (цього понятійно-категоріального апарату) до відповідних нормативно-правових актів України.

5. Рекомендувати керівникам обласних та Київського міського відокремлених підрозділів ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» ініціювати в органах місцевого самоврядування розробку та затвердження регіональних Стратегій, Програм розвитку паліативної допомоги на 2021-2025 рр.

6. Підготувати експертною спільнотою проект Закону України «Про паліативну допомогу населенню» та спільно з народними депутатами Верховної Ради України внести у встановленому порядку до Верховної Ради до 1 березня 2021 року.

7. Підтримати ініціативу Ради Церков щодо створення інституту медичного капеланства у закладах охорони здоров'я і установах соціального захисту населення.

8. Опублікувати Резолюцію Третього Національного Конгресу з паліативної допомоги у міжнародному журналі «Реабілітація та паліативна медицина» та інших профільних журналах і засобах масової інформації.

9. Доручити Голові Правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» організувати розробку Плану заходів щодо виконання Резолюції з врахуванням пропозицій, які були сформовані під час пленарних і секційних засідань.

10. Четвертий Національний Конгрес із паліативної допомоги провести у жовтні 2022 року.

Прийнято 10 жовтня 2020 року, м. Київ.

Голова Організаційного комітету
III Національного Конгресу з
паліативної та хоспісної допомоги
доктор медичних наук



В.М. Князевич

В. М. Князевич

10 років успіху. Місце і роль ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» у становленні і розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні

ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», м. Київ, Україна

«Створимо якісну паліативну допомогу – увійдемо в ряд висококультурних цивілізованих держав». Під таким гаслом розпочала свою діяльність наша громадська організація «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (далі – Ліга) у 2010 р. Були створені обласні осередки в кожній області України, тобто цей рух охопив усю нашу державу.

З ініціативи Ліги проводилися просвітницькі, культурні, благодійні, освітні та наукові заходи як регіонального, так і загальнонаціонального значення. Знаменною подією стало проведення у вересні 2012 року I Національного конгресу з паліативної допомоги (рис. 1, рис. 2), учасниками якого стали понад 300 представників з усіх регіонів України, а також з Австрії, Італії, Бельгії, Польщі, Росії, Білорусі, США та інших країн. Конгрес став значною віхою у визнанні України як країни, що починає рухатися в напрямку високих соціальних стандартів. До руху долучилися визначні особистості: Перший Президент України Леонід Макарівич Кравчук, Глави найбільших християнських церков

Блаженніший Любомир Гузар, Патріарх Всієї Русі-України Філарет та інші.

У 2011 р. Ліга увійшла до Європейської асоціації паліативної допомоги. Найбільш плідні результати принесла міжнародна співпраця з Польщею, Великою Британією, Німеччиною, Австрією та Сполученими Штатами Америки.

На Міжконфесійній конференції з міжнародною участю, що проходила з 31 січня по 1 лютого 2012 року, підписано угоду про співпрацю у сфері паліативної допомоги в Україні між церквами, релігійними організаціями і Лігою (рис. 3). Одним із ключових пунктів підписаного документа було положення про те, що наша організація погоджується з релігійними об'єднаннями щодо неможливості застосування евтаназії в Україні, принаймні до моменту побудови доступної та якісної паліативної допомоги в країні.

Багато здійснено у сфері впровадження нормативно-правової бази, що регламентує надання паліативної та хоспісної допомоги, на рівні держави.



Рис. 1. Відкриття I Національного конгресу з паліативної допомоги (вересень 2012 року)

Події



Рис. 2. Учасники I Національного конгресу з паліативної допомоги (вересень 2012 року)



Рис. 3. Учасники Міжконфесійної конференції з міжнародною участю (31 січня – 1 лютого 2012 року)



Рис. 4. Пленарне засідання II Національного конгресу з паліативної допомоги (жовтень 2015 року)

На превеликий жаль, раптовий початок війни, різке зубожіння українців та зміна пріоритетів, де вартість життя різко впала, непостійність державної влади, не дали змоги нарощувати темпи розбудови системи паліативної допомоги в Україні. Але, тим не менш, Лізі вдалося у жовтні 2015 року провести II Національний конгрес із паліативної допомоги (рис. 4, рис. 5), попри усі вище перелічені чинники.

У подальшому розвитку цього напрямку можна відзначити дві визначні науково-практичні конференції з міжнародною участю, організовані Лігою: «Паліативна допомога в Україні: морально-етичні, психологічні та духовні аспекти», яка проведена в червні 2016 року в місті Харкові (рис. 6, рис. 7), та «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні», яка проведена в листопаді 2016 року в місті Києві (рис. 8, рис. 9).

Також значним кроком для залучення усієї медичної спільноти до процесу і функціонального творення системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні було підписання меморандуму про співпрацю Ліги з понад 20 представниками медичних асоціацій, наукової та фармацевтичної спільноти (рис. 10).

Однією з багатьох заслуг діяльності Ліги стало законодавче введення паліативної допомоги в систему медичних гарантій, за яких надання паліативної допомоги населенню покривається коштами держави. У Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 №2168-VIII, зокрема у Статті 4. «Програма медичних гарантій» зазначено:



Рис. 5. Відкриття II Національного конгресу з паліативної допомоги (жовтень 2015 року)



Рис. 6. Пленарне засідання Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Паліативна допомога в Україні: морально-етичні, психологічні та духовні аспекти» (червень 2016 року)

Події



Рис. 7. Секційне засідання Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Паліативна допомога в Україні: морально-етичні, психологічні та духовні аспекти» (червень 2016 року)



Рис. 8. Пленарне засідання Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні» (листопад 2016 року)

«1. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, ... повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:... 5) паліативної медичної допомоги;...». Станом на 2021 рік 736 закладів охорони здоров'я підписали контракти з Національною службою охорони здоров'я надавати паліативну допомогу. Тепер одним із важливих завдань Ліги на наступні роки є забезпечення та контроль якості надання паліативної медичної допомоги.

Суспільним визнанням руху паліативної допомоги стало нагородження у 2021 р. найвищою



Рис. 9. Учасники Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні» (листопад 2016 року)



Рис. 10. Підписання меморандуму про співпрацю Ліги з понад 20 представниками медичних асоціацій, наукової та фармацевтичної спільноти



Рис. 11. Нагородження найвищою громадською Відзнакою за професіоналізм та милосердя «Орден Святого Пантелеймона» завідувача відділення паліативної допомоги із Сумщини Костюка С. І.



Рис. 12. Всеукраїнський семінар-нарада «Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні на прикладі м. Києва» (грудень 2019 року)



Рис. 13. Учасники Всеукраїнського семінару-наради «Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні на прикладі м. Києва» (грудень 2019 року)

Події



Рис. 14. Відкриття III Національного конгресу паліативної та хоспісної допомоги (жовтень 2020 року)



Рис. 15. Секційні засідання III Національного конгресу паліативної та хоспісної допомоги (жовтень 2020 року)



Рис. 16. Секційні засідання III Національного конгресу паліативної та хоспісної допомоги (жовтень 2020 року)

громадською Відзнакою за професіоналізм та милосердя «Орден Святого Пантелеймона» завідувача відділення паліативної допомоги із Сумщини Костюка Сергія Івановича (рис. 11).

Можна назвати великим проривом високоякісну реконструкцію та розбудову відділень паліативної допомоги для дорослих і дітей у закладах охорони здоров'я міста Києва, підсумки якої підведені у грудні 2019 року на Всеукраїнському семінарі-наradі на тему «Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні на прикладі м. Києва» (рис. 12, рис. 13). Залишилося лише цю матеріальну базу наповнити справжньою філософією і принципами паліативної допомоги, але тепер на заваді стала світова пандемія COVID-19.

Але, навіть попри появу такої досі проблеми, як пандемія COVID-19, нам вдалося своє 10-ліття відзначити потужним науково-практичним заходом – III Національним конгресом паліативної та хоспісної допомоги, який відбувся у жовтні 2020 року в м. Києві (рис. 14, рис. 15, рис. 16). Епідемічні карантинні обмеження змусили нас швидко опанувати онлайн-технології, які дали змогу організувати конгрес на світовому рівні, зібравши найкращих експертів, практиків і науковців не лише з України, але й з 25 країн світу. У Конгресі взяли участь понад 140 доповідачів, з яких 21 – іноземці з різних країн. Упродовж 2 днів (21 година безперервної роботи) у 2 студіях ми встигли обговорити більш ніж 100 тем щодо паліативної допомоги та провели корисні майстер-класи.

Отже, упродовж 10 років діяльності Ліги нам вдалося створити усі передумови для розвитку в Україні системи загальнодоступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги, у центрі якої є паліативний пацієнт та його родина, до якої повинні залучатися заклади і установи охорони здоров'я та соціального захисту населення усіх форм власності, де ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» продовжує обіймати лідерство.

УДК 614.2:616-082:616-08.039.75:616-036.17

Р.О. Моїсєнко^{1,2}, А.В. Царенко^{1,2}, В.М. Князевич², Н.Г. Гойда¹, В.В. Чайковська^{1,2}

Адекватна нормативно-правова база – основа і важлива умова впровадження оптимальної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: вимога часу

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

²ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 19-28; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.19

Мета – проаналізувати чинні нормативно-правові акти, що регулюють надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню в Україні; обговорити та визначити оптимальні підходи і пріоритетні напрями удосконалення та створення адекватної нормативно-правової бази (НПБ) як основи та важливої умови впровадження і розвитку оптимальної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. Використано нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій; наукові літературні джерела з пошукових систем «JAMA», «Scholar» і «PubMed»; дані офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України; застосовано такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і системного аналізу.

Результати та висновки. Результати бібліосемантичного дослідження наукової літератури свідчать про зростаючу потребу ПХД як в Україні, так і у світі. В основу наукового обґрунтування оптимальної концепції системи надання ПХД населенню покладено такі принципи: доступності, належної якості та максимально досяжної ефективності. Чинна НПБ, яка регулює надання ПХД в Україні, потребує подальшого розвитку та вдосконалення відповідно до сучасних потреб у ній населення та вимог міжнародних стандартів і норм. Реформа системи охорони здоров'я, яка триває в Україні, включає в себе і реформу системи ПХД. Тому побудова і розвиток системи доступної, якісної та ефективної ПХД потребує подальшого розвитку, удосконалення та оптимізації чинної НПБ, яка регулює надання ПХД в Україні. Адекватна НПБ є основою і важливою умовою впровадження оптимальної системи ПХД в Україні. Важливим завданням є розроблення стандартів, індикаторів якості, клінічних протоколів і настанов, удосконалення Порядку надання ПХД дорослим і дітям, затвердження та удосконалення показань і критеріїв визначення статусу ПП дорослого і дитячого віку тощо. Створення і розвиток в Україні сучасної системи доступної, якісної та ефективної ПХД відповідає вимогам міжнародних стандартів і норм. Встановлено необхідність впровадження системи ПХД, яка буде пацієнт-сім'я-орієнтованою, з мультидисциплінарними, міжвідомчими і міжсекторальними підходами, за рахунок координації і співпраці організацій, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам, та закладів, які є у приватній власності, залучення недержавних організацій та волонтерів до надання загальної та спеціалізованої ПХД. Актуальною проблемою є необхідність відповідного фінансування ПХД з боку держави та регіональних і місцевих органів влади, створення нових та модернізації вже існуючих закладах охорони здоров'я ПХД, підготовки достатньої кількості фахівців, залучених до надання ПХД – лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, психологів, медичних капеланів, підтримки недержавних/громадських організацій та волонтерів.

Ключові слова: система паліативної та хоспісної допомоги, нормативно-правова база, паліативний пацієнт, стандарти паліативної та хоспісної допомоги, заклади паліативної та хоспісної допомоги, мультидисциплінарні, міжвідомчі і міжсекторальні підходи, фінансування паліативної та хоспісної допомоги.

An adequate regulatory and legal framework is the basis and important condition for the implementation of an optimal Palliative and Hospice Care System in Ukraine: the need of the time

R.O. Moiseyenko^{1,2}, A.V. Tsarenko^{1,2}, V.M. Knyazevich², N.G. Goyda¹, V.V. Chaikovska^{1,2}

¹*Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv*

²*NGO «Ukrainian League for the Development of Palliative and Hospice Care», Kyiv, Ukraine*

Purpose – to analyze the current regulatory and legal acts regulating the palliative and hospice care (PHC) provision to the population in Ukraine, to discuss and determine optimal approaches and priority directions for an adequate regulatory and legal framework (RLF) improving and the creating as a basis and an important condition for the implementation and development of an optimal PHC System in Ukraine.

Materials and methods. Regulatory and legal documents of Ukraine and authoritative international professional organizations were used; scientific literary sources using JAMA, Scholar and PubMed search engines; the Ministry of Health of Ukraine official statistical data; the following research methods were applied: bibliosemantic, system approach and system analysis.

Results and Conclusions. The results of the scientific literature bibliosemantic research testify to the growing need for PHC both in Ukraine and in the world. The scientific base of the optimal concept of the PHC System is grounded on the following principles: availability, proper quality and maximum achievable efficiency. It should be noted that the current RLF, which regulates the PHC provision in Ukraine, needs further development and improvement in accordance with the current needs of the population and the requirements of international standards and norms. The Ukrainian Health Care System reform includes PHC System reform. Therefore, the accessible, high-quality and effective PHC System constructing and developing requires further development, improvement and optimization of the current RLF, which regulates the PHC provision in Ukraine. Adequate RLF is the basis and an important condition for the implementation of an optimal PHC System in Ukraine. An important task is the development of standards, quality indicators, clinical protocols and guidelines, improvement of the Procedure for PHC providing to adults and children, approval and improvement of indications and criteria for determining the status of PP in adults and children, etc. 3. The creation and development of a modern available, high-quality and effective PHC System in Ukraine meets the requirements of international standards and norms. The necessity of implementing a patient-family-oriented PHC System with multidisciplinary, interdepartmental and intersectoral approaches, due to the coordination and cooperation of organizations subordinate to various ministries and departments and privately owned institutions, the involvement of Non-Governmental Organizations (NGOs) and volunteers to provide general and specialized PHC. An urgent problem is also the need for appropriate funding of PHC by the state and regional and local authorities, the creation of new and modernization of existing PHC facilities, the training of a sufficient number of specialists involved in the PHC provision – doctors, nurses, social workers, psychologists, medical chaplains, support of NGOs and volunteers.

Keywords: *Palliative and Hospice Care System, regulatory and legal framework, palliative patient, palliative and hospice care standards, palliative and hospice care facilities, multidisciplinary, interdepartmental and intersectoral approaches, financing of palliative and hospice care.*

Вступ

В Україні впродовж останніх років держава приділяє значну увагу створенню і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної та хоспісної допомоги (далі – ПХД), яку можна визначити як інноваційний вид медико-соціальної допомоги хворим на захворювання, що загрожують життю пацієнта, у т.ч. інкурабельним пацієнтам та хворим у термінальних стадіях захворювань (паліативним пацієнтам, далі – ПП), і членам їхніх сімей. Порівнюючи ПХД з традиційною медициною та етіопатогенетичним лікуванням, метою яких є одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії при хронічному захворюванні, ПХД спрямована на забезпечення максимально досяжної якості життя ПП та членів їхніх сімей або законних представників. Тому, згідно із сучасними міжнародними підходами і концепціями розвитку систем охорони здоров'я і соціального захисту населення, в усіх країнах має бути створена система ПХД, яка забезпечить населенню рівний доступ до її служб.

У більшості розвинених країн світу з другої половини ХХ століття створення та розвиток системи ПХД населенню розглядається як одне з пріоритет-

них медико-соціальних і гуманітарних завдань урядів та суспільства. Актуальність зазначеної проблеми з кожним роком зростає, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних факторів: соціально-економічних, політичних, демографічних, медичних, морально-етичних тощо.

Результати наших досліджень свідчать, що основними складовими умовами успішного розвитку системи ПХД у будь-якій країні є: державна політика, спрямована на розвиток і впровадження ПХД, адекватне фінансування закладів ПХД; створення і удосконалення нормативно-правової бази, що адекватно реагує на потреби населення в ПХД; кваліфіковані мотивовані кадри; ефективні та доступні для ПП лікарські засоби; підтримка суспільства (недержавних організацій, громадських об'єднань), розвиток благодійності і волонтерства.

Наукове обґрунтування концепції системи ПХД населенню в Україні базується на засадах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми і сучасному розумінні системи ПХД, яка розглядається як комплексна програма заходів медичного, соціального, психологічного та духовного/релігійного змісту, спрямованих на всебічну допомогу/підтримку ПП і членів їхніх сімей.

Отже, важливою складовою успішного розвитку

системи ПХД в Україні є створення й удосконалення нормативно-правової бази, що адекватно реагує на потреби населення в ПХД. Зазначене вище визначило тему і завдання роботи.

Мета роботи – проаналізувати чинні нормативно-правові акти, що регулюють надання ПХД населенню в Україні; обговорити і визначити оптимальні підходи та пріоритетні напрями удосконалення й створення адекватної нормативно-правової бази як основи та важливої умови впровадження і розвитку оптимальної системи ПХД в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Використано нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій; наукові літературні джерела з пошукових систем «JAMA», «Scholar» та «PubMed»; дані офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ). Застосовано такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і системного аналізу.

Результати дослідження

Результати бібліосемантичного дослідження наукової літератури свідчать, що, за оцінками експертів, у світі щороку приблизно від 26,8 млн до 40 млн пацієнтів потребують ПХД [1,2,9]. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), серед дорослих ПП 38,5% хворіють на хронічні захворювання системи кровообігу, 34,0% – на злоякісні новоутворення, 10,3% – на хронічні респіраторні захворювання, 5,7% – на ВІЛ-інфекцію/СНІД, 4,6% – на цукровий діабет тощо. ПХД також потребують пацієнти з багатьма іншими небезпечними для життя захворюваннями, зокрема, неврологічними захворюваннями з тяжким перебігом, хронічною серцевою, нирковою і печінковою недостатністю, ревматоїдним артритом, розсіяним склерозом, хворобою Паркінсона, деменціями, вродженими і набутими вадами розвитку, хіміорезистентними формами туберкульозу тощо. Крім того, у зв'язку зі швидким постарінням населення у всьому світі зростає потреба в ПХД у глобальному масштабі, що зумовлено збільшенням поширеності в популяції асоційованих із віком тяжких небезпечних для життя хронічних інкурабельних захворювань [7,9,10,11,]. За прогнозами дослідників, потреба в ПХД у світі до 2040 р. може збільшитися на 25–47% [5].

Нагальна потреба та умови створення і розвитку в Україні системи ПХД населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я, напрями удосконалення нормативно-правової бази та пропозиції щодо оптимізації організації надання ПХД різним

категоріям пацієнтів обговорювалися впродовж останнього десятиліття в працях українських дослідників (Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, Ю.І. Губський, К.В. Данилюк, Н.О. Дацюк, О.З. Децик, Д.Д. Дячук, Ж.М. Золотарьова, В.М. Князевич, І.Р. Кужель, В.М. Лехан, Л.Ф. Матюха, В.М. Михальчук, Р.О. Моїсеєнко, Є.Й. Москвяк, О.О. Ріга, І.Я. Сеньюта, Г.О. Слабкий, А.В. Царенко, В.В. Чайковська, О.Г. Шекера та інші).

В основу наукового обґрунтування оптимальної концепції системи надання ПХД населенню покладено такі принципи: доступності, належної якості та максимально досяжної ефективності:

Забезпечення *доступності* населення до ПХД досягається шляхом:

1.1) впровадження елементів ПХД для усіх видів медичної допомоги, з акцентом на рівні ПМСД, і залучення до надання ПХД в амбулаторних умовах і вдома лікарів загальної практики – сімейних лікарів та фахівців мультидисциплінарних виїзних бригад ПХД;

1.2) забезпечення міжвідомчої співпраці з установами соціального захисту населення при наданні соціальних послуг із паліативного догляду вдома та соціальної складової в спеціалізованих закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) ПХД;

1.3) сприяння розвитку аптечних закладів, ліцензованих на відпуск наркотичних та психотропних анальгетиків, особливо в сільській місцевості, та закладів ПХД приватної форми власності;

1.4) забезпечення фінансової доступності населення до ПХД шляхом оплати надання ПХД Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) та з бюджетів різних рівнів відповідно до чинного законодавства або внесення ПХД в обов'язкове медичне страхування населення.

Якість надання ПХД населенню забезпечується впровадженням відповідних механізмів управління якістю медичної допомоги та зовнішнього і внутрішнього аудиту/моніторингу якості медичної допомоги, що забезпечується шляхом:

2.1) аудиту структури системи ПХД для різних видів медичної допомоги та спеціалізованих ЗОЗ ПХД;

2.2) аудиту/моніторингу процесу, що вимагає затвердження стандартів операційних процедур (відповідної підготовки і забезпечення ЗОЗ ПХД кваліфікованими і вмотивованими кадрами);

2.3) аудиту/моніторингу результату, що забезпечується затвердженням відповідних звітних форм і впровадження електронних форм реєстрації і обліку ПП.

Серед першорядних заходів управління якістю ПХД слід визначити:

2.4) оптимізацію галузевої нормативно-правової бази, у т.ч. затвердження стандартів надання ПХД

Таблиця 1

Розрахунок потреби у ПХД за рекомендацією ЕАРС (2019)

Захворювання	Частка померлих пацієнтів, які потребували ПХД, %
Злоякісні новоутворення	90
Хвороби системи кровообігу	35
Церебросудинні захворювання	60
Захворювання дихальної системи	50
Хронічні обструктивні захворювання легенів	80
Онкогематологічні захворювання	90
Хронічна печінкова недостатність і цироз печінки	95
Хвороба Альцгеймера та інші дегенеративні ураження нервової системи та деменції	80
Захворювання травної системи	30
Пневмонія	50
Ішемічна хвороба серця	5
Захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини	70
Вроджені та хромосомні вади розвитку	60
Туберкульоз	90
ВІЛ-інфекція/СНІД	100
Менінгіти	30

для різних видів медичної допомоги і стандартів утримання ПП у ЗОЗ ПХД;

2.5) оптимізацію кадрового забезпечення шляхом затвердження МОЗ України спеціальності або спеціалізації «Паліативна і хоспісна медицина», впровадження системи безперервної до- і післядипломної освіти медичних працівників із питань надання ПХД різним категоріям ПП і для різних видів медичної допомоги, а також механізмів їхньої матеріальної і моральної мотивації;

2.6) співпрацю та залучення науковців і експертів недержавних організацій (громадських об'єднань) до соціологічних досліджень щодо якості надання ПХД серед ПП та членів їхніх сімей.

3. **Ефективність** системи ПХД досягається:

3.1) впровадженням сучасних клінічних протоколів і настанов, заснованих на засадах доказової медицини, з надання ПХД ПП різної нозології;

3.2) адекватним асортиментом і доступністю лікарських засобів та обладнання і засобів догляду за ПП;

3.3) впровадженням мультидисциплінарних, міжвідомчих і міжсекторальних підходів, створенням мультидисциплінарних виїзних/мобільних бригад ПХД та стаціонарних ЗОЗ ПХД відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій і стандартів;

3.4) забезпеченням служб ПХД вмотивованими фахівцями з відповідною професійною підготовкою;

3.5) розвитком амбулаторних і позастанціонарних форм надання ПХД, що дасть змогу оптимізувати

вартість ПХД в умовах обмежених фінансових і технічних ресурсів.

З огляду на вищенаведене важливим завданням для створення і розвитку нормативно-правової бази, що адекватно реагує на потреби населення у ПХД, є розроблення стандартів, клінічних протоколів і настанов, удосконалення Порядку надання ПХД дорослим і дітям, затвердження та удосконалення показань і критеріїв визначення статусу ПП дорослого і дитячого віку тощо.

У 2009–2010 рр. Європейська асоціація паліативної допомоги (далі – ЕАРС) оприлюднила надзвичайно важливий документ, який представляє її офіційну позицію — Рекомендації «Біла книга стандартів та норм з паліативної допомоги в Європі» (частина I і II) [3,4]. Якщо стандарти відображають абсолютний мінімум, недотримуючись якого, забезпечити якість ПХД неможливо (мінімальні стандарти), то норми — це опис узгоджених цілей, досягнення яких потрібно прагнути (бажані норми). В основу стандартів ПХД покладено цінності, що стверджуються Радою Європи: права людини й права пацієнта, людська гідність, соціальна солідарність, демократія, гендерна рівність, свобода, участь пацієнта в прийнятті рішень і право вибору тощо.

Незважаючи на існуючі відмінності підходів до ПХД у різних країнах, є загальні цінності і принципи, що визначають філософію паліативної допомоги, серед яких більшість країн Європи, США та Австралії визнають такі:

- повагу до автономії і гідності пацієнта;
 - спілкування та взаємини ПП і персоналу;
 - ставлення до життя і смерті;
 - необхідність індивідуального планування і прийняття рішень;
- холістичний підхід тощо.

В останньому виданні «Атлас паліативної допомоги в Європі» (2019) [1] наведено найбільш сучасне бачення експертів ЕАРС щодо відсотка померлих від різних захворювань пацієнтів, які потребували ПХД (табл. 1).

Потребу пацієнта в ПХД можна також визначити за інтенсивністю хронічного больового синдрому (далі – ХрБС) за допомогою візуально-аналогової шкали інтенсивності болю, наведеної в Уніфікованому клінічному протоколі паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розробленому на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», затвердженої наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311. Інтенсивність ХрБС більше 6 балів за цією шкалою і відсутність ефекту за адекватного застосування наркотичних та психотропних анальгетиків може бути підставою не тільки визначення потреби пацієнта в ПХД, але й показанням для госпіталізації до спеціалізованого ЗОЗ ПХД або для виклику виїзної бригади ПХД.

Також існують рекомендації визначення потреби пацієнтів у ПХД за допомогою шкали Карновського (менше 50%); Шкали глобального погіршення когнітивних функцій (ШГПКФ – Global Deterioration Scale, GDS) – більше п'ятої стадії; Зведеної шкали оцінки когнітивних функцій (BCRS) та Шкали оцінки функціональних стадій (FAST) – починаючи зі стадії «6с» – для пацієнтів із первинними прогресуючими деменціями, зокрема, хворобою Альцгеймера.

Для визначення потреби в ПХД для пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки пухлинного та непухлинного генезу (цироз, хронічна печінкова недостатність, гепатоз) застосовують Систему стадій BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) – стадії «C і D», Класифікацію Чайлда-П'ю (Child-Pugh system) – стадія «C», або Оціночну (прогностичну шкалу) MELD (Model for End-stage Liver Disease) – індекс MELD більше 30 балів, яку наведено в Адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах. Вірусний гепатит В (хронічний).

Для визначення потреби в ПХД для пацієнтів із хронічними захворюваннями серця, зокрема, хронічною серцевою недостатністю, можна застосовувати Класифікацію серцевої недостатності за Стражеском та Василенком – II-Б-III стадії і Класифікацію NYHA (New York Heart Association Functional Classification – Нью-Йоркської асоціації кардіологів хронічної серцевої недостатності) – III-IV стадії.

Показаннями для надання ПХД пацієнтам із захворюваннями різної нозології можуть бути виникнення пролежнів III-IV ступеня, лікування яких регламентовано Клінічним протоколом надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію, затвердженим наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368, та Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна [спеціалізована] медична допомога, медична реабілітація)», затвердженим наказом МОЗ України від 03.08.2012 № 602. Існує нагальна потреба, щоб зазначені вище та інші об'єктивні показання для визначення статусу ПП були затверджені МОЗ України в Клінічних протоколах медичної допомоги при найбільш поширених тяжких хронічних захворюваннях.

Упродовж останнього десятиліття у світі та в Україні спостерігається активний розвиток ПХД дітям. ВООЗ зазначила, що ПХД повинна надаватися не тільки вмираючим дітям, але також і дітям, які страждають від хронічних невиліковних захворювань. Надання педіатричної ПХД починається з моменту встановлення діагнозу і здійснюється незалежно від того, чи продовжує дитина отримувати терапію, що спрямована на етіопатогенетичне лікування захворювання. Також в Атласі світу з паліативної допомоги [11] надаються рекомендації щодо захворювань у дітей (до 15 років), що потребують ПХД, та індекси розрахунку потреби в ПХД. Ми погоджуємося, що потреба в ПХД для дітей повинна розраховуватися не від кількості померлих, а від поширеності захворювань, що потребують ПХД, згідно з міжнародними рекомендаціями щодо показань ПХД дітям (табл. 2).

Наведена потреба в ПХД ще раз засвідчує актуальність і необхідність такого виду медичної/медико-соціальної допомоги для забезпечення належної якості життя, полегшення фізичних і моральних страждань ПП та їхніх рідних. Гуманне ставлення до ПП дорослого і дитячого віку, їхньої честі та гідності, поваги до приватного життя, автономності особистості, врахування загальнолюдських принципів тощо має бути враховане в нормативно-правовій базі, що забезпечить дотримання міжнародних підходів і стандартів у сфері забезпечення та захисту прав ПП.

Сьогодні основним законодавчим актом, який визначає нормотворчу діяльність з питань ПХД, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями. Введення Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання

Таблиця 2

Індекси розрахунку потреби в ПХД при різних захворюваннях у дітей згідно з міжнародними рекомендаціями

Захворювання (шифр за МКХ-10)	Індекс розрахунку потреби в ПХД
Онкологічні захворювання (C00-C97; D00-D48)	0,80
ВІЛ-інфекція/СНІД (B20-B24)	0,55
Хронічні серцево-судинні захворювання (I00-I99)	0,67
Цироз печінки (K74)	0,67
Вади розвитку (за винятком 50% вад серця)	0,67
Захворювання ендокринної, імунної системи та системи крові	0,67
Менінгіт	0,67
Хронічні захворювання нирок (N00-N15; N20-N23)	0,67
Білкова недостатність	0,67
Неврологічні захворювання (за винятком епілепсії)	0,67
Неонатальні захворювання	0,67

медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI окремого виду медичної допомоги – «паліативна допомога» можна вважати новим етапом розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Уперше в історії України паліативну допомогу визнано як вид медичної допомоги. Зокрема, у ст. 8. зазначено: «Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:...паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я...»; у розділі V. «Медична допомога», у ст. 33. «Забезпечення надання медичної допомоги» зазначено: «Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну.», а також визначено, що «за медичними показаннями одночасно з наданням медичної допомоги пацієнту надається реабілітаційна допомога у встановленому законодавством порядку».

Слід звернути увагу, що Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 № 2347-IX внесено зміни до ст. 35: «Паліативна допомога». Там дано нове визначення паліативної допомоги: «Паліативна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів усіх вікових категорій та членів їхніх родин, які зіткнулися з проблемами, пов'язаними із захворюваннями, що загрожують життю. Такий комплекс передбачає заходи щодо запобігання та полегшення страждань пацієнта через ранню ідентифікацію та оцінку симптомів, полегшення болю та

подолання інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Паліативна допомога за видами поділяється на загальну та спеціалізовану паліативну допомогу...».

У попередній редакції зазначеного закону визначення паліативної допомоги було інакшим: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їхніх сімей...».

Сучасне визначення значно розширює контингент пацієнтів, які потребують ПХД. Цим визначенням знято обмеження основного критерію ПП, яке було раніше – термінальна стадія інкурабельного захворювання і розширені показання для ПХД на захворювання, що загрожують життю. Тому МОЗ України повинно внести зміни до своїх наказів, згідно з чинним законом, зокрема, до наказу МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», яким затверджено: «Порядок надання паліативної допомоги», «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» і «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги», а також передбачено заходи щодо післядипломної освіти медичних працівників із питань ПХД та інше. Зазначений наказ є основним галузевим нормативно-правовим актом, що регулює

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

надання ПХД як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома.

Слід зауважити, що фінансування паліативної допомоги здійснюється з державного бюджету НСЗУ за пакетами: «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям» і «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям», що визначають обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки (специфікація). До моделі фінансування було б доцільно внести окремі пакети щодо дорослих (мобільна, стаціонарна медична допомога) і для дітей (мобільна, стаціонарна медична допомога), урахуовуючи різні підходи та особливості паліативної допомоги в дітей.

На думку авторів, існує суттєве розпорощення державних коштів, яке можна упорядкувати шляхом затвердження відповідної структури системи паліативної допомоги в Україні і визначення пріоритетності фінансування послуг у відповідних центрах (відділеннях). Доцільно в кожній області визначити центр паліативної/хоспісної допомоги як ЗОЗ, на який обласний/міста Києва департамент охорони здоров'я (далі – ДОЗ) покладає функцію координаційного центру мережі паліативної допомоги в області/місті, медичного округу; додатково визначити його функції, завдання та обов'язки. Саме такі центри повинні отримати першочергове фінансування.

Це має бути заклад спеціалізованої ПХД або заклад з окремим відділенням ПХД, (можливо, надалі з відділенням сестринського догляду для осіб похилого віку), але обов'язково з відділом мобільної паліативної допомоги, виїзною/консультативною мультидисциплінарною командою працівників.

Також доцільно в кожній області визначити центр паліативної допомоги дітям як ЗОЗ, на який обласний/міста Києва ДОЗ покладає функцію координаційного дитячого центру мережі паліативної допомоги в області/місті, медичного округу зі стаціонарним відділенням і відділом мобільної паліативної допомоги.

Наступним у структурі повинні стати центр(и) зі стаціонарним відділенням і відділом мобільної паліативної допомоги, що створюються і в інших містах за потреби (у кластерних ЗОЗ). На них покладається відповідним органом охорони здоров'я функція координаційного центру мережі паліативної допомоги на території кластера, частини округу. Необхідно передбачити особливості фінансування координаційних центрів мережі паліативної допомоги (для дорослого населення та для дітей) в області/місті, медичному окрузі, а також додатково визначити наказом МОЗ України його функції, завдання та обов'язки. Такі зміни можуть бути вне-

сені до наказу МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», шляхом затвердження додатка про рекомендовану структуру системи ПХД в Україні.

Важливо передбачити фінансування діяльності координаційного центру мережі паліативної допомоги в області/місті, медичного округу за рахунок коштів НСЗУ та регіональних програм місцевих бюджетів. Під час фінансування пакетів ПХД слід почати передусім із фінансування саме таких центрів для розвитку повноцінної мережі ПХД та припинення розпорощення коштів.

Необхідно налагодити спільний контроль регіональних офісів НСЗУ та координаційних центрів мережі ПХД за достовірністю та якістю надання допомоги, відповідно до визначених для ЗОЗ пакетів.

ВООЗ рекомендує впроваджувати і розвивати трирівневу систему надання паліативної допомоги, проте для України на даному етапі це може бути дворівнева система, зокрема:

Перший рівень. Первинна паліативна допомога – це паліативна медична допомога, яка надається насамперед сімейними лікарями на первинному рівні, а також вузькими спеціалістами на первинному рівні та в консультативно-діагностичних центрах (наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 21.03.2018 за №348/31800), у якому передбачено Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги; наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»).

За обслуговування паліативних хворих сімейні лікарі мають одержувати доплату за коефіцієнтом (як за людей похилого віку або дітей). На цьому рівні не має відбуватись отримання додаткових пакетів із паліативної допомоги від НСЗУ, як і сімейним лікарем не повинно здійснюватися фіналізування випадку паліативної допомоги. Сьогодні слід уважно вивчити одночасне контрагування пакетів первинної допомоги та мобільної паліативної допомоги, бо в такому вигляді, за результатами попереднього аналізу, допомога практично не надається, це стає базою для фальшувань і дискредитації філософії надання паліативної допомоги, фактичне розпорощення коштів, виділених на ПХД.

Другий рівень. Вторинна (спеціалізована) паліативна допомога – це паліативна медична допомога, яка здійснюється у:

- лікарні-хоспіси, медичному центрі ПХД;

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

- спеціалізованих відділеннях стаціонарної ПХД з відділом мобільної паліативної допомоги у цій же лікарні;
- спеціалізованих відділеннях ПХД у ЗОЗ;
- відділах мобільної паліативної допомоги, у складі яких є лікар (отримав спеціальну підготовку з ПХД), який працює у відділі на постійній основі за основним місцем роботи. Обов'язкова наявність мультидисциплінарної команди надавачів паліативної допомоги (медичні працівники та працівники різних спеціальностей, які можуть працювати за сумісництвом, пройшли підготовку з паліативної допомоги – спеціалізація або тематичне удосконалення не менше 2 тижнів протягом останніх 5 років на час контракування).

Контракування мобільних бригад у центрах первинної допомоги не відповідає вимогам пакету на 2023 рік за пунктом «мультидисциплінарна команда», усі члени якої повинні працювати в штаті контракуваного закладу на постійній основі, функціональні обов'язки сімейного лікаря повністю співпадають із роз'ясненням голови НСЗУ щодо дій мобільних бригад на первинному рівні.

Отже, нагальними є розроблення і затвердження критеріїв створення і функціонування центрів ПХД першого і другого рівнів, з розмежуванням їхніх обов'язків, а також індикаторів якості оцінки ПХД.

Під час створення мережі ЗОЗ ПХД і визначення їхньої кількості необхідно враховувати статистичні коригувальні показники (обмеження кількості ЗОЗ ПХД відповідно до демографічних показників), враховуючи, що паліативної допомоги потребує близько 1% населення та близько 0,1% дитячого населення. Тобто мають бути обмеження розрахункової потреби кількості послуг для паліативних пацієнтів на певній території.

Також МОЗ України необхідно розробити й затвердити Державні стандарти надання ПХД (стандарти лікування, стандарти утримання ПП, стандарти координації і співпраці з установами соціальної опіки тощо); Табелі оснащення, Примірне положення про ЗОЗ ПХД, Нормативи забезпечення ліжками для ПП у стаціонарних ЗОЗ ПХД, нормативи навантаження лікарів і середніх медичних працівників, які надають ПХД, тощо. Адже саме забезпечення та дотримання Державних стандартів має враховуватися під час моніторингу якості надання ПХД, а в майбутньому – і під час державної акредитації ЗОЗ ПХД будь-якої форми власності та підпорядкування. Необхідно розробити і затвердити нормативні акти про створення лікарень і відділень сестринського/тривалого догляду, що сьогодні в умовах постаріння населення та по-

ширення хронічних неінфекційних асоційованих із віком захворювань набуває особливої актуальності.

Слід зазначити, що досі не виконано п. 4 зазначеного вище наказу МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», де передбачено «забезпечити внесення змін до класифікатора професій назву професії – лікар з паліативної допомоги».

У цьому наказі немає показань для проведення або не проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів на етапі вмирання інкурабельного паліативного пацієнта, що має не тільки клінічне, але й юридичне значення. Ці та низка інших неточностей і колізій потрібно врахувати під час розроблення та удосконалення чинної нормативно-правової бази.

Результати аналізу чинної нормативно-правової бази також свідчать, що поки що в Україні є чинним єдиний Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затверджений наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368; і лише в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція» (затверджено наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92) і в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція» (затверджено наказом МОЗ України 19.07.2016 № 736) є окремі розділи «Паліативна медична допомога». Зазначене потребує, щоб МОЗ України під час розроблення і затвердження нових клінічних протоколів обов'язково включало розділи «Паліативна медична допомога» в зазначені нормативні акти.

Необхідно розробити методологічні засади алгоритму співдії Центру паліативної та хоспісної допомоги з територіальними центрами соціальної допомоги громадянам у межах виконання Державного стандарту надання соціальних послуг «Паліативний догляд» (наказ Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду», затвердженого Міністерством юстиції України у 2016 році).

Отже, слід зазначити, що чинна нормативно-правова база, яка регулює надання ПХД в Україні, потребує подальшого розвитку та вдосконалення відповідно до сучасних потреб у ній населення та вимог міжнародних стандартів і норм. Зазначене зумовлює також необхідність відповідного фінансування ПХД з боку держави та регіональних і місцевих органів влади, створення нових і модернізації вже існуючих

ЗОЗ ПХД, підготовки достатньої кількості фахівців, залучених до надання ПХД – лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, психологів, медичних капеланів, підтримки недержавних/громадських організацій та волонтерів.

Висновки

1. Реформа системи охорони здоров'я, яка триває в Україні, включає в себе і реформу системи паліативної та хоспісної допомоги. Тому побудова і розвиток системи доступної, якісної та ефективної ПХД потребують подальшого розвитку, удосконалення та оптимізації чинної нормативно-правової бази, яка регулює надання ПХД в Україні.

2. Адекватна нормативно-правова база є основою і важливою умовою впровадження оптимальної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. МОЗ України повинно внести зміни до своїх наказів, згідно з чинним Законом України від 01.07.2022 № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», зокрема, до наказу МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Важливим завданням є розроблення стандартів, індикаторів якості, клінічних протоколів

і настанов, удосконалення Порядку надання ПХД дорослим і дітям, затвердження та удосконалення показань і критеріїв визначення статусу ПП дорослого і дитячого віку тощо.

3. Створення і розвиток в Україні сучасної системи доступної, якісної та ефективної ПХД відповідає вимогам міжнародних стандартів і норм. Встановлено необхідність впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги, яка буде пацієнт-сім'я-орієнтованою, з мультидисциплінарними, міжвідомчими і міжсекторальними підходами, за рахунок координації та співпраці організацій, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам, а також закладів, які є у приватній власності, залучення недержавних організацій та небайдужих охочих допомоги (волонтерів) до надання загальної та спеціалізованої ПХД.

4. Актуальною проблемою є також необхідність відповідного фінансування ПХД з боку держави та регіональних і місцевих органів влади, створення нових та модернізації вже існуючих ЗОЗ ПХД, підготовки достатньої кількості фахівців, залучених до надання ПХД – лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, психологів, медичних капеланів, підтримки недержавних/громадських організацій та волонтерів.

References/Література

1. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY et al. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press.
2. Centeno C, Sitte T, De Lima L et al. (2019). *White Book for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City*. Libreria Editrice Vaticana: 103.
3. EAPC. (2009). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I. European Journal of Palliative Care*. 16(6): 278–289.
4. EAPC. (2010). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II. European Journal of Palliative Care*. 17(1): 22–33.
5. Etkind SN, Bone AE, Gomes B et al. (2017). *How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services*. *BMC Med*. 15(1): 102. URL: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>.
6. Moiseienko RO, Kniazevych VM. (2015). *Paliatyvna pidtrymka ditei v Ukraini, yak skladova systemy pediatrichnoi dopomohy. Rehabilitsiia ta paliatyvna medytsyna*. 2(2): 31–38 [Моїсеєнко РО, Князевич ВМ. (2015). Паліативна підтримка дітей в Україні, як складова системи педіатричної допомоги. Реабілітація та паліативна медицина. 2(2): 31–38].
7. WHO. (2014). *Ukrepnenye pallyatyvnoi medytsynskoi pomoshchy v kachestve odnogo yz komponentov kompleksnogo lecheniya na protiazheniyu vseho zhyznennoho tsykla. Rezoliutsiya 67-i sessyy Vsemyrnoi assambley zdravookhraneniya, No. A67/31 ot 4 aprelia 2014 h. Zheneva: 11* [ВОЗ. (2014). Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, № А67/31 от 4 апреля 2014 г. Женева: 11]. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
8. Voronenko YuV, Moiseienko RO, Kniazevych VM ta insh. (2017). *Stan, problemy ta perspektyvy rozvytku paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini. Shchorichna dopovid pro stan zdorov'ia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2016 rik. K.: 266–293* [Вороненко ЮВ, Моїсеєнко РО, Князевич ВМ та інші. (2017). Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. К.: 266–293].

9. WHO. (2018). *Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019.* URL: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>.
10. WHO. (2018, Feb 19). *Palliative care.* URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
11. WHPCA and WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* Edited by S.R. Connor, M.C. S. Bermedo. World Health Organization: 111.

Відомості про авторів:

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, проф. каф. педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗУ імені П.Л. Шупика, Перший заст. Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Засл. лікар України. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205–49–48. <https://orcid.org/0000-0001-6727-8742>.

Царенко Анатолій Володимирович – д.мед.н., проф., зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НУОЗУ імені П.Л. Шупика, заст. Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Князевич Василь Михайлович – д.мед.н., Голова правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Засл. лікар України; тел. (044) 482–36–75.

Гойда Ніна Григорівна – д.мед.н., акад АН ВО України, проф. каф. управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗУ імені П. Л. Шупика, Засл. лікар України. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0001-6625-0078>.

Чайковська Віра Володимирівна – д.мед.н., проф., проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 18.09.2022 р., прийнята до друку 17.12.2022 р.

УДК 614.2:616–082:616–08.039.75:616–036.17

А. В. Царенко, Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда

Значення мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходів як умов впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 29-36; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.29

Мета – здійснити медико-соціальний аналіз умов та організаційних аспектів впровадження і розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано: вітчизняні та закордонні наукові літературні джерела; дані офіційної статистики Державної служби статистики і Міністерства охорони здоров'я України; результати соціологічного дослідження; нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій. Застосовані такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу та системного аналізу, порівняльного контент-аналізу і загальноприйняті медико-статистичні методи.

Результати. Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні протягом останніх десятиліть є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від онкологічних та тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В і С тощо. Це вимагає створення й удосконалення адекватної нормативно-правової бази, яка регулює розвиток доступної мультидисциплінарної, міжвідомчої та міжсекторальної системи ПХД, що потребує розвитку амбулаторної служби та стаціонарних закладів ПХД, координації роботи закладів і установ, які підпорядковані різним міністерствам і відомствам, передусім Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству праці та соціальної політики України, впровадження системи мотивації та підготовки кадрів із питань надання ПХД і залучення до надання паліативної допомоги вдома медичних працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги. Отже, доступна та якісна ПХД має бути інтегрована в систему медичної допомоги і соціального захисту населення, оскільки надання ПХД вже на ранніх етапах загрозливого для життя або інкурабельного захворювання може значно зменшити страждання і поліпшити якість життя як паліативних пацієнтів (ПП), так і членів їхніх сімей.

Висновки. Актуальність проблеми створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в Україні зумовлена несприятливою медико-демографічною ситуацією – постарінням населення, зростанням рівнів захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень та хронічних прогресуючих захворювань, які часто супроводжуються хронічним больовим синдромом і тяжкими симптомами, що суттєво знижують якість життя ПП.

Впровадження системи ПХД населенню потребує політичної підтримки Уряду України, регіональних і місцевих органів влади, відповідного фінансового забезпечення та участі всього суспільства. Впровадження і розвиток системи ПХД в Україні за умови адекватного фінансування з державного бюджету (Національна служба здоров'я України), а також за рахунок державної, регіональних і місцевих цільових програм ПХД дасть змогу надавати якісну та ефективну мультидисциплінарну і міжвідомчу паліативну допомогу на умовах рівної доступності, незалежно від нозології захворювання, місця проживання/перебування і соціального статусу ПП.

Результати дослідження дали змогу адаптувати міжнародний досвід і визначити різні форми надання ПХД, які, залежно від тяжкості перебігу захворювання та за бажанням ПП і членів їхніх сімей, можуть надаватися в спеціалізованих стаціонарних закладах охорони здоров'я ПХД, відділеннях ПХД закладів охорони здоров'я вторинної і третинної медичної допомоги або в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, а та-

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

кож у закладах ПХД будь-якої форми власності і відомчої приналежності за умови дотримання стандартів та вимог нормативно-правової бази.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: система паліативної та хоспісної допомоги; мультидисциплінарний, міжвідомчий та міжсекторальний підхід; паліативні пацієнти; нормативно-правова база; заклади паліативної та хоспісної допомоги.

The importance of multidisciplinary, interagency and intersectoral approaches as conditions for the Palliative and Hospice Care System implementation in Ukraine

A. V. Tsarenko, R. O. Moiseyenko, N. G. Goyda

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

Purpose – to carry out medical and social analysis of conditions and organizational aspects of the Palliative and Hospice Care (PHC) System implementation and development in Ukraine.

Materials and methods. There were analyzed: domestic and foreign scientific literary sources; data of official statistics of the State Statistics Service and the Ministry of Health of Ukraine; normative-legal documents of Ukraine and authoritative international professional organizations. And the following research methods were applied: bibliosemantic, system approach and system analysis, comparative content analysis and generally accepted medical-statistical methods.

Results. The peculiarities of the medical and demographic situation in Ukraine in recent decades are the rapid population aging, high morbidity and mortality from cancer and severe complications of chronic noncommunicable diseases, significant spread of HIV/AIDS, tuberculosis, viral hepatitis B and C etc. This requires the creation and improvement of an adequate regulatory framework (RF), which regulates the development of an accessible multidisciplinary, interagency and intersectoral PHC System, which requires the development of outpatient PHC services and inpatient PHC facilities, coordination of institutions and agencies subordinate to various ministries and agencies, first of all, the Ministry of Health of Ukraine and the Ministry of Social Policy of Ukraine; introduction of a system of motivation and training of PHC providers and involvement primary health care facilities medical staff in the palliative care provision at home. Thus, affordable and high-quality PHC should be integrated into the Health Care and Social Protection System, as PHC in the early stages of a life-threatening or incurable disease can significantly reduce suffering and improve the quality of life for both palliative patients (PPs) and their families.

Conclusions. The urgency of the problem of creating and developing a System of affordable, high quality and effective PHC in Ukraine is due to the unfavorable medical and demographic situation – population aging, increasing morbidity and mortality from cancer and chronic diseases, often accompanied by chronic pain syndrom and other severe symptoms that significantly reduce the quality of life of PPs. The implementation of the PHC System for the population requires political support from the Government of Ukraine, Regional and Local Authorities, appropriate financial support and the whole society participation. Implementation and development of the PHC System in Ukraine with adequate funding from the State Budget (National Health Service of Ukraine), as well as through state, regional and local targeted PHC Programs will provide quality and effective multidisciplinary and interagency palliative care on equal terms, regardless of the nosology of the disease, PPs place of residence/stay and social status.

The results of the study allowed to adapt international experience and identify different forms of PHC, which, depending on the severity of the disease and at the request of PPs and their families, can be provided in specialized inpatient PHC facilities, PHC departments of secondary and tertiary health care facilities or outpatient settings, including at home, as well as in PHC facilities of any form of ownership and departmental affiliation, subject to compliance with the standards and requirements of the RF.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: Palliative and Hospice Care System; multidisciplinary, interagency and intersectoral approach; palliative patients; regulatory framework.

Вступ

Про гостру і швидко зростаючу потребу надання паліативної медичної допомоги інкурабельним хворим в Україні лікарі-практики, науковці та представники громадських організацій почали говорити наприкінці ХХ і на початку ХХІ століття у зв'язку з несприятливою медико-демографічною та соціально-економічною ситуацією в країні [6,8,11,16,17,20,22].

Упродовж останніх п'яти років в Україні щороку близько 2 млн осіб (близько 500 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя та близько 1,5 млн членів їхніх сімей) потребують кваліфікованої паліативної та хоспісної допомоги (ПХД). Зазначене зумовлює

велике медико-соціальне, політичне, економічне та гуманітарне значення проблеми створення та розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД [5,9,10,13,14,18,19,23,24].

Проте сьогодні в Україні ще не створена система надання ПХД населенню відповідно до міжнародних підходів і стандартів. Зазначене вимагає державної підтримки і розвитку адекватної нормативно-правової бази (НПБ) та фінансування програм ПХД на національному, регіональних і місцевих рівнях, що дасть змогу в процесі трансформації системи охорони здоров'я та соціального захисту населення раціонально перерозподілити наявні інституціональ-

ні, технічні та кадрові ресурси, забезпечити їх ефективне використання, досягти рівної доступності населення до якісної ПХД в усіх регіонах України, для усіх видів медичної допомоги та координації і співпраці закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та закладів соціальної опіки, а також закладів недержавної форми власності [4,12,15,18,23,25].

Мета дослідження – здійснити медико-соціальний аналіз умов та організаційних аспектів впровадження і розвитку системи ПХД в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано вітчизняні та закордонні наукові літературні джерела з використанням пошукових систем «JAMA», «Scholar» та «PubMed»; дані офіційної статистики Державної служби статистики і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України; результати соціологічного дослідження; нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій. Застосовано такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу та системного аналізу, порівняльного контент-аналізу і загальноприйняті медико-статистичні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Соціально-медичний аналіз медико-демографічних показників Державної служби статистики та МОЗ України свідчить про: швидке постаріння населення України – у загальній структурі населення частка людей старше працездатного віку впродовж останніх десятиліть збільшилася з 20,7% у 2000 р. до 22,9% у 2017 р.; високий рівень загальної смертності – загальний коефіцієнт смертності у 2018 р. становив 14,8‰, що у 1,53 раза перевищує середній показник у країнах Євросоюзу (9,7‰); високий рівень смертності від хвороб системи кровообігу і злоякісних новоутворень, які у 2017 р. становили 384,8 тис. осіб та 78,3 тис. осіб, що в структурі смертності населення становить 68,3% та 13,6%, відповідно, та інших хронічних неінфекційних захворювань, ВІЛ-інфекції/ СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С тощо.

В Україні спостерігається суттєва різниця між коефіцієнтом смертності населення в різних регіонах, наприклад у 2018 р. – від 12,2‰ у Закарпатській обл. до 19,1‰ у Чернігівській, 16,8‰ у Полтавській та 16,6‰ у Черкаській обл., а також між сільським і міським населенням (в 1,18 раза вище). Зазначене необхідно враховувати при плануванні розвитку системи ПХД в регіональному аспекті.

Розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80, який затверджено у 2011 р. наказом МОЗ України №420) у 2017 р. становила 457,1 тис. осіб, або 1078,4 на 100 тис. населення. Найвищі показники

виявлені в Чернігівській (1472,2 на 100 тис. населення, що на 36,5% перевищує середній показник по Україні), Полтавській (1319,9), Кіровоградській (1308,7), Черкаській (1304,6) областях. Якщо до числа паліативних пацієнтів (ПП) додати по 2–3 члени їхніх сімей, то ПХД щороку потребують близько 1,5–2 млн наших співвітчизників.

Потреба в педіатричній паліативній допомозі (ПД) має розраховуватися не від кількості померлих дітей, а від поширеності захворювань, що потребують ПД, згідно з міжнародними визначенням ПД дітям та рекомендаціями щодо показань для надання ПД дітям. Зазначене свідчить про потребу термінового затвердження МОЗ України методики розрахунку потреби у ПХД.

Аналіз літературних джерел свідчить, що, на відміну від традиційної медичної допомоги, зокрема етіопатогенетичного лікування, орієнтованого на одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційна ПХД має на меті передусім підвищити якість життя ПП та членів їхніх сімей.

Згідно із сучасними міжнародними стандартами і нормами:

- право на ПХД належить до основних прав людини в сучасному світі;
- рівний доступ до служб ПХД повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб та незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак ПП;
- ПХД повинна бути доступною всім пацієнтам за першої необхідності незалежно від того, коли і де ця потреба виникне;
- крім того, ПХД не має створювати надмірних фінансових труднощів, особливо для ПП з малозабезпечених і незахищених верств населення [3,7,21,26–30].

Отже, аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій дає змогу визначити сучасну пацієнт–сім'я-орієнтовану парадигму системи надання ПХД, яка полягає в тому, що ПП та члени їхніх сімей мають право і повинні одержувати адекватну ПХД, що забезпечить максимально досяжний рівень якості їхнього життя, а обов'язок урядів усіх держав – забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення.

Результати системно-історичного аналізу міжнародного досвіду організації надання ПХД населенню свідчать, що в різних країнах, незважаючи на соціально-економічні та національні особливості, є обов'язкові умови і складові для створення й розвитку системи або служби ПХД. Це, зокрема:

- наявність політичної волі та підтримка державними, регіональними і місцевими органами влади;
- створення і удосконалення адекватної НПБ,



Рис. Обов'язкові умови та складові системи паліативної і хоспісної допомоги

що відповідає сучасним міжнародним підходам, стандартам і нормам;

- підбір, навчання і мотивація кадрів;
- адекватне фінансування, забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) і обладнанням;
- підтримка суспільства, розвиток благодійності і волонтерства (рис.).

Однією з найважливіших умов створення і розвитку системи ПХД є підтримка держави – політична, законодавча, економічна, інформаційна тощо.

У Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи від 28.01.2009 №1649 «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» [1] паліативна допомога розглядається як зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціальної політики, і виділяються чотири її напрями:

- 1) управління/контроль симптомів;
- 2) психологічна, духовна і емоційна підтримка;
- 3) підтримка сім'ї хворого;
- 4) допомога членам сім'ї у зв'язку зі смертю близької людини.

ПД складається з двох великих компонентів:

- полегшення страждань хворого протягом усього періоду тяжкої небезпечної для життя хвороби (разом з етіопатогенетичним лікуванням);
- паліативна медична допомога в останні місяці, дні і години життя хворого (*end of life care*) [1].

За бажанням ПП та членів їхніх сімей, вони можуть одержувати ПХД амбулаторно, у тому числі вдома, або стаціонарно в закладі будь-якої форми власності та відомчої приналежності за умови забезпечення мультидисциплінарного підходу.

Основним галузевим нормативно-правовим актом, що регулює сьогодні надання паліативної і хоспісної медичної допомоги як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, є наказ МОЗ

України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», яким затверджено: «Порядок надання паліативної допомоги», «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» і «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги», а також передбачено заходи щодо післядипломної освіти медичних працівників із питань ПХД та інше.

Слід зазначити, що в цьому наказі дано визначення паліативної допомоги, що відповідає сучасним міжнародним принципам. Зокрема: «паліативна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд...» та «пацієнт, який потребує паліативної допомоги – пацієнт будь-якого віку із захворюванням, що обмежує та загрожують життю». Цим визначенням знято обмеження основного критерію ПХД, яке було раніше – термінальна стадія інкурабельного захворювання і розширено показання для ПХД на захворювання, що обмежують життя, або на захворювання, що загрожують життю; введено комплексність 'ПХД і визначено як суб'єкти ПХД члени сім'ї та інші особи, що здійснюють за ним догляд.

Враховуючи сучасну ситуацію в Україні, коли більшість ПП одержують ПХД в амбулаторних умовах або вдома із залученням лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ) та інших медичних працівників ЗОЗ ПМСД, заслуговує на увагу наказ МОЗ України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», у якому передбачено «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги», у т. ч. ПХД, а також наказ МОЗ України від 29.07.2016 №801 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», у якому визначаються обов'язки лікарів ЗП-СЛ у наданні ПХД на рівні ПМСД.

Міністерство праці та соціальної політики України активно формує НПБ з питань соціальної послуги з паліативного догляду (СППД). Свідченням цього є наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 29.01.2016 №58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду». Зазначений наказ визначає зміст, обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання СППД, показники її якості, регламентує діяльність закладів соцзахисту

населення в питаннях обслуговування ПП в амбулаторних умовах і вдома. Також тут вводиться поняття «моніторинг якості надання СППД», що, на нашу думку, слід врахувати в удосконаленні та розробленні нових наказів МОЗ України, які регулюють надання ПХД. Також цінними для лікарів, особливо ЗОЗ ПМСД, можуть бути додатки до зазначеного наказу, зокрема: Додаток 3 «Основні заходи, що становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду, та орієнтовний час для їх виконання», що дають змогу застосувати кількісну оцінку (у балах) стану ПП і динаміку ефективності ПХД. Також уперше запропоновано в Додатку 4 «Показники якості соціальної послуги з паліативного догляду», що також можна застосовувати в ЗОЗ ПМСД.

Одним із важливих відомчих нормативно-правових актів, що регулюють і забезпечують надання СППД працівниками закладів соцзахисту населення, є наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 09.08.2017 №1293 «Про затвердження Типового положення про відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю». У п. 1 цього наказу дано визначення «Відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю». Важливо, що в розділі II «Завдання та основні напрями діяльності Відділення» визначено комплексні мультидисциплінарні завдання Відділення, що узгоджуються з міжнародними стандартами, зокрема, у розділі VI «Медичне обслуговування підопічних у Відділенні» регламентовано «порядок надання паліативної медичної допомоги».

Для розроблення і вдосконалення НПБ з питань регулювання ПХД слід забезпечити умови та мотивувати органи місцевого самоврядування (державні адміністрації) через механізм соціального замовлення впроваджувати нові форми цілодобового надання СППД для ПП (квартири або будинки спільного проживання, лікарні або відділення сестринського/тривалого догляду тощо), мотивації і підтримки волонтерських організацій, благодійництва і меценатства тощо.

Для забезпечення системи ПХД кваліфікованим персоналом важливо врегулювати питання адекватної оплати фахівців, залучених до надання ПХД. Спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 05.10.2005 №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за №1209/11489) визначено порядок оплати праці працівників хоспісів та відділень ПХД. Так, у Додатку 3 до «Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ со-

ціального захисту населення» затверджено «Перелік закладів (підрозділів) та посад, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці»: «2. Заклади, підрозділи та посади, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 15 відсотків у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці:... 2.25. Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України, лікарні, центри, відділення «Хоспіс».

Водночас у Додатку 4 цього наказу працівникам центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом, закладів та спеціалізованих відділень (кабінети, палати) ЗОЗ для лікування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих встановлено підвищення посадових окладів на 60%. Але слід зазначити, що персонал ЗОЗ ПХД теж регулярно залучається до надання ПХД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, працює в умовах значних фізичних і психоемоційних перевантажень, одержуючи підвищення посадових окладів (ставок) лише на 15%, що слід обов'язково врахувати в удосконаленні і розробленні НПБ.

Доступність та ефективність ПХД досягається шляхом забезпечення і координації співпраці ЗОЗ та закладів соціальної опіки, що регулюється деякими зазначеними вище нормативно-правовими актами, а також спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 23.05.2014 №317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим». Згідно із зазначеним наказом, основними координаторами роботи з питань надання СППД вдома визначено територіальні центри соціального обслуговування. Слід зазначити, що це потребує введення додаткових штатних одиниць із відповідним рівнем кваліфікації, забезпечення навчання та перепідготовки персоналу, а також матеріально-технічного забезпечення витратними матеріалами, спецодягом, спецзасобами догляду, медикаментами тощо.

Сьогодні саме навчання і підвищення кваліфікації соціальних працівників із питань СППД є значною проблемою для установ системи Міністерства праці та соціальної політики України, оскільки в системі соціального захисту населення відсутні регіональні заклади післядипломної освіти соціальних працівників. Існує досвід створення Центру підготовки доглядальників (директор – проф. В. В. Чайковська) на базі ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» [1,2].

Суттєвим недоліком чинної НПБ є відсутність затверджених Державних стандартів надання ПХД. Важливим призначенням стандартів ПХД є належна

організація паліативної і хоспісної медичної допомоги (паліативного лікування), у тому числі умов утримання ПП, захисту прав кожного ПП, членів його сім'ї. Стандартами надання ПХД передусім повинні визначатися права і обов'язки та взаємовідносини суб'єктів процесу – медичних працівників, персоналу, залученого до надання ПХД, та ПП і членів його сім'ї / законних представників, а також медична інформація, обсяги медичної допомоги, вимоги до її якості та безпеки, рівня освіти та кваліфікації фахівців для закладів ПХД незалежно від відомчої приналежності чи форми власності.

Отже, доступна та якісна ПХД має бути інтегрована в систему медичної допомоги і соціального захисту населення, оскільки надання ПХД вже на ранніх етапах загрозливого для життя або інкурабельного захворювання може значно зменшити страждання і поліпшити якість життя як ПП, так і членів його сім'ї. У визначенні клінічного маршруту ПП важливо керуватися як медичними показаннями та потребою ПП у цілодобовій або щоденній ПХД, так і територіальною доступністю пацієнта до закладів ПХД, співпрацею із закладами соціальної опіки, наявністю недержавних закладів ПХД, гендерними та віковими особливостями ПП, а також враховувати місце проживання, соціальні умови та психоемоційний клімат у сім'ї, бажання та згоду ПП на госпіталізацію тощо, можливість організувати і забезпечити мультидисциплінарний підхід надання ПХД.

Висновки

Актуальність проблеми створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в Укра-

їні зумовлена несприятливою медико-демографічною ситуацією – постарінням населення, зростанням рівня захворюваності й смертності від злоякісних новоутворень та хронічних прогресуючих захворювань, які часто супроводжуються хронічним больовим синдромом і важкими симптомами, що суттєво знижують якість життя ПП.

Впровадження системи ПХД населенню потребує політичної підтримки Уряду України, регіональних і місцевих органів влади, відповідного фінансового забезпечення та участі всього суспільства. Впровадження і розвиток запропонованих моделей системи ПХД в Україні за умови адекватного фінансування з державного бюджету (Національна служба здоров'я України), а також за рахунок державної, регіональних і місцевих цільових програм ПХД дасть змогу надавати якісну та ефективну мультидисциплінарну і міжвідомчу паліативну допомогу на умовах рівної доступності, незалежно від нозології захворювання, місця проживання/перебування і соціального статусу ПП.

Результати дослідження дали змогу адаптувати міжнародний досвід і визначити різні форми надання ПХД, які, залежно від тяжкості перебігу захворювання та за бажанням ПП і членів їхніх сімей, можуть надаватися в спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД, відділеннях ПХМ ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги або в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, а також у закладах ПХД будь-якої форми власності і відомчої приналежності за умови дотримання стандартів та вимог НПБ.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Chaikovska V, Vialykh T, Tsarenko A. (2018). Estimation of need for staff care training for the elderly persons. *International Journal Rehabilitation and Palliative Medicine. International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 1 (7): 43–50.
2. Chaikovska V, Vialykh T, Tsarenko A. (2018). Methodological basis for the course «Fundamentals of long-term and palliative care for elderly patients and internally displaced persons» (to help educational institutions of the 2nd–4th accreditation levels). *International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 1 (7): 36–46. [Чайковська ВВ, Вялих ТІ, Царенко АВ. (2018). Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» (на допомогу навчальним закладам II–IV рівня акредитації). *Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина*. 1 (7): 36–46].
3. Council of Europe. (2014, Oct). *European Declaration on Palliative Care. Launched in Brussels*. URL: <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.
4. Detsyk OZ, Melnyk RM. (2018). Analiz bachennia medychnykh pratsivnykiv shchodo problem orhani-zatsii pediatrichnoi paliativnoi dorotomu v Ukraini. *Ekonomika i pravo okhorony zdorov'ya*. 2 (8): 17–22. [Децик ОЗ, Мельник РМ. (2018). Аналіз бачення медичних працівників щодо проблем організації педіатричної паліативної допомоги в Україні. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2 (8): 17–22].
5. Detsyk OZ, Zolotareva JhM. (2015). Palliative care: problems of incurable patients' families. *International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 1 (1): 55–59. [Децик ОЗ, Золотарьова ЖМ. (2015). Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих. *Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина*. 1 (1): 55–59]. doi: 10.15574/IJRP.2015.01.55.

6. Diachuk DD. (2003). *Orhanizatsiini pidkhody do nadannia paliatyvnoi medychnoi dopomohy inkurabelnym onkologichnym khvorym. Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2: 48–54.* [Дячук ДД. (2003). Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2: 48–54].
7. EAPC. (2014). *Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe – presenting a new EAPC publication. Europ J of Palliative Care. 21: 6. URL: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21\(6\)_Centeno.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21(6)_Centeno.pdf).*
8. Gubskiy Yu, Serdiuk W, Martyniuk-Gres S, Tsarenko A, Wolf A. (2007). *Opieka paliatywna na Ukrainie: osiagniecia I perspektywy. Clinical and Experimental Letters. 48: 23–24.*
9. Hoida NH, Tsarenko AV, Kniazevych VM, Hubskeyi YuI. (2015). *Orhanizatsiini aspekty stvorennia systemy paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini. U zb.: Aktualni pytannia nadannia paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini. Orhanizatsiini, medyko-iurydychni ta kliniko-farmatsevtichni pytannia. Materialy III Vseukr. nauk. – prakt. konfer. 22–24.04.2015. Za red. YuV Voronenka, YuI Hubskeho. Kyiv: Talkom: 32–48.* [Гойда НГ, Царенко АВ, Князевич ВМ, Губський ЮІ. (2015). Організаційні аспекти створення системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук. – практик. конфер. 22–24.04.2015. За ред. ЮВ Вороненка, ЮІ Губського. Київ: Талком: 32–48].
10. Hubskeyi YuI, Hoida NH, Tsarenko AV. (2015). *Development of palliative and hospice care in Ukraine: institutional, legal and medical aspects. International journal Rehabilitation and Palliative Medicine. 1 (1): 68–74.* [Губський ЮІ, Гойда НГ, Царенко АВ. (2015). Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти. Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. 1 (1): 68–74]. doi: 10.15574/IJPRM.2015.01.68.
11. Hubskeyi YuI, Tsarenko AV, Skoryna OO et al. (2009). *Aktualni pytannia vprovadzhenia systemy paliatyvnoi dopomohy ta zabezpechennia prav patsientiv z обмеженим prognozom zhyttia v Ukraini. U zb. Pravo na medychnu dopomohu v Ukraini. Kharkivska pravozakhysna hrupa. Kharkiv: Prava liudynu: 224–266.* [Губський ЮІ, Царенко АВ, Скорина ОО та ін. (2009). Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні. У зб. Право на медичну допомогу в Україні. Харківська правозахисна група. Харків: Права людини: 224–266].
12. Hubskeyi YuI, Tsarenko AV. (2017). *Paliatywna dopomoha ta eutanazija: medyko-sotsialni, bioetychni, pravovi aspekty. Zdorov'ia suspilstva. 6 (1–2): 87–97.* [Губський ЮІ, Царенко АВ. (2017). Паліативна допомога та еутаназія: медико-соціальні, біоетичні, правові аспекти. Здоров'я суспільства. 6 (1–2): 87–97].
13. Ivolhin VI, Voronenko YuV, Moiseienko RO, Kniazevych VM et al. (2017). *Stan, problemy ta perspektyvy rozvytku paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini. Zb. Shchorichna dopovid pro stan zdorov'ia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2016 rik. MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». Kyiv: 266–293.* [Іволгін ВІ, Вороненко ЮВ, Моїсеєнко РО, Князевич ВМ та ін. (2017). Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Зб. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: 266–293].
14. Kniazevych VM, Tsarenko AV, Yakovenko IV, Bratsiun OP. (2013). *Natsionalna Stratehiia stvorennia ta rozvytku systemy paliatyvnoi dopomohy v Ukraini (proekt). Materialy Pershoho Natsionalnoho Konhresu z paliatyvnoi dopomohy. (m. Irpin, 26–27.09.2012 r.). K.: Vydavnychiy dim «Kalyta»: 7–14.* [Князевич ВМ, Царенко АВ, Яковенко ІВ, Брацюнь ОП. (2013). Національна Стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект). Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. (м. Ірпін, 26–27.09.2012 р.). К.: Видавничий дім «Калита»: 7–14].
15. Kniazevych VM. (2015). *Perspektyvy rozvytku paliatyvnoi dopomohy v Ukraini. International journal Rehabilitation and Palliative Medicine. 2: 131–134.* [Князевич ВМ. (2015). Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні. Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. 2: 131–134].
16. Kriukov SA. (2002). *Derzhavne upravlinnia v sferi medyko-sotsialnoi dopomohy beznadiino khvorym. Avtoref. dys. kand. nauk z derzh upravl. Donetska derzhavna akademiia upravlinnia Ministerstva osvity i nauky Ukrainy. Donetsk: 20.* [Крюков СА. (2002). Державне управління в сфері медико-соціальної допомоги безнадійно хворим. Автореф. дис. канд. наук з держ управл. Донецька державна академія управління Міністерства освіти і науки України. Донецьк: 20].
17. Lekhan VM, Diachuk DD. (2003). *Orhanizatsiina model systemy paliatyvnoi medychnoi dopomohy inkurabelnym onkologichnym khvorym. Okhorona zdorov'ia Ukrainy. 3: 35–42.* [Лехан ВМ, Дячук ДД. (2003). Організаційна модель системи паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим. Охорона здоров'я України. 3: 35–42].
18. Matiukha LF, Medvedovska NV, Matviets LH. (2018). *Features of the psychological aspect of the work of initial contact physicians in providing palliative care to the patient and their family. International journal Rehabilitation and Palliative*

- Medicine*. 1 (7): 24–30. [Матюха ЛФ, Медведовська НВ, Матвієць ЛГ. (2018). Особливості психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині. Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. 1 (7): 24–30]. doi: 10.15574/IJRPM.2018.7.24.
19. Moiseenko RA. (2016). *The social pediatrics: a focus on medical and social support for children with special needs and palliative care in pediatrics*. *International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 1 (4): 10–13. [Моїсеєнко РО. (2016). Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії. Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. 1 (4): 10–13].
20. Moskviak YeY, Bilynskiy BT. (2000). *Orhanizatsiini problemu nadannia dopomohy inkurabelnym onkolohichnym khvorym dorotohu*. *Likarska sprava*. 2: 28–29. [Москвяк ЄЙ, Білинський БТ. (2000). Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним онкологічним хворим допомоги. Лікарська справа. 2: 28–29].
21. Sovet Evropyi. (2004). *Rekomendatsii Komiteta Ministrov Soveta Evropyi k gosudarstvam-chlenam po organizatsii palliativnogo uroda*. *Sovet Evropyi*: 89. [Совет Европы. (2004). Рекомендации Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. Совет Европы: 89].
22. Tsarenko A, Serdiuk V, Martyniuk–Gres S, Shkoba L. (2008). *Improving of palliative care specialists’ training in Ukraine*. *Palliative Care in Different Cultures. The 2-nd International Conference in Palliative Care*. Eilat, Israel: 80.
23. Tsarenko AV, Hoida NH, Hubskey YuI. (2019). *Obgruntuvannia kontseptualnoi modeli systemy paliativnoi i khospisnoi dopomohy naselenniu na rivni pervynnoi medychnoi dopomohy*. *Zdorov’ia suspilstva*. 8 (2): 49–57. [Царенко АВ, Гойда НГ, Губський ЮІ. (2019). Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги. Здоров’я суспільства. 8 (2): 49–57].
24. Voronenko YuV, Hubskey YuI, Tsarenko AV. (2014). *Stvorennia systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorov’ia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty*. *Nauka i praktyka. Mizhvidomchy medychnyi zhurnal*. 1 (2): 63–75. [Вороненко ЮВ, Губський ЮІ, Царенко АВ. (2014). Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров’я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. 1 (2): 63–75].
25. Voronenko YuV, Kniazevych VM, Zavoloka OV et al. (2016). *Sotsialno-medychni aspekty rozvytku paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini*. *Zb.: Shchorichna dopovid pro stan zdorov’ia naseleння, sanitarno-epidemichnu situatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorov’ia Ukrainy. 2015 rik. Za red. VV Shafranskohe; MOZ Ukrainy; «DU UISD MOZ Ukrainy»*. Kyiv: 284–301. [Вороненко ЮВ, Князевич ВМ, Заволока ОВ та ін. (2016). Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2015 рік. За ред. ВВ Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». Київ: 284–301].
26. VOZ. (2014). *Ukreplenye palliatyvnoi medytsynskoi pomoshchy v kachestve odnogo yz komponentov kompleksnogo lecheniya na protiazheniu vseho zhyznennoho tsykla. Rezoliutsiya 67-i sessyy Vsemyrnoi assambley zdravookhraneniya, №A67/31 ot 4 apreliya 2014 h. Zheneva: 11*. [ВОЗ. (2014). Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, №A67/31 от 4 апреля 2014 г. Женева: 11]. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
27. WHO. (2004). *What are palliative care needs of older people and how might they be met?* – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: 16. URL: <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.
28. WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Edited by SR Connor, MCS Bermedo: 111.
29. WHO. (2016). *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. Geneva, Switzerland: 92.
30. Wodarg W. (2008, Nov 4). *Palliative care: a model for innovative health and social policies*. Report. Doc. 11758. Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. URL: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link/Documents/WorkingDocs08/EDOC11758.htm>.

Відомості про авторів:

Царенко Анатолій Володимирович – д.мед.н., доц., зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НУОЗУ імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, проф. каф. дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НУОЗУ імені П. Л. Шупика, Заслужений лікар України. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Гойда Ніна Григорівна – д.мед.н., академік АН ВО України, проф. каф. управління охороною здоров’я НУОЗУ імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 22.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 614.2:616–082:616–08.039.75

О. П. Корнійчук

Методичні підходи до визначення сили впливу інфраструктури системи охорони здоров'я метрополій на доступність надання паліативної і хоспісної медичної допомоги

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 37-40; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.37

Розкрито сутність сфери охорони здоров'я метрополій та обґрунтовано методичні підходи до визначення сили впливу її інфраструктури на доступність надання паліативної і хоспісної медичної допомоги.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: метрополія, сфера охорони здоров'я, вплив, паліативна і хоспісна медична допомога.

Methodical approaches to determining the influence of the infrastructure of the metropolitan healthcare system on the availability of palliative and hospice medical care

O. P. Korniychuk

Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine, Kyiv

The essence of the sphere of health care of metropolises is revealed and methodical approaches to determining the influence of its infrastructure on the availability of palliative and hospice medical care are substantiated.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: metropolis, health care sphere, impact, palliative and hospice medical care.

В умовах адміністративно-територіальної реформи (АТР) та реформи органів місцевого самоврядування (ОМС) повноваження щодо надання первинної медичної допомоги (ПМД) передані на рівень громад; вторинної медичної допомоги (ВМД) – округів; третинної медичної допомоги (ТМД) – областей. Це саме стосується надання паліативної і хоспісної медичної допомоги (ПіХМД).

Завдяки прийнятим законодавчим змінам у передових країнах Євросоюзу (насамперед у Франції) пройшов етап практичного розгортання моделі розвитку держави на основі формування організаційно-економічних механізмів конкурентоспроможних метрополій. В їх основу покладено такі критерії: 400 тис. населення міста, 650 тис. населення агломерації із 400 тис. робочих місць. Цьому передував десятирічний період науково-експертного обговорення та інформаційної роботи з населенням.

Україна потребує наукового обґрунтування сучасних організаційно-фінансових моделей створення сучасних метрополій (за критерієм Франції – 10–13) із високим конкурентним потенціалом на національ-

ному і регіональному рівнях. Насамперед це стосується науково-аналітичних наробок створення конкурентоспроможної моделі системи охорони здоров'я метрополійного простору, яка б дала змогу забезпечити якісну індивідуалізацію медичних послуг ПМД, спеціалізацію ВМД і концентрацію ТМД. Нині цей статус метрополій мають міста Київ, Харків, Дніпро, Львів, Донецьк (до 2013 р.), Одеса.

Метрополія, як синонім мегалополіса, утворюється внаслідок територіального злиття великих міст або міста з оточуючими населеними пунктами [1,5]. Своєю чергою, метрополійний ареал, або територія мегалополіса – це велике місто, яке надає реальні економічні і соціальні послуги, що передаються на три зони впливу. До першої, за експертними оцінками, входить територія з радіусом 5–15 км; до другої – 35–50 км; до третьої – до 200–300 км [2–4].

Сфера охорони здоров'я метрополій – це система надання медичної допомоги в зонах тяжіння метрополісів, яка після проведення АТР і ОМС унеможливить домінування ТМД метрополісу на основі регулювання платежів Національною службою здоров'я

України (НСЗУ) і забезпечення автономності кожного з видів надання медичної допомоги. Нині вона базується на помітному впливі ТМД на інші види медичної допомоги. У перспективі впровадження принципу субсидиарності збалансує розвиток кожного з видів надання медичної допомоги.

Згідно із законодавчо-нормативним обґрунтуванням реформ із децентралізації, громада міста є відповідальною за організацію надання ПМД. Це входить до зони тяжіння №1 метрополісу. У рамках реформи органів місцевого самоврядування та адміністративно-територіального устрою передбачається створення госпітальних округів у зоні тяжіння №2 у радіусі до 60 км, які мають надавати послуги, насамперед ВМД. У зоні тяжіння №3, яка має охоплювати населення не менше ніж 1 млн осіб, містом-метрополісом мають надаватися послуги ТМД (рис.).

Закладами охорони здоров'я метрополісів надається профілактична медична допомога (ПрМД), ПМД, ВМД, невідкладна медична допомога (НМД), екстрена медична допомога (ЕМД), ТМД, ПіХМД та реабілітаційна медична допомога (РМД). Це стосується як населення самого метрополісу, так і мешканців його території, які перебувають на вказаному радіусі впливу.

У зоні тяжіння №2, яка поширюється до 50 км від краю забудови метрополіса, муніципальними та іншими закладами охорони здоров'я надаються за кошти громади ПМД, НМД, частково ВМД, а також ПіХМД і РМД (через можливості ПМД). Надання послуг ТМД, ЕМД, ПіХМД та РМД з позицій ТМД здійснюється закладами міста-метрополіса.

У зоні тяжіння №3, яка охоплює до 200–300 км

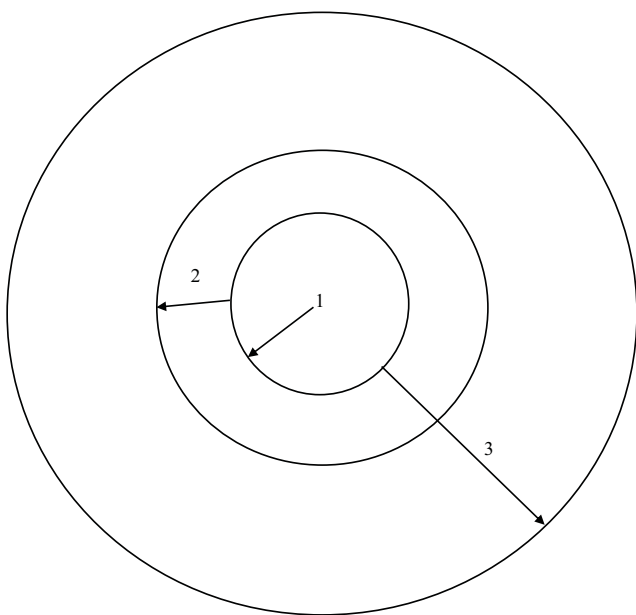


Рис. Метрополітний вплив інфраструктури сфери охорони здоров'я на зони віддаленості

від краю забудови метрополіса, муніципальними та іншими закладами охорони здоров'я за кошти громад надаються ПМД, НМД, ВМД, частково ПіХМД і РМД через можливості відповідно ПМД і ВМД. Надання послуг ТМД, частково ПіХМД та РМД, з позицій ТМД здійснюється закладами ТМД міста-метрополіса. Що стосується механізмів міжобласних розрахунків, то він буде запроваджений на третьому етапі реформування регіонального рівня.

Так, найпотужніший вплив усіх видів системи охорони здоров'я на населення вірогідно має місце в першій зоні (до 15 км). У другій зоні (35–50 км) це стосується метрополісного тиску на інфраструктуру системи охорони здоров'я міст-супутників та інших населених пунктів при наданні ВМД, ЕМД, що визначається «золотою годиною» доправлення пацієнта до закладу.

У третій зоні метрополітного впливу (до 300 км) тією чи іншою мірою вплив на населення має надання ТМД і частково РМД з боку інфраструктури метрополісу. Якщо для економічного простору визначальними є транспортні витрати та доходи домогосподарств, то для соціального простору – е-Health та телемедицина, відстань та якість доріг, які визначатимуть наближення надання необхідної медичної допомоги до «золотої години».

Сила метрополітного тяжіння прямо пропорційна показнику захворюваності і обернено пропорційна показнику доступності системи охорони здоров'я, у тому числі ПіХМД, і визначається за формулою:

$$C = \frac{Pz}{Kd},$$

де С – сила метрополітного впливу системи охорони здоров'я у відповідній зоні тяжіння;

Пз – показник захворюваності, який визначається шляхом поділу поширеності захворюваності на середньорічну чисельність населення у відповідній зоні тяжіння;

Кд – коефіцієнт доступності системи охорони здоров'я, який визначається за відповідною формулою.

Для третьої зони тяжіння, яка найбільш чутлива до надання високоспеціалізованої меддопомоги, у тому числі ПіХМД:

$$C_{III} = \frac{Pz_{III}}{Kd_{III}},$$

де С_{III} – сила метрополітного впливу на інфраструктуру охорони здоров'я в третій зоні тяжіння (насамперед на заклади спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги);

Пз_{III} – показник захворюваності, який визначається шляхом поділу поширеності захворюваності як базового для третьої зони тяжіння, госпітального рівня та закладів третинної медичної допомоги на території області; такий же підхід застосовується

для оцінки показника захворюваності в сусідніх областях, які потрапляють у зону впливу інфраструктури третинної медичної допомоги метрополіса;

Кдш – коефіцієнт доступності системи охорони здоров'я в третій зоні тяжіння визначається:

ПдIII=ПдIII (тмд) +ПдIII (тсмд) +ПдIII (ЕМД) +ПдIII (піхд) +ПдIII (рмд),

де ТСМД – третинна стоматологічна допомога.

Коефіцієнт доступності паліативної і хоспісної медичної допомоги нормативний:

$$A_{phn} = \frac{\bar{M} + \bar{C}_p + \bar{C}_c + \bar{P}_s + \bar{F}_a}{\bar{L}_p \bar{L}_s}$$

де A_{phn} – коефіцієнт доступності паліативної та хоспісної медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{H}_s + \bar{M}_e$ – відносний показник доступ-

ності спеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H}_s = \frac{H_s \text{ real}}{H_s \text{ normal}}$ – відносна частка високо-

кваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_e \text{ real}}{M_e \text{ normal}}$ – відносний показник

укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_p = \frac{C_p \text{ real}}{C_p \text{ max}}$ – відносна частка населення,

якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,0008 від загальної чисельності населення). Кількість осіб, які потребують цієї послуги (із загальної кількості осіб, які помирають протягом року, за експертними оцінками, паліативної допомоги потребують не менше 60%, а паліативного догляду – абсолютна більшість із них. Якщо враховувати сучасні стандарти надання паліативної допомоги, яка включає допомогу членам сімей протягом року після смерті пацієнта, то загальна чисельність осіб, які мають бути охоплені паліативною і хоспісною допомогою, зростає в 1,5 раза).

$\bar{C}_c = \frac{C_c \text{ real}}{C_c \text{ max}}$ – відносна частка населення,

яка охоплена паліативним і хоспісним доглядом

на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{P}_s = \frac{P_s \text{ real}}{P_s \text{ norma}}$ – відносна частка населення,

якому надається протягом року допомога приватними закладами від загальної частки осіб, які цього потребують, (нормативне значення = 1);

$\bar{F}_a = \frac{F_a \text{ real}}{F_a \text{ normal}}$ – відносна частка населення,

якому НСЗУ (бюджетом) оплачується медикаменти та послуги до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

\bar{L}_p – відносна відстань до закладу охорони здоров'я.

$\bar{L} = \frac{L \text{ real}}{L \text{ normal}}$ – відношення реальної відстані

до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМД – 5 км).

\bar{L}_s – відносна відстань до закладу охорони здоров'я.

$\bar{L} = \frac{L \text{ real}}{L \text{ normal}}$ – відношення реальної відстані

до нормативної (нормативне значення = 1), (для СМД – 100 км).

Відповідно:

$$A_{phn} = \frac{1 + 1 + 1 + 1 + 1}{1} = 5$$

Коефіцієнт доступності ПіХМД реальний (A_{phr}) визначається:

$$A_{phr} = \frac{0,1 + 0,1 + 0,1 + 0,01 + 0,01}{2(2)} = 0,16$$

Вірогідно сила просторового впливу метрополійного центру у сфері охорони здоров'я, у тому числі при наданні ПіХМД, прямо пропорційна якості й доступності послуг ТМД та часткою їх оплати з боку НСЗУ та обернено залежить від відстані до закладу в зонах тяжіння. Найвищою вона вірогідно буде в першій зоні тяжіння (до 5 км) і найнижчою, у міру віддаленості, – у третій зоні (до 300 км). Отже, третя зона метрополійного тяжіння потребує найбільшої уваги з боку системи охорони здоров'я метрополії.

Висновки

Україна потребує комплексного застосування сучасних методологічних підходів для обґрунтування створення інституціональних передумов сучасних

конкурентоспроможних метрополісів, здатних збалансовано надавати якісну і доступну медичну допомогу насамперед високоспеціалізовану і 1–3 зонах тяжіння. Координація метрополісом інфраструктури сфери охорони здоров'я метрополії суттєво посилює потенціал надання якісної і доступної, у тому числі паліативної і хоспісної медичної допомоги. Це потребує прийняття відповідних законодавчих й урядових рішень.

У перспективі актуальним є дослідження закордонного досвіду розвитку метрополійного простору системи охорони здоров'я метрополій та організації її інфраструктури з метою надання якісної та доступної паліативної і хоспісної медичної допомоги. Це стосується таких країн, як Франція, Польща, Канада тощо.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. *Bystriakov I.K. (2011). Prostir rozvytku naibilshoho mista: filosofskyi dyskurs. Materialy IV Mizhnarodnykh filosofsko-ekonomichnykh chytan (18–20 travnia 2011 r., m. Lviv). Lviv: 335–341. [Бистряков І.К. (2011). Простір розвитку найбільшого міста: філософський дискурс. Матеріали IV Міжнародних філософсько-економічних читань (18–20 травня 2011 р., м. Львів). Львів: 335–341].*
2. *Pitiurenko Yu.I. (1972). Rozvytok mist i miske rozselennia v Ukrainskii RSR. Kyiv: Naukova dumka: 186. [Пітюренко Ю.І. (1972). Розвиток міст і міське розселення в Українській РСР. Київ: Наукова думка: 186].*
3. *Pitiurenko Yu.I. (1977). Terytorialni systemy mis'kykh poselen Ukrainskoi RSR (metodolohiia i metodyka doslidzhennia, analiz suchasnoho stanovyscha, zakonodirnosti i perspektivu rozvytku). Kyiv: Naukova dumka: 205. [Пітюренко Ю.І. (1977). Територіальні системи міських поселень Української РСР (методологія і методика дослідження, аналіз сучасного становища, закономірності і перспективи розвитку). Київ: Наукова думка: 205].*
4. *Pitiurenko Yu.I. (1983). Systemy rozselennia i terytorialna orhanizatsiia narodnoho hospodarstva. Kyiv: Naukova dumka: 140. [Пітюренко Ю.І. (1983). Системи розселення і територіальна організація народного господарства. Київ: Наукова думка: 140].*
5. *Savchuk I.G. (2014). Mezhdunarodnyie funktsii veduschih gorodov Ukrainyi (na primere Dnepropetrovska). Munitsipalitet: ekonomika i upravlenie: 3. [Савчук І.Г. (2014). Международные функции ведущих городов Украины (на примере Днепропетровска). Муниципалитет: экономика и управление: 3].*

Відомості про автора:

Корнійчук Олександр Петрович — к.еко.н., ст.н.с. відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України. ids-ukraine@ukr.net.

Стаття надійшла до редакції 19.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 628.58:621.039.58.76:504.064.3:574

М. І. Пилипенко¹, Л. Л. Стадник², М. М. Риган³, Ю. М. Скалецький⁴, О. Ю. Шальопа²

Медико-соціальні наслідки проблем безпеки пацієнтів в онкорадіології

¹Харківський національний медичний університет, Україна

²ДУ «Інститут медичної радіології імені С. П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

³Медичний центр «Клініка сучасної ортопедії», м. Київ, Україна

⁴Національна комісія з радіаційного захисту населення України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 41-51; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.41

Обґрунтовано актуальність проблеми безпеки пацієнтів в онкорадіології в Україні та інших країнах.

Мета – оцінити стан безпеки пацієнтів, яким проводиться радіаційна терапія, а також масштаби медико-соціальних наслідків помилкових дій персоналу в цій сфері.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували результати міжнародного ТЛД-аудиту (МАГАТЕ/ВООЗ) якості дозиметрії під час процедур на кобальтових телегамма-апаратах в Україні, а також міжнародна та вітчизняна нормативно-правова база щодо забезпечення безпечності надання радіотерапевтичної допомоги, наукові публікації вітчизняних та зарубіжних фахівців із безпеки пацієнтів. Методи дослідження: статистичний, аналітичний, бібліографічний, системного підходу.

Результати. На прикладі променевої терапії з використанням результатів міжнародної програми МАГАТЕ/ВООЗ з ТЛД-аудиту якості дозиметричного калібрування апаратів дистанційної гамма-терапії в Україні за період 1998–2014 рр. зроблено спробу оцінити масштаби медико-соціальних наслідків недооцінки лікарських помилок в онкорадіології. Попередньо ідентифіковано проблеми нормативно-правового характеру медичних помилок в онкорадіології.

Висновки. Проблема медичних помилок у лікуванні онкохворих на радіаційні методи в Україні є надзвичайно актуальною. Зазвичай помилки в онкорадіології розглядаються в організаційному, методичному, кадровому й технічному аспектах, при цьому не висвітлюються медико-соціальні наслідки проблеми. За оптимістичним варіантом, від помилок, пов'язаних лише з розрахунком дози, можуть страждати близько 10 тис. онкохворих на рік, а за песимістичним, кількість таких хворих за такий самий період може досягати 15 тис. осіб. В онкорадіології з міркувань безпеки пацієнтів є проблеми правового характеру, які потребують з'ясування. Першочерговим завданням щодо підвищення безпеки хворих на онкорадіологію є облік та аналіз дефектів променевої терапії та їх наслідків.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: безпека пацієнтів, дефекти лікарської допомоги, лікарські помилки, кобальтові телегамма-апарати, ТЛД-аудит, радіаційна аварія.

Вступ

При щорічному зростанні показника ранньої діагностики раку та зниженні рівня занедбаності захворювання одно- і п'ятирічна виживаність онкохворих, що вважаються інтегральними показниками ефективності протиракових заходів, залишається низькою. Показники виживаності онкохворих в Україні у 1,5–2 рази, а за окремими локалізаціями раку – у 5 разів нижчі, ніж у країнах Європи, США, Австралії тощо [12,13].

Враховуючи різні погляди на причини такої невідповідності (організаційні, кадрові, технічні, методич-

ні) [11,14], вважаємо за доцільне проаналізувати ситуацію в аспекті дефектів надання медичної допомоги [2] з оцінкою можливих медико-соціальних наслідків. Проблеми дефектів надання медичної допомоги значну увагу приділяють міжнародні організації та окремі країни [17].

Величезна користь для здоров'я може бути отримана від медичного використання джерел випромінювання, і немає жодних сумнівів щодо необхідності збільшення доступності для населення радіологічних послуг. Радіологічні ризики, пов'язані з діагностични-

ми процедурами, зазвичай низькі. Водночас наслідки помилок у радіотерапії можуть бути дуже серйозними. Навіть незначні відхилення від запланованої дози з різних причин в онкорадіології призводять або до завищення реальної сумарної локальної дози, що викликає радіаційні ураження пацієнта, інколи навіть смертельні, або до заниження дози і тим самим — до зниження клінічної ефективності опромінення з підвищенням імовірності рецидиву захворювання чи виникнення вторинних злоякісних пухлин. Тобто досі проблема з доведенням дози до пухлини-мішені розглядається значною мірою як технічна, і з поля зору випадають її медико-соціальні наслідки [1,15].

Згідно з міжнародними вимогами щодо підвищення ефективності променевого лікування злоякісних пухлин та запобігання їх рецидивам і променевим ускладненням, необхідно забезпечити опромінювання пухлини-мішені та суміжних тканин із похибкою не більше $\pm 5\%$ [6].

На жаль, масштаби медико-соціальних наслідків помилок медичного персоналу в Україні, зокрема в онкорадіології, практично не вивчені, хоч така інформація могла б сприяти підвищенню безпеки пацієнтів [2,11,14].

Мета дослідження — оцінити стан безпеки пацієнтів, яким проводиться радіаційна терапія, а також масштаби медико-соціальних наслідків помилкових дій персоналу в цій сфері.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження слугували результати міжнародного ТЛД-аудиту (МАГАТЕ/ВООЗ) якості дозиметрії при процедурах на кобальтових телегамма-апаратах в Україні, а також міжнародна і вітчизняна нормативно-правова база із забезпечення безпечності надання радіотерапевтичної допомоги, наукові публікації вітчизняних і зарубіжних фахівців із безпеки пацієнтів. Методи дослідження: статистичний, аналітичний, бібліографічний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Дефекти надання медичної допомоги в онкорадіології. Причинами небажаних ефектів у медичній практиці є лікарські помилки, правопорушення і нещасні випадки [16].

Якщо негативні наслідки надання медичної допомоги для хворого сталися через халатність, неухважність, надмірну самовпевненість або медичне невігластво, то йтиметься про правопорушення. У Кримінальному кодексі України в розділі «Злочини проти життя та здоров'я особи» налічується 15 «медичних» статей (130–145), за якими медичний працівник може бути притягнутий до відповідаль-

ності. Дані щодо професійних правопорушень медичних працівників можна знайти в щорічних доповідях Генеральної прокуратури України. Так, у 2014 р. зареєстровано близько 600 порушених кримінальних справ за цими статтями.

У медицині, як і в будь-якій сфері людської діяльності, трапляються нещасні випадки, пов'язані з використанням у лікувально-профілактичних закладах електричної енергії, джерел іонізуючого випромінювання, газів під тиском, токсичних або вибухонебезпечних речовин, а також із падіннями на рівній поверхні чи з висоти, із пожежами тощо. Цим нещасним випадкам у медичній практиці, які входять переважно у сферу відповідальності державних органів регулювання промислової, техногенної безпеки та охорони праці, приділяється належна увага [3]. Такі випадки розслідуються, обліковуються, аналізуються, вживаються належні заходи для їх попередження.

І, зрештою, медичною помилкою вважається випадкове нанесення шкоди здоров'ю пацієнта, викликане помилковими діями або бездіяльністю медичного працівника, спричиненими його добросовісною оманною при належному ставленні до професійних обов'язків і відсутністю ознак злого наміру, халатності, недбалості або необережності [16].

На превеликий жаль, медичним помилкам, від яких навіть у розвинутих країнах помирає більше людей, ніж унаслідок автотранспортних пригод [17], у системі охорони здоров'я з різних причин приділяється значно менше уваги, ніж правопорушенням і нещасним випадкам.

У 2013 р. МАГАТЕ [8] узагальнило досвід реагування на радіаційні аварії та навело стислу характеристику всіх зареєстрованих за період 1945–2010 рр. аварійних ситуацій. За даними МАГАТЕ, протягом 1967–2007 рр. сталося 42 аварійні ситуації з використанням джерел іонізуючого випромінювання в медичній практиці, з яких 13 — на кобальтових телегамма-апаратах. Із цих у 41 ситуації внаслідок переопромінення спостерігалися тяжкі радіаційні ураження, подекуди навіть із груповими смертями пацієнтів.

Тільки в одному епізоді виявлено опромінення 1045 пацієнтів у дозах, на 5–30% нижчих від запланованих, що стало причиною місцевих рецидивів раку в 492 із них. У 18 випадках причиною аварійних ситуацій в онкорадіології були проблеми з плануванням дози, при цьому відхилення дози від запланованої коливалося в діапазоні від +75 до -30%.

Один з останніх випадків масового переопромінення пацієнтів через помилку лікарів і інженерів-радіологів у розрахунку дози (передозування від 7 до 34% від запланованої дози в період з травня 2004 року по травень 2005 року) стався в центральному госпіталі Жан Моне в Епіналі (Франція). Уна-

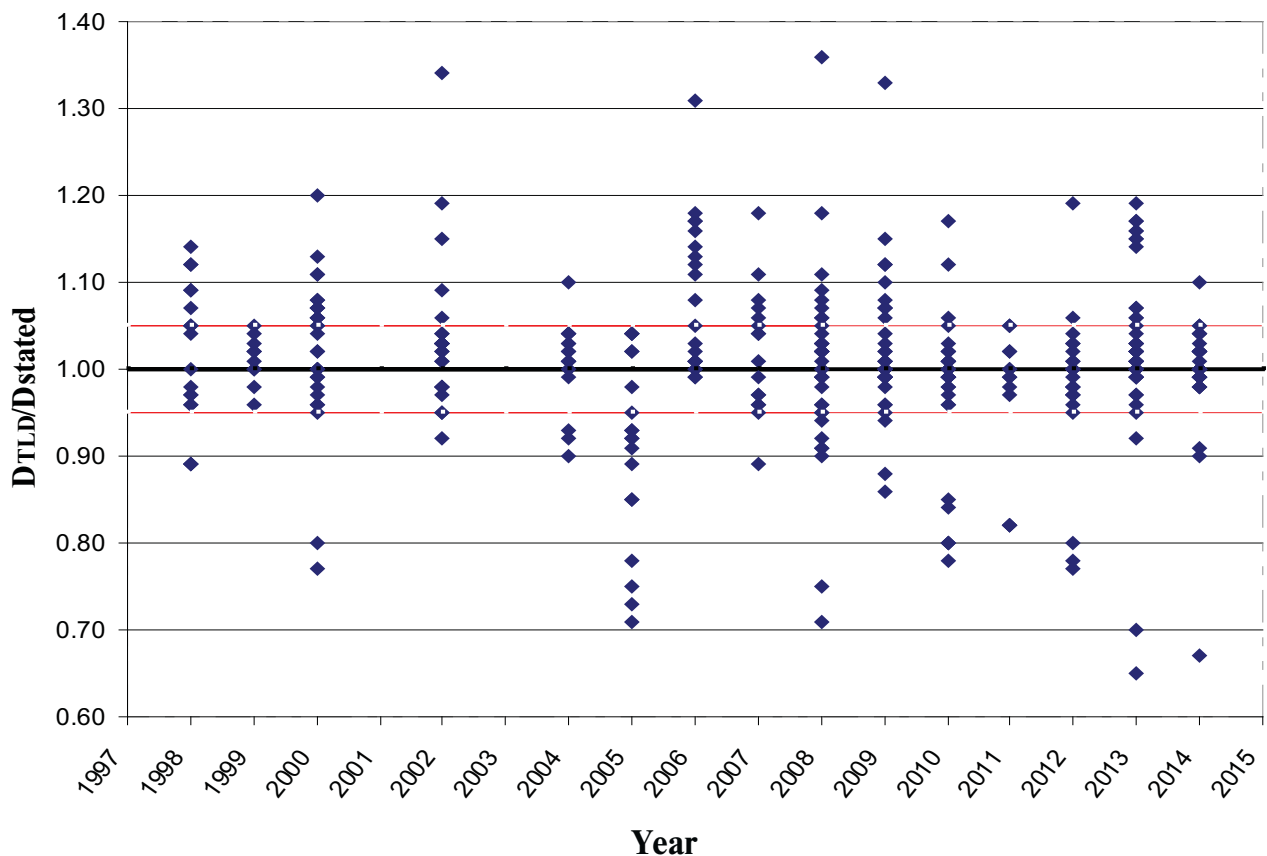


Рис. Результати ТЛД-аудиту апаратів дистанційної променевої терапії в Україні за 1998–2014 рр.

слідок цього загинули щонайменше 12 осіб і десятки серйозно захворіли.

Це узагальнення радіаційних аварій ще раз підтвердило, що найтяжчі наслідки мають радіаційні аварії, пов'язані з помилками в дозиметричному плануванні і технологічній реалізації всіх етапів процесу променевого лікування [9].

З одного боку, проблеми з розрахунком дози і доведенням її до злякисного утворення за всіма ознаками слід відносити до медичних помилок, виходячи з їх попереднього визначення [16], але якщо ця помилка призвела до відхилення доведеної дози більш ніж на 5% від запланованої, то таке опромінення вважається аварійним [6], і може бути розцінене як нещасний випадок (аварія) або як правопорушення.

Вищезгаданий нещасний випадок у центральному госпіталі Жан Моне в Епіналі (Франція) кваліфікований як правопорушення, і два лікарі та інженер-радіолог цієї клініки засуджені до 18 місяців ув'язнення.

Відповідно до Міжнародних основних стандартів безпеки для захисту від іонізуючої радіації, до аварійного опромінення в медичній практиці відносять «будь-яке терапевтичне опромінення або не того пацієнта, або не тих тканин, або за допомогою помилкового препарату, або в дозі чи з фракціонуванням дози, які істотно відмінні від призначених лікарем,

що може призвести до надмірно гострих або вторинних ефектів» [7]. Трактувати причини такого аварійного опромінення, як нещасний випадок, правопорушення чи помилка – справа компетентних органів, виходячи з норм вітчизняного законодавства, яке значною мірою в цій сфері є недосконалим. Тобто з огляду на безпеку пацієнтів в онкорадіології є також проблеми правового характеру, що потребують з'ясування.

Ситуація в Україні. Забезпечення необхідної точності відпускання поглинутої дози при променевої терапії можливе шляхом регулярного контролю радіаційного виходу терапевтичних апаратів, тобто дозиметричне калібрування терапевтичного струменя як у самому радіологічному відділенні, так і при метрологічній атестації радіаційних полів апаратів променевої терапії, а також при проведенні незалежного зовнішнього аудиту.

Починаючи з 1998 р., МАГАТЕ разом із ВООЗ проводять регулярний незалежний аудит якості дозиметричного калібрування гамма-терапевтичних струменів методом термolumінесцентної дозиметрії («доза – поштою») в Україні (ТЛД-аудит). Участь лікувальних закладів у цій процедурі є добровільною і конфіденційною.

Результати ТЛД-аудиту апаратів дистанційної променевої терапії в Україні за 1998–2014 рр. наведено на рисунку. На осі ординат цього рисунка відображе-

Таблиця

Аналіз результатів ТЛД-аудиту апаратів дистанційної променевої терапії в Україні за 1999–2014 рр.

Рік	Усього апаратів, що брали участь у ТЛД-аудиті	Діапазон похибки відпускання доз після I етапу, ±%					Незадовільні результати після I етапу, %	Діапазон похибки відпускання доз після II етапу, ±%					Незадовільні результати після двох етапів, %
		< 5	5–10	10–20	20–30	>30		<5	5–10	10–20	20–30	>30	
1998	13	7	3	3	-	-	46,2	3	-	3	-	-	23,1
1999	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
2000	23	13	8	1	1	-	43,5	3	2	1	1	-	17,4
2002	19	13	3	2	-	1	31,6	4	-	-	1	-	5,3
2004	18	14	3	1	-	-	22,2	не проводиться					22,2
2005	15	7	2	2	1	3	53,3	-	2	1	1	-	26,7
2006	14	7	-	6	1	-	50,0	4	1	1	-	-	14,3
2007	12	8	2	2	-	-	33,3	2	1	1	-	-	16,7
2008	28	19	4	1	1	3	32,1	4	3	2	-	-	17,9
2009	35	23	5	5	2	-	34,3	8	4	-	-	-	11,4
2010	24	18	1	2	3	-	25,0	3	-	2	1	-	12,5
2011	13	9	-	3	1	-	30,8	3	-	-	-	-	0,0
2012	25	19	1	1	3	1	24,0	5	-	-	-	-	0,0
2013	38	26	4	5	-	3	31,6	8	1	3	-	-	10,5
2014	33	29	2	1	-	1	12,1	4	-	-	-	-	0,0
Середні значення	21,3						32,6						11,9

но співвідношення між дозою, виміряною дозиметром, і дозою, завданою умовами аудиту. На осі абсцис – рік дослідження. Діапазон, обмежений пунктирними лініями на рисунку, відповідає співвідношенню між виміряною дозиметром дозою та завданою умовами аудиту і становить $\pm 5\%$, що, як відмічено вище [6], вважається допустимим. Привертає увагу те, що практично щорічно мали місце факти перевищення завданої умовами аудиту дози на 20% і більше, що вже може призвести не лише до радіаційних ускладнень, але й до смертельних випадків [8].

Детальнішу інформацію про результати ТЛД-аудиту апаратів дистанційної променевої терапії в Україні за 1998–2014 рр. наведено в таблиці. За даними таблиці видно, що в 1998, 2000, 2002, 2007, 2008, 2009, 2011 і в 2013 рр. у понад 30% апаратів дистанційної гамма-терапії в Україні, що підлягали ТЛД-аудиту, точність відпуску поглинутої дози перевищувала $\pm 5\%$, а у 2005 та 2006 рр. такі відхилення відмічалися в більш ніж половини апаратів.

У середньому за 15 років (1998–2014 рр.) невідповідність радіаційного виходу апаратів дистанційної променевої терапії завданим параметрам спостерігалась у 32,6% випадків за результатами I етапу аудиту і навіть після повторного аудиту практично в 12% випадків. Ці

дані близькі до більш ранніх оцінок [15], в яких йдеться про проблеми розрахунку дози на 28% дистанційних гамма-терапевтичних апаратах, що підлягали ТЛД-аудиту в Україні. У цій роботі також зазначається, що за результатами ТЛД-аудиту МАГАТЕ/ВООЗ у країнах, що розвиваються, тільки 5–15% апаратів мають похибку розрахунку радіаційного струменя $>5\%$.

Отже, практично на кожному третьому апараті дистанційної променевої терапії, що підлягав ТЛД-аудиту в Україні, були проблеми з розрахунком дози.

Перш ніж перейти до оцінки кількості онкохворих, на ефективності лікування яких могли негативно відбитися вищевказані проблеми з променевими дистанційними апаратами, слід зауважити ще й таке:

- розрахунок дози – це тільки один із багатьох етапів променевої терапії, на кожному з яких може бути допущена помилка [2,7];
- відсутність у відділеннях онкорадіології симуляторів, планувальних систем, пристроїв для фіксації хворих під час опромінення, засобів індивідуального захисту здорових тканин, застарілі моделі клінічних дозиметрів [14];
- низький кваліфікаційний рівень інженерів-радіологів, а також відсутність у національному класифікаторі професій, а відповідно, у відді-

леннях променевої терапії, посад і фахівців за спеціальністю «медичний фізик» [10];

- відсутність цілеспрямованої діяльності з обліку та аналізу медичних помилок в Україні загалом і в онкології зокрема [4,5].

За таких вищеперелічених проблем в онкорадіології можна стверджувати, що відхилення в розрахунку і доведенні поглинутої дози до пухлини-мішені з похибкою $\pm 5\%$ спостерігаються на половині дистанційних гамма-терапевтичних апаратів в Україні. Це можна вважати песимістичним варіантом оцінки ситуації. Якщо для оцінки медико-соціальних наслідків проблем із розрахунком дози в онкорадіології припустимо, що в Україні є близько 100 телегамма-терапевтичних кобальтових апаратів (у перспективі їх очікується навіть більше [11]), а річне навантаження на кожний апарат становить близько 300 онкохворих, то отримаємо щорічний контингент, який проліковується на цих апаратах, близько 30 тис. осіб. З такої інформації досить просто оцінити кількість хворих, у яких променева терапія буде неефективною (поглинута доза нижча або вища за заплановану).

Тоді за оптимістичним варіантом (32,6% телегамма-апаратів з незадовільними результатами ТЛД-аудиту) отримаємо близько 10 тис. онкохворих, а за песимістичним (50,0% телегамма-апаратів з незадовільними результатами ТЛД-аудиту), – до 15 тис. онкохворих відпо-

відно, для яких променева терапія буде неефективною, або спричинить радіаційно обмовлені ускладнення чи навіть летальні наслідки. Загалом це підтверджує актуальність проблеми лікарських помилок і безпеки пацієнтів в Україні, яку слід ґрунтовно досліджувати.

Висновки

Проблема медичних помилок у лікуванні онкохворих радіаційними методами в Україні є надзвичайно актуальною.

Зазвичай проблеми помилок в онкорадіології розглядаються в організаційному, методичному, кадровому і технічному аспектах, водночас не висвітлюються медико-соціальні наслідки невирішеної проблеми.

За оптимістичним варіантом, від помилок, пов'язаних лише від розрахунку дози, можуть страждати близько 10 тис. онкохворих за рік, а за песимістичним, – кількість таких хворих за такий самий період може сягати 15 тис. осіб.

В онкорадіології з огляду на безпеку пацієнтів є проблеми правового характеру, що потребують з'ясування.

Першочерговим завданням із підвищення безпеки хворих в онкорадіології є облік і аналіз дефектів променевої терапії та їхніх наслідків.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Baba MH, Mohib-ul-Haq M, Khan AA. (2013, Jan). Dosimetric Consistency of Co-60 Teletherapy Unit- a ten years Study. *Int. J. Health Sci (Qassim)*. 7 (1): 15–21. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612411>.
2. Білінський БТ. (2013). Медичні помилки в онкології: монографія. Відп. ред. Я. В. Шпарук. Львів: Афіша: 234.
3. Федоренко М. (2014). Особливості перевірок закладів охорони здоров'я органами Держгірпромнагляду. *Довідник спеціаліста з охорони праці*. 7: 46–51.
4. Грандо ОА. (2000). Проблеми медичної етики та деонтології. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я*. Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига: 645–668.
5. Зелена книга. (2012). Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. Проект 1.4.1. Плану дій Ради Європи для України на 2011–2014 роки. Київ: 133.
6. IAEA. (2000). *Absorbed Dose Determination in External Beam Radiotherapy An International Code of Practice for Dosimetry Based on Standards of Absorbed Dose to Water*. Technical reports series No. 398. International Atomic Energy Agency, Vienna: 229. URL: http://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/trs398_scr.pdf.
7. IAEA. (2001). *Radiological Protection of Patients in Diagnostic and Interventional Radiology, Nuclear Medicine and Radiotherapy Proceedings of an international conference held in M6laga, Spain, 26–30 March 2001, organized by the International Atomic Energy Agency and co-sponsored by the European Commission, the Pan American Health Organization and the World Health Organization*. Vienna: 165. URL: http://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub1113_scr/pub1113_scr1.pdf.
8. IAEA. (2014). *Lessons Learned from the Response to Radiation Emergencies. August 2012*. Vienna: 136–142. [МАГАТЭ. (2014). *Уроки реагування на радіаційні аварійні ситуації (1945–2010 роки)*. Вена: 136–142. URL: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/EPR/Lessons%20learned%202012r_web.pdf.
9. Костылев БА, Наркевич ВА. (2014). *Радиационная безопасность в медицине. Учебное пособие*. Москва: 202.
10. Макаровська ОА, Асламова ЛІ, Куліч ЄВ, Меленевська НВ. (2014). Підготовка медичних фізиків, як один з основних напрямків діяльності професійних об'єднань медичних фізиків. *Медична фізика – сучасний стан, проблеми, шляхи розвитку. Новітні технології. Збірник тез 4-ї міжнародної конференції, 23–24 жовтня 2014 р., м. Київ, Київський національний університет імені Тараса Шевченка*. Київ: Моріон: 1–2.

11. Мечев ДС. (2012). Сучасний стан розвитку променевої терапії в Україні. *Радіологічний вісник*. 42 (1): 5–7.
12. Національний канцер-реєстр України. (2010). Аналіз виживаності хворих на рак в Україні. *Бюлетень національного канцер-реєстру України*. 11: 4–13.
13. Національний канцер-реєстр України. (2012). Виживаність хворих як індикатор якості організації онкологічної допомоги хворим на рак шийки матки. *Бюлетень національного канцер-реєстру України*. 13: 72–87.
14. Пилипенко МІ, Скалецький ЮМ, Стадник ЛЛ, Федько ОА. (2011). Стан та проблеми ядерних і радіаційних технологій в системі охорони здоров'я України. *Ядерні та радіаційні технології в Україні: можливості, стан і проблеми впровадження*. Зб. наук. статей за заг. ред. академіка НАН України, д. т.н., проф. В. П. Горбуліна. Київ: ДП «НВЦ «Пріоритети»: 82–94.
15. Пилипенко МІ, Стадник ЛЛ, Корнєєва ВВ та ін. (2010). Стан дозиметричного забезпечення променевої терапії в медичних закладах України за результатами анкетування та ТЛД-аудиту МАГАТЕ/ВООЗ. *Український радіологічний журнал*. 4: 409–416. URL: http://medradiologia.kharkov.ua/assets/files/arch/2010/4/p409_416.pdf.
16. Шарабчиев ЮТ. (2007). Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья. *Медицинские новости*. 3: 34. URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=301>.
17. ВОЗ. (2005). Восьмой форум по вопросам будущего: управление вопросами безопасности пациентов. Эрфендорф, Австрия, 28–29 апреля 2005 года. Европейское региональное бюро ВОЗ: 38. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98287/E87770R.pdf.

М.І. Pylypenko¹, L.L. Stadnyk², М.М. Rygan³, Ju.M. Skaleckyj⁴, О. Ju. Shalyopa²

Medical and social consequences of the safety problems of oncological radiology

¹*Kharkiv National Medical University, Ukraine*

²*Grigoriev Institute for medical Radiology of the NAMS of Ukraine*

³*Medical Center «Clinic of modern orthopedics», Kyiv, Ukraine*

⁴*National Commission for Radiation Protection of Ukraine, Kyiv*

The relevance of the problem of patient safety in oncoradiology in Ukraine and other countries has been substantiated. The **purpose** – is to assess the safety of patients receiving radiation therapy and the magnitude of the health and social consequences of human error in this area.

Materials and methods. The material of the study was the results of international TLD audit (IAEA/WHO) of the dosimetry quality during procedures on cobalt telegram devices in Ukraine as well as the international and domestic regulatory framework on safety of the radiotherapy care, and scientific publications of domestic and foreign specialists on patient safety. The methods of the research: statistical, analytical, bibliographic, systems approach.

Results. By the example of radiotherapy using the results of the international IAEA/WHO program on the TLD audit of the quality of the dosimetric calibration of the remote gamma-therapy units in Ukraine in 1998–2014, an attempt has been made to estimate the scale of medico-social consequences of the underestimation of medical errors in oncoradiology. The problems of regulatory nature of medical errors in oncoradiology had been tentatively identified.

Conclusions. The problem of medical errors in the treatment of cancer patients with radiation oncology in Ukraine is extremely topical. Usually the problems of errors in oncoradiology are considered in the organizational, methodological, personnel and technical aspects, while the medico-social consequences of the problem are not covered. In the optimistic scenario, about 10,000 cancer patients for a year may suffer from dose-related errors alone, while in the pessimistic scenario the number may be as high as 15,000 over the same period. There are legal issues to be clarified in oncoradiology for patient safety reasons. The first priority for improving patient safety in oncoradiology is to record and analyze defects in radiotherapy and their consequences.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: *patient safety, malpractice, medical errors, cobalt telegrams, TLD audit, radiation accident.*

Introduction

With annual increase of early diagnostics indicator of cancer and decrease of the neglect of disease level the one-year and five-year survival rate of cancer patients that are considered as integrated indices of the efficiency of counter-cancer measures is still low. Survival rates of cancer patients in Ukraine are 1.5–2 times lower, and 5 times lower on specific cancer localization, then in the European states, the US, and Australia [12,13].

Besides different consideration on the reasons of this disparity (organizational, human resources, technology, methodology were mentioned) [11,14] we suggest that analysis of this situation in the aspects of medical care defects [2] and possibility of the medical and social consequences should be added. Considerable attention was paid for the issue of medical care defects by international and national institutions of the certain states [17].

There is no doubt regarding need for the increase of accessible radiological medical services for population because of huge value for human health treatment that medical use of radiation sources may provide. Radiological risks related to diagnostics procedures are generally low. Meanwhile as a result of radiotherapy faults the significant consequences may occur.

Even minor deviations of the planned doses caused by various reasons in oncological radiology effect on overvaluation of actual total local dose that cause radiation injuries (sometimes fatal injuries) of the patient, or on undervaluation of dose that leads to clinical treatment efficiency reduction and increase likelihood of relapse or occurrence of secondary malignancies.

The problem of bringing a dose to the tumor target is seen mainly as a technical and medical and social consequences of this problem were out of focus [1,15]. According to requirements on radiation treatment efficiency for malignant tumors and prevention of their recurrence and complication due to irradiation it is necessary to ensure that error of target tumor and adjacent tissue irradiation is not exceed $\pm 5\%$ [6]. Unfortunately in practice the scale of medical and social consequences of medical personnel in Ukraine faults particularly in oncological radiology was not researched yet. But this information could facilitate the increase of patients' safety [2,11,13].

The **aim** of research – taking into account mentioned above, the purpose of this research is to estimate the state of radiation therapy patients' safety and the scale of medical and social consequences of medical personnel faults in this area.

Materials and methods of research

The material of the research is results of TLD audit (IAEA/WHO) of dosimetry quality of the procedures on cobalt telegamma-devices in Ukraine, international and

domestic legal framework for radiotherapy care safety, as well as scientific publications domestic and foreign experts in the field of patient safety.

Research Methods are following: statistical, analytical, bibliographic, system approach.

Results of the research and discussion

Defects of medical treatment in oncological radiology. The reasons of the unwanted effects in medical practice are medical faults, offences and accidents [3]. When the negative consequences of medical care for the patient occurred due to negligence, inattention, excessive overconfidence or medical ignorance, we will talk about the offence. According the Criminal Code of Ukraine, chapter «Crimes against life and health» that has 15 «medical» articles (130–145), medical personnel may be subject to liability. These offences of professional medical personnel may be found in the annual reports of the Prosecutor General of Ukraine. Thus, nearly 600 cases of prosecuted for these offences were registered in 2014.

There are accidents in medicine, as in any field of human activity that related to the use of electricity, radiation sources, pressured gases, toxic or explosive substances in medical facilities, as well as traumatic falls, fires etc. Proper attention was given for these accidents in medical practice, which are mainly on responsibility of the state authorities for industrial, technological and labor safety [16]. These cases being investigated, recorded, analyzed, and appropriate measures to prevent them were taken.

Finally, the medical fault is considered as an accidental injury of patient, caused by faulty actions or inaction of the medical personnel, characterized by his/her misleading in good faith within respect to professional duties and the lack of signs of malice, negligence or carelessness [3]. Unfortunately, the less attention is given for medical faults despite they result more death tolls that transport incidents in developed countries [17]. Also medical faults receive less attention in the health care system that offences or accidents.

In 2013 IAEA have generalized the experience of radiation accidents response and presented a brief description of all accidents registered between 1945 and 2010 [8]. According to IAEA there were occurred 42 accidents related to ionizing radiation use in medical practice between 1967 and 2007, and 13 of which were in the cobalt-telegamma devices. There were severe radiation exposure injuries in 41 cases that led to death of the patient groups in some cases. Only in one of observed cases the radiation doses was 5–30% lower than planned that resulted local recurrence of cancer for 492 of 1,045 patients. In 18 cases the cause of accidents in ontological radiology was related to dose planning.

One on the latest cases of massive overexposure of patients due to medical personnel and engineer-radiologist fault of

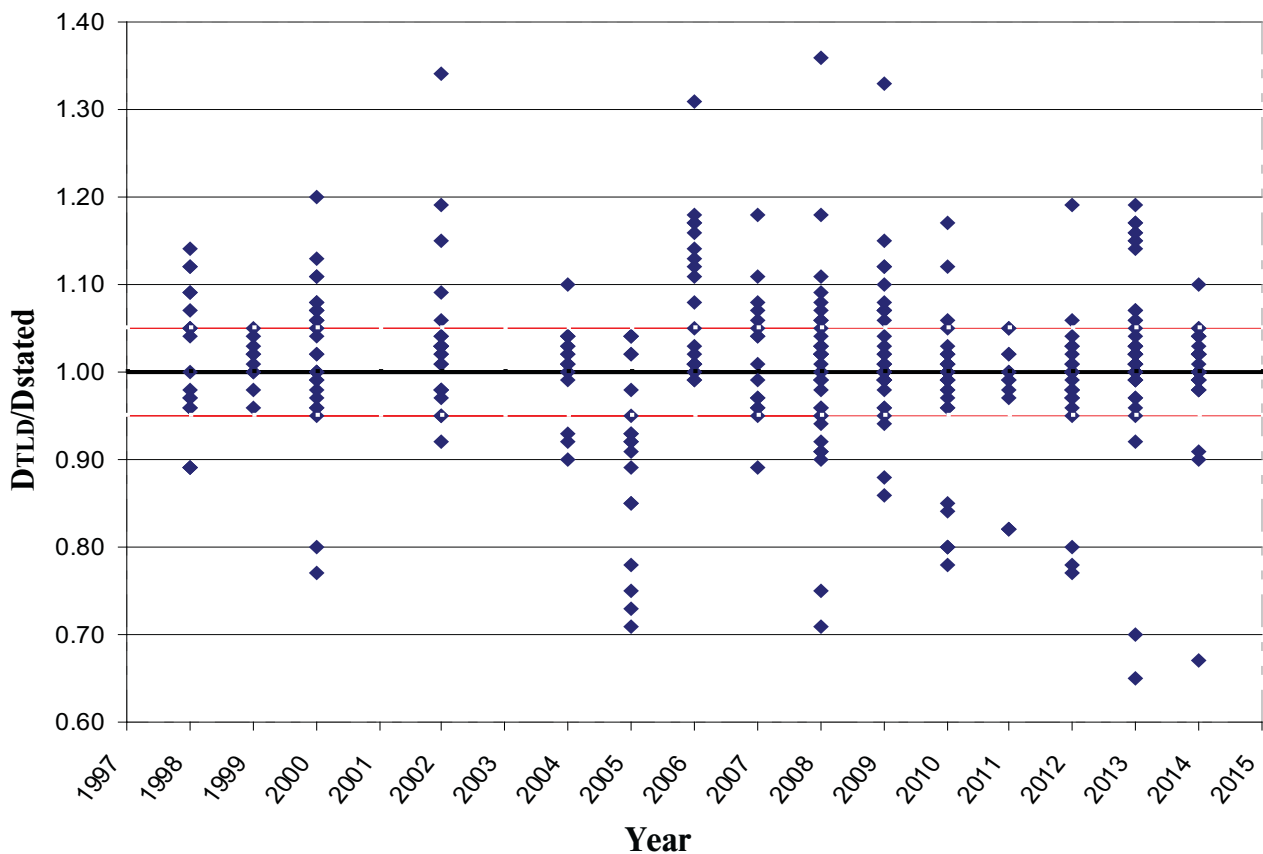


Figure. TLD audit results for ray radiotherapy devices in Ukraine in 1998–2014

dose calculation (overexposure of 7 to 34% of planned dose during period of May 2004 to May 2005) occurred in Jean Monnet Hospital in Epinal (France). As a result at least 12 persons died and tens of patients were seriously injured. Deviations from the planned doses in described accidents predominantly varied in the range of +75% to –30%. This generalization of radiation accidents confirmed again that the most serious consequences of radiation accidents are related to errors of dosimetric planning and implementation of all technological stages of radiotherapy [9].

On the one hand the problems of dose calculation and exposing of malignant formation should be attributed to medical errors based on their previous definition [16], but if this error led to the rejection of proven doses by more than 5% of the planned dose, such exposure is considered an emergency [6], that may be classified as an accident or offence.

The already mentioned case of Jean Monnet Hospital in Epinal has been qualified as offence, and two doctors and a radiologist of the clinic were sentenced to 18 months in prison.

Generally the emergency exposure in the medicine practice according to International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources is «any therapeutic treatment delivered to either the wrong patient or the wrong tissue, or using the wrong pharmaceutical, or with a dose or dose fractionation

differing substantially from the values prescribed by the medical practitioner or which may lead to undue acute or secondary effects» [7]. The interpretation of reasons for such emergency exposure as an accident, mistake or offense is under competence of the authorities, and it is based on the national legislation norms that are mostly imperfect in this field. Thus there are problems of legal nature regarding safety of patients in radiology that require clarification.

The situation in Ukraine. Providing required accuracy of the release of absorbed dose in radiation therapy is possible due regular monitoring of the radiation output of therapeutic devices, ie dosimetric calibration of therapeutic beams both in the radiology department and when calibration of the radiation fields of radiotherapy apparatus conducted, as well as the independent external audit.

Since 1998 IAEA and WHO being conducted regular independent audit of dosimetric calibration of gamma-therapeutic beams using termoluminescent dosimetry method («dose by post») in Ukraine (TLD-audit). Participation in this procedure is voluntary and confidential for medical institutions.

The results of TLD audit for external ray radiotherapy devices in Ukraine in 1998–2014 are shown on the figure. On the vertical axis of this figure the ratio between measured dose by dosimeter and dose conditions by audit is shown. On the horizontal axis the year of research is shown.

Table

Analysis of TLD audit results for ray radiotherapy devices in Ukraine in 1999–2014

Year	Total number of devices, that were in TLD audit	Range of the error of dose release after I stage, ±%					Unsatisfactory results after I stage, %	Range of the error of dose release after II stages, ±%					Unsatisfactory results after two stages, %
		<5	5–10	10–20	20–30	>30		<5	5–10	10–20	20–30	>30	
1998	13	7	3	3	-	-	46,2	3	-	3	-	-	23,1
1999	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
2000	23	13	8	1	1	-	43,5	3	2	1	1	-	17,4
2002	19	13	3	2	-	1	31,6	4	-	-	1	-	5,3
2004	18	14	3	1	-	-	22,2	2nd stage was not conducted					22,2
2005	15	7	2	2	1	3	53,3	-	2	1	1	-	26,7
2006	14	7	-	6	1	-	50,0	4	1	1	-	-	14,3
2007	12	8	2	2	-	-	33,3	2	1	1	-	-	16,7
2008	28	19	4	1	1	3	32,1	4	3	2	-	-	17,9
2009	35	23	5	5	2	-	34,3	8	4	-	-	-	11,4
2010	24	18	1	2	3	-	25,0	3	-	2	1	-	12,5
2011	13	9	-	3	1	-	30,8	3	-	-	-	-	0,0
2012	25	19	1	1	3	1	24,0	5	-	-	-	-	0,0
2013	38	26	4	5	-	3	31,6	8	1	3	-	-	10,5
2014	33	29	2	1	-	1	12,1	4	-	-	-	-	0,0
Average values	21,3						32,6						11,9

Range limited by dotted lines on the figure corresponds to the ratio between the dosimeter measured dose and dose conditions by audit within $\pm 5\%$ variation [6] that is considered to be acceptable.

Attention is drawn to the fact that almost annually there have been cases of conditions caused by excess auditing dose by 20% or more, which can lead not only to radiation complications, but also to the deaths [8].

More detailed information on TLD audit results of the external ray radiotherapy devices in Ukraine in 1998–2014 presented in the Table.

According to the data from Table it can be seen, that in 1998, 2000, 2002, 2007, 2008, 2009, 2011 and 2013 for more than 30% of external ray radiotherapy devices that were TLD audited the accuracy of the release of absorbed dose exceeded $\pm 5\%$, and in 2005 and 2006 these variation was in more than half of devices.

An average for 15 years period of 1998–2014 the discrepancy of the radiation output of external beam radiotherapy devices and specified parameters was observed in 32.6% of the results on the 1st stage of audit, and in almost 12% of cases for re-audit. These data is close to earlier estimations [15] that discuss the problems of the calculation of dose on 28% external gamma-therapeutic devices that were subject to TLD audit in Ukraine. In

this paper it is also noted that according IAEA/WHO TLD audit results for developing countries there are only 5–15% of devices has an error of the calculation of radiation beam more than 5%.

Thus in practice every third device that was subject of TLD audit in Ukraine there were problems with dose calculation.

Before we proceed to the assessment of the number of cancer patients which effectiveness of treatment could negatively be impacted by above-mentioned problems with external radiation devices, you should also note the following:

- Dose calculation is one of many stages of ray therapy, and error could be made on any stage [2,7];
- Lack of simulators, planning systems, devices for fixation of patients during irradiation, devices of individual protection of healthy tissues, and outdated models of clinical dosimeters in oncological radiology departments [14];
- Low qualification level of engineers, radiologists, and absence of certain professions in the national classification, and therefore absence of radiotherapy positions and specialists in «Medical Physics» in the medical departments [10];
- Lack of targeted activities in accounting and analysis of medical errors in Ukraine particularly in oncology [4,5].

Taking into account the aforementioned problems of oncological radiology it can be argued that a deviation of calculation and release of absorbed dose to the tumor target with accuracy above or below 5% took place for a half of gamma-therapy devices in Ukraine. At least it can be considered as a pessimistic option of the assessment of situation.

In order to estimate medical and social consequences of the dose miss-calculation problems, we may suggest that there are about 100 tele-gamma therapy cobalt devices in Ukraine (even larger number of these devices is expected for the near future) [11], and the annual load on each device is about 300 cancer patients. Therefore, we obtain an annual contingent of treated on these devices people that is about 30,000 people. Using this information it is quite easy to estimate the number of patients in whom radiotherapy is inefficient (absorbed dose is higher or lower than planned).

While according our optimistic option (32.6% of tele-gamma devices with unsatisfactory TLD audit results) we receive about 10,000 cancer patients, and the pessimistic option (50.0% of tele-gamma devices with unsatisfactory TLD audit results) we received 15,000 cancer patients respectively, for those who will receive ineffective radio-

logical therapy or will obtain malignant complications or even fatal consequences.

Generally it confirms the significance of medical faults and patient safety issues in Ukraine that should be fundamentally investigated.

Conclusions

The problem of the medical faults of cancer patient treatment by radiological methods is extremely important in Ukraine.

Usually studies of medical faults in oncologic radiology consider organizational, thematic, personnel and technical aspects. Meanwhile known studies do not cover medical and social consequences of this unresolved problem.

According optimistic option there is about 10 thousand cancer patients annually who may suffer due dose calculation errors, and by pessimistic option such number may reach 15 thousand patients.

There are legal problems regarding patient safety in oncological radiology. These problems require clarification.

The primary task of improving the patient safety in oncologic radiology is the accounting and analysis of radiation therapy defects and their consequences.

No conflict of interests was declared by the authors.

References

1. Baba MH, Mohib-ul-Haq M, Khan AA. (2013, Jan). Dosimetric Consistency of Co-60 Teletherapy Unit- a ten years Study. *Int. J. Health Sci (Qassim)*. 7 (1): 15–21. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612411>.
2. Bilynskyj BT. (2013). *Medical errors in oncology: monograph*. Gen. editorship Ja.V.Shparyk. Lviv: Afisha: 234.
3. Fedorenko M. (2014). Features inspections of health facilities by OSH. *Dovidnyk specialista z ohorony praci*. 7: 46–51.
4. Grando OA. (2000). *Problems of medical ethics and deontology*. Socialna medycyna ta organizacija ohorony zdorovja. Under the gen. editorship Ju.V. Voronenko, V. F. Moskalenko. Ternopil: Ukrmedknyga: 645–668.
5. Green Paper. (2012). *Green Paper of the National Plan of Action on Patient Safety Materials First National Congress on patient safety. Project 1.4.1. Council of Europe Action Plan for Ukraine in 2011–214 years*. K.: Morion: 133.
6. IAEA. (2000). *Absorbed Dose Determination in External Beam Radiotherapy An International Code of Practice for Dosimetry Based on Standards of Absorbed Dose to Water*. Technical reports series No. 398. International Atomic Energy Agency, Viena: 229. URL: http://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/trs398_scr.pdf.
7. IAEA. (2001). *Radiological Protection of Patients in Diagnostic and Interventional Radiology, Nuclear Medicine and Radiotherapy Proceedings of an international conference held in M6laga, Spain, 26–30 March 2001, organized by the International Atomic Energy Agency and co-sponsored by the European Commission, the Pan American Health Organization and the World Health Organization*. Vienna: 165. URL: http://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub1113_scr/pub1113_scr1.pdf.
8. IAEA. (2014). *Lessons Learned from the Response to Radiation Emergencies. August 2012*. Venna: 136–142. [МАГАТЭ. (2014). Уроки реагирования на радиационные аварийные ситуации (1945–2010 годы). Вена: 136–142. URL: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/EPR/Lessons%20learned%202012r_web.pdf.
9. Kostylev BJa, Tarkevich VA. (2014). *Radiation safety in medicine. Tutorial*. Москва: 202.
10. Makarovska OA, Aslamova LI, Kulich JeV, Malenevska JeV. (2014). *Training medical physicists as one of the main activities of professional associations of medical physicists. Medical physics – the current status, problems, the way of development. Innovation technologies. Abstracts of 4th International Conference, October 23–24, 2014, Kyiv, Taras Shevchenko National University of Kyiv*. Kyiv: Morion: 1–2.
11. Mechev DS. (2012). *The current state of development of radiotherapy in Ukraine*. *Radiologichnyj visnyk*. 42 (1): 5–7.
12. *Natsionalnyi kantser-reiestr Ukrainy*. (2010). *Analysis of survival of cancer patients in Ukraine*. *Bjuleten nacionalnogo kancer-rejestru Ukrainy*. 11: 4–13.
13. *Natsionalnyi kantser-reiestr Ukrainy*. (2012). *The survival rate of patients as an indicator of the quality of the organization of cancer care for patients with cervical cancer*. *Bjuleten nacionalnogo kancer-rejestru Ukrainy*. 13: 72–87.

14. Pylypenko MI, Skaleckyj JuM, Stadnyk LL, Fedko OA. (2011). State and problems of nuclear and radiation technologies in the health system Ukraine. Nuclear and Radiation Technology in Ukraine: capabilities, status and problems of implementation: Scientific articles / under the gen. editorship academ. NAS of Ukraine, d. t.s., prof. V. P. Gorbulina. Kyiv: SI «RPC «Priorytety» 82–94.
15. Pylypenko MI, Stadnyk LL, Kornjejeva VV et al. (2010). State provision of radiotherapy dosimetry in medical institutions of Ukraine on the results of the survey and TLD-audit IAEA/WHO. Ukrainskyj radiologichnyj zhurnal. 4: 409–416. URL: http://medradiologia.kharkov.ua/assets/files/arch/2010/4/p409_416.pdf.
16. Sharabchiev JuT. (2007). Medical errors and defects of medical care: the social and economic aspects of public health and the loss of. Medicinskie novosti. 3: 34. URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=301>.
17. WHO. (2005). Eighth futures forum on governance of patients safety. Erpfendor, Austria, 28–29 April, 2005. WHO Regional office for Europe: 38. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98287/E87770R.pdf.

Відомості про авторів:

Скалецький Юрій Миколайович – Національна комісія з радіаційного захисту населення України. Адреса та контактна інформація для переписки: м. Київ, вул. Бастіонна, 15; тел.: +38 (044) 574–55–15.

Пилипенко Микола Іванович – д.мед.н., проф., проф. каф. радіології та радіаційної медицини Харківського НМУ, чл. – кор. НАМН України.

Стадник Лариса Львівна – ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», центральна лабораторія радіаційної гігієни медичного персоналу і пацієнтів.

Стаття надійшла до редакції 08.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Тези до рубрики

УДК 614.253.5+616–093.75+371.14

Г. М. Ерстенюк, О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова, Н. І. Кольцова

Організаційні форми підготовки медичних кадрів із питань паліативної допомоги

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 52-53; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.52

Мета – вивчити сучасні погляди, передовий світовий та вітчизняний досвід стосовно підготовки медичних кадрів для паліативної допомоги (ПД).

Матеріали та методи. Застосовано рекомендації міжнародних організацій, вітчизняні нормативно-правових акти з питань надання ПД, навчальні плани і програми навчальних дисциплін вищих медичних закладів освіти.

Результати. Встановлено, що саме визначення «Паліативна допомога» та рівні її надання, регламентовані чинним законодавством України, не відповідають сучасним міжнародним підходам. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги (ЄАПД), ключовими складовими ПД є автономія, гідність, взаємозв'язок між пацієнтом і системою охорони здоров'я, якість життя, позиція стосовно життя і смерті, комунікації, громадська просвіта, мультипрофесійний підхід, допомога сім'ї при жалобі і горюванні. Для їх забезпечення в більшості країн світу виділяють три рівні ПД: паліативний підхід, загальну і спеціалізовану ПД. Паліативним підходом має володіти кожний медичний працівник, оскільки рано чи пізно він обов'язково зустрінеться з пацієнтом, який потребує ПД, і його найближчими. Загальну паліативну допомогу забезпечує медичний персонал, який часто контактує з інкурабельними пацієнтами та їхніми сім'ями, зокрема, працівники первинної медичної допомоги, онкологічних, геріатричних, дитячих неврологічних, неонатологічних закладів охорони здоров'я. Спеціалізовану ПД надає персонал спеціалізованих паліативних відділень та центрів, хоспісів, виїзних паліативних служб. Це, своєю чергою, вимагає відповідної до рівня ПД форми та змісту навчання.

Так, згідно з рекомендаціями Білої книги ЄАПД з навчання паліативної допомоги (2013), паліативним підходом повинні оволодіти усі студенти медичних університетів та коледжів на етапі додипломної освіти. Загальна ПД повинна бути засвоєна в межах післядипломної освіти та удосконалюватися під час безперервного професійного розвитку медичних працівників. Спеціалізована ПД потребує відповідної спеціалізації (а в Україні досі немає такої спеціальності) і постійного вдосконалення в рамках безперервного професійного розвитку.

Однак базовим для кожного з указаних рівнів навчання є вимога оволодіння такими ключовими компетенціями ПД:

- застосовувати ключові елементи ПД у місцях перебування пацієнтів та їхніх сімей;
- підвищувати фізичний комфорт пацієнта впродовж усієї тривалості хвороби;
- зауважувати психологічні, соціальні та духовні потреби пацієнта;
- відповідати на потреби доглядальників / членів родини пацієнта;
- відповідати на клініко-етичні виклики при прийнятті рішень у ПД;
- практикувати інтердисциплінарну командну роботу;
- розвивати відповідні інтердисциплінарні і комунікаційні навички ПД;
- приділяти увагу власному БПР.

Нами у 2014 р., відповідно до рекомендацій ЄАПД та за результатами власних досліджень, розроблено типову наскрізну програму «Паліативна та хоспісна допомога» підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія», затверджену МОЗ України. Основною її метою стало набуття майбутніми лікарями комплексу знань, вмінь і навичок з ПД за принципом наскрізного формування інтегральних знань у межах тих предметів, які викладаються в медичному університеті. Такий підхід, на від-

міну від альтернативи введення окремої дисципліни, має ряд переваг, основною з яких стала можливість охопити всі аспекти проблеми та сформувати цілісні інтегральні знання з питань ПД, сприйняти ідею мультидисциплінарного підходу.

Проте з набуттям автономії вищими медичними закладами освіти переходом до компетентісної освіти та відповідної акредитації навчальних програм у НАЗЯВО ця наскрізна програма втратила свою актуальність. Наразі ми можемо тільки комунікувати та пропагувати введення ключових компетенцій з ПД до навчальних програм медичних університетів та коледжів, щоб забезпечити оволодіння паліативним підходом усіма студентами.

Також вважаємо, що відповідні зміни слід внести до програми післядипломної освіти лікарів та молодших спеціалістів із медичною освітою.

Висновки. Система підготовки кадрів в Україні потребує корекції в напрямі формування в усіх медичних працівників ключових компетенцій ПД.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна допомога, медична освіта.

Organizational forms of medical personnel education in paliative care

H. M. Ersteniuk, O. Z. Detsyk, Zh.M. Zolotarova, N. I. Koltsova

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Purpose – to study modern views, advanced world and national experience in training medical personnel for paliative care.

Materials and methods. Recommendations of international organizations, domestic regulations on paliative care, curricula of medical universities and colleges.

Results. It is established that the definition of «Paliative Care» and the levels of its provision, regulated by the current legislation of Ukraine, do not correspond to modern international approaches. The National curricula on paliative care developed by us on the principle of vertical integration and approved by the Ministry of Health in 2014, nowadays, in the era of transition to full autonomy of universities, is outdated. There is no medical specialty «paliative care» in Ukraine. Medical specialists can acquire knowledge and skills in paliative care only within the framework of their continuous professional development at the postgraduate level. According to an EAPC White Paper on Paliative Care Education, the three-level system of medical education based on core competencies and core constituents of paliative care is offer.

Conclusions. The system of medical education in Ukraine requires correction in order to acquirement core competencies of paliative care by all medical workers.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: paliative care, medical education.

УДК 614.2:616–082+616–08.039.75+616.988.036–036.8

А. В. Царенко, Н. Є. Кожан, З. В. Максимова, А. М. Бондарчук

Особливості організації і надання паліативної та хоспісної допомоги в умовах пандемії COVID-19

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 53-55; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.53

Пандемія COVID-19 змусила переглянути підходи в організації заходів інфекційного контролю в закладах паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), у т. ч. при наданні ПХД в амбулаторних умовах. Як пацієнти, що потребують ПХД (ПП), так і персонал, залучений до надання ПХД, піддається високому ризику зараження COVID-19 та передачі інфекції всередині закладів. З огляду на наявність тяжких захворювань, зниження функціональних можливостей органів і систем організму, ПП схильні до вищого ризику розвитку тяжких форм захворювання і летального результату.

Основні завдання щодо попередження поширення COVID-19 у закладах ПХД, згідно з Тимчасовим керівництвом «Профілактика інфекцій та інфекційний контроль у закладах довгострокового догляду в контексті спалаху COVID-19», розробленим ВООЗ у березні 2020 року [1]:

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

- попередження занесення вірусу COVID-19 у заклад;
- поширення вірусу COVID-19 у закладі;
- попередження поширення вірусу COVID-19 за межами закладу;
- призначення посадової особи, відповідальної за організацію протиепідемічного режиму та контроль за виконанням заходів інфекційного контролю, – координатора з інфекційного контролю.

Важливу роль у забезпеченні вказаних заходів відіграє координатор з інфекційного контролю, який має проводити інструктаж усього персоналу щодо COVID-19, у тому числі:

- загальну інформацію про COVID-19, гігієну рук і респіраторний етикет (респіраторну гігієну), стандартні запобіжні заходи, заходи щодо профілактики зараження COVID-19;
- інформаційні заходи щодо COVID-19 для пацієнтів для підвищення їхньої обізнаності про вірус і профілактичні заходи;
- регулярні перевірки практики інфекційного контролю (дотримання правил гігієни рук, респіраторної гігієни) з наданням рекомендацій персоналу.

Реалізація заходів інфекційного контролю в закладах ПХД [2] має вирішальне значення для своєчасного виявлення COVID-19. Необхідно забезпечувати раннє виявлення інфекції, викликаной вірусом SARS-CoV-2, серед працівників відділень за допомогою:

- синдромного нагляду та лабораторного тестування персоналу і пацієнтів;
- впровадження необхідних заходів для попередження контактів із джерелом зараження і профілактики інфекції, викликаной вірусом SARS-CoV-2, серед працівників відділень;
- у разі виявлення серед пацієнтів або співробітників осіб інфікування вірусом SARS-CoV-2 забезпечити охоплення тестуванням усіх працівників відділень і пацієнтів;
- в умовах масового поширення інфекції або групових випадків захворювання і за наявності ресурсів забезпечити тестування всіх пацієнтів на вірус SARS-CoV-2 під час надходження в закладах ПХД.

Також необхідно провести вакцинацію [2] пацієнтів і медичних працівників проти грипу і COVID-19 та проти інфекції, спричиненої *Streptococcus pneumoniae*.

З метою попередження поширення COVID-19 у закладах ПХД [1] під час відвідування ПП необхідно забезпечити виконання правил дистанціювання, які включають обмеження відвідувань, забезпечення фізичного дистанціювання під час групових занять та заходів, якщо їх скасування неможливо, закриття їдальні і обслуговування пацієнтів у палатах, забезпечення можливості підтримки між пацієнтами дистанції не менше 1,5 м, заборона ПП і персоналу торкатися один одного без потреби.

Важливим є розроблення порядку відвідування пацієнтів, враховуючи обмежений прогноз тривалості життя ПП та їх потребу спілкування з рідними і близькими. Для дотримання вимог фізичного дистанціювання допускається одноразова присутність тільки одного відвідувача. Також необхідно організувати спілкування з ПП з використанням засобів телефонного або відеозв'язку або ж встановити пластикові чи скляні екрани між відвідувачами і ПП. Відвідувачам необхідно дати інструкції з питань респіраторної гігієни (обов'язкове носіння медичної маски) та гігієни рук і рекомендувати триматися від пацієнта на відстані не менше 1,5 м.

Прямі контакти відвідувачів з ПП із підтвердженим захворюванням на COVID-19 або з підозрою на COVID-19 слід виключити. Обов'язковим є використання м'яких засобів і засобів дезінфекції для очищення та дезінфекції всіх горизонтальних поверхонь і поверхонь, до яких часто торкаються пацієнти і персонал (наприклад, вимикачів світла, дверних ручок, приліжкових поручнів, приліжкових столів/тумбочок, телефонів тощо). Прибирання туалетів слід проводити не рідше ніж два рази на добу або частіше за наявності видимих забруднень.

У разі, якщо у ПП є підозра на захворювання або підтверджений діагноз COVID-19, слід негайно вживати таких заходів інфекційного контролю:

- застосовувати засоби індивідуального захисту від інфекцій з повітряно-краплинним і повітряно-пиловим шляхами передачі (за наявності показань) у ході надання допомоги пацієнтам;
- забезпечити ізоляцію хворих із підозрою на захворювання або підтвердженим діагнозом COVID-19 в одномісних палатах або, за неможливості, спільно з іншими хворими на COVID-19;
- проводити ретельне клінічне обстеження ПП медичним персоналом, особливо осіб, у яких є фактори ризику швидкого погіршення стану, і в разі потреби розпочати своєчасне лікування та розглянути питання про можливу екстрену госпіталізацію ПП до відповідної установи;

- поміщати всіх осіб, які контактували з пацієнтами з підтвердженим діагнозом COVID-19, на карантин у займаних ними палатах або окремо від інших пацієнтів, а також спостерігати за станом їхнього здоров'я протягом 14 діб від моменту останнього контакту;
- вживати необхідних заходів для попередження контактів із джерелом зараження і профілактики інфекції, викликані вірусом SARS-CoV-2, серед медичних працівників;
- у разі смерті пацієнта з COVID-19 необхідно забезпечити дотримання процедур безпечного поводження з тілом.

Заходи інфекційного контролю, особливо застосування засобів індивідуального захисту, а також обмеження відвідувань і групових заходів, можуть позначатися на психічному і фізичному стані та відповідно благополуччі та якості життя ПП, їхніх рідних і співробітників закладів ПХД.

Отже, поряд з організацією належного захисту ПП, відвідувачів і персоналу від COVID-19, слід забезпечити постійну відповідність наданої ПХД принципам гуманності, поваги і задоволення потреб ПП та їх рідних [2].

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, паліативні пацієнти, заклади ПХД, COVID-19, заходи інфекційного контролю, якість життя.

References/Література

1. VOOZ. (2020). Tymchasove kerivnytstvo «Profilaktyka infektsii ta infektsiyni kontrol v zakladakh dovhostrokovoho dohliadu v konteksti spalakhу COVID-19». 21.03.2020 [VOOZ. (2020). Tymchasove kerivnytstvo «Profilaktyka infektsii ta infektsiyni kontrol v zakladakh dovhostrokovoho dohliadu v konteksti spalakhу COVID-19». 21.03.2020]. URL: <https://www.who.int/countries/ukr/ru/>.
2. VOOZ. (2021). Profilaktyka infektsii i infektsiyni kontrol v zakladakh dovhostrokovoho dohliadu v konteksti spalakhу COVID-19. Tymchasovi rekomendatsii. 8 sichnia 2021 r. [VOOZ. (2021). Profilaktyka infektsii i infektsiyni kontrol v zakladakh dovhostrokovoho dohliadu v konteksti spalakhу COVID-19. Tymchasovi rekomendatsii. 8 sichnia 2021 p.]. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338481/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1-rus.pdf.

УДК 616–093.75–056.24–047.44 (477.63):616–082:616–08.039.75

А. В. Царенко¹, Ю. В. Криничний^{2,3}, А. А. Бабський⁴, Ю. Ю. Щетко^{2,3}

Досвід роботи виїзної консультативної бригади паліативної та хоспісної допомоги в місті Дніпро

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²КНП «Дніпровська міська клінічна лікарня №16» ДМ, Україна

³Дніпропетровська обласна організація ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Україна

⁴Дніпровська міська рада, Департамент охорони здоров'я населення, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 55-57; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.55

У роботах багатьох українських авторів зазначено, що сьогодні створення інноваційної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) та служби соціальної послуги з паліативного догляду (СППД) в Україні є однією з найважливіших медико-соціальних проблем та завдань уряду і суспільства, за яким у сучасному світі оцінюють цивілізованість та гуманність нашої держави і суспільства взагалі.

Важливе значення для забезпечення доступності, якості та ефективності ПХД має фінансування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) ПХД з різних джерел, зокрема, Державного бюджету (Національна служба

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

здоров'я України – НСЗУ), регіональних та місцевих бюджетів (цільові програми надання паліативної допомоги) та залучення благодійних коштів громадян, благодійних фондів, громадських та релігійних організацій, бізнесових структур тощо.

Мета – проаналізувати виконання Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки.

Матеріали та методи. Застосовано національні та міжнародні нормативно-правові документи і літературні джерела, дані медичної статистики, методи системного та структурно-функціонального аналізу, бібліосемантичні та статистичні методи дослідження.

Результати. Аналіз статистичних даних і розрахункових потреб у ПХД засвідчив, що при середній щорічній смертності населення м. Дніпра впродовж останніх 5 років у 14,0 тис. осіб щорічна потреба у ПХД і СППД становить 11,2 тис. пацієнтів і, відповідно, майже 34 тис. їхніх родичів. ПХД і СППД щорічно потребують понад 1,8 тис. онкологічних хворих, 9,9 тис. пацієнтів із невиліковними формами і тяжкими ускладненнями серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання та травної системи, цукрового діабету тощо. Окрему групу становлять хворі на туберкульоз, серед яких понад 90 пацієнтів щороку потребують ПХД і СППД, а також хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД, середня щорічна смертність серед яких дорівнює 250 осіб і, відповідно, усі вони потребують ПХД і СППД.

Порівняльний аналіз стану надання ПХД в Україні та в м. Дніпрі засвідчив деякі регіональні особливості, зокрема, значну потребу надання ПХД і СППД пацієнтам вдома та необхідність розробки і забезпечення механізму співпраці лікарів первинної ланки медичної допомоги, стаціонарних ЗОЗ та закладів соціальної опіки, а також велику зацікавленість та прихильність міської влади і департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради щодо створення та впровадження сучасної служби ПХД населенню м. Дніпра.

У 2017 р. за ініціативи мера м. Дніпра розроблено та затверджено на сесії міської ради Програма надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки (рішення Дніпровської міської ради від 15.11.2017 №13/26 (зі змінами, внесеними рішенням міської ради від 10.03.2019 №13/43) далі – Програма. Основна мета зазначеної Програми – удосконалити надання ПХД в амбулаторних умовах для забезпечення гідної якості життя паліативних пацієнтів (ПП) шляхом контролю хронічного больового синдрому, інших тяжких проявів захворювань, а також соціальної, психологічної та духовної підтримки ПП і їхніх рідних. Зазначена Програма дала змогу забезпечити ефективну міжвідомчу координацію і співпрацю, наступність та впровадження мультидисциплінарних і міжвідомчих підходів надання ПХД і СППД. У Програмі визначено чіткий механізм взаємодії ЗОЗ із соціальними працівниками територіальних центрів, психологами, волонтерами, представниками духовенства, щоб усі ланки цієї системи працювали комплексно та злагоджено.

Для розроблення зазначеної Програми при департаменті охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради створено робочу групу із залученням фахівців кафедри паліативної та хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НУОЗУ імені П. Л. Шупика та експертів ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» і МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». У рамках реалізації Програми ПП забезпечуються ліками, технічними та іншими засобами догляду і реабілітації на пільгових умовах. У міському бюджеті на зазначену Програму передбачено 40 млн грн.

Реорганізація служби охорони здоров'я м. Дніпра, зокрема повернення лікувальних закладів вторинного рівня в підпорядкування міської влади, дало змогу створити єдину повноцінну систему надання паліативної допомоги – на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги. Йдеться, зокрема, про лікувальні установи, до складу яких входять паліативні стаціонарні відділення (серед них – міські лікарні №2 та №12, в яких розгорнуто 55 ліжок для ПП, а також створення виїзної бригади спеціалізованої паліативної допомоги на базі КНП «Міська клінічна лікарня №16» ДМР).

Виїзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги працює в місті з червня 2019 року згідно з наказом Департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради від 10.06.2019 №303. До складу бригади входять: терапевт, хірург, психотерапевт, а також хірургічна та маніпуляційні медичні сестри. За необхідності до виїздів та консультацій можуть залучатися вузькопрофільні фахівці (ендокринолог, кардіолог, травматолог, уролог, гінеколог тощо). Бригада забезпечена 2 автомобілями санітарного автотранспорту за договором із міським комунальним підприємством санітарного автотранспорту. Виїзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги надає медичну допомогу вдома, а також, за необхідності, скеровує

ПП до відповідних стаціонарних ЗОЗ ПХД. Бригада працює в тісному контакті із сімейними лікарями і соціальними працівниками. Виїзди до ПП здійснюються виключно за викликом сімейного лікаря чи відповідальної особи центру. Протягом 2019–2020 рр. здійснено 2492 виїзди бригади та надано паліативну допомогу 740 ПП удома, з яких 54,2% – онкологічні хворі. Крім того, бригада забезпечує ПП, за наявності показань, концентраторами кисню та протипролежневими матрацами (на тепер на оснащенні бригади є 15 концентраторів кисню та 10 протипролежневих матраців). З початку 2020 р. ними забезпечено 92 ПП. У 2020 р. на комплектацію бригади медичним обладнанням, медикаментами й технічними засобами реабілітації з бюджету міської Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах виділено 300 тис. грн.

Для забезпечення якісної амбулаторної ПХД в усіх 12 міських центрах ПМСД заплановано створення спеціальних мобільних бригад для виїзду до ПП додому – з цією метою передбачено придбання автотранспорту. До складу таких бригад, окрім сімейного лікаря та медсестри, за потреби, входять соціальний працівник і психолог або психотерапевт. Адже, крім медичних процедур (знеболювання, перев'язки тощо), багато ПП потребують ще соціально-побутової та психологічної допомоги. Зараз у м. Дніпрі створюються спеціалізовані мультидисциплінарні виїзні бригади, які зможуть надавати ПП вдома консультативно-діагностичні послуги (аналіз крові, ЕКГ тощо). По суті, бригади будуть об'єднувальною ланкою між первинним і вторинним рівнями надання медичної допомоги ПП.

Зараз запроваджено нову послугу мобільної бригади паліативної допомоги – супроводження паліативних хворих після виписки із загальносоматичних стаціонарів. З метою своєчасного обслуговування та збільшення обсягу надання консультативної допомоги планується збільшити щоденний час роботи бригади. З початку 2020 р., незважаючи на пандемію коронавірусу, у бригаді не було жодних обмежень стосовно обсягу надання допомоги ПП. Виконуються протиепідемічні заходи, співробітники бригади забезпечені засобами індивідуального захисту для протидії коронавірусу.

Крім того, у рамках міської Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах створюються пункти прокату засобів медичного догляду за ПП (інвалідні візки, ходунки, протипролежневі матраци, милиці тощо), а також забезпечення хворих засобами медичного догляду вдома (сечо- й калоприймачами, підгузками тощо). У Програму закладено додаткову закупівлю ліків та знеболювальних засобів для ПП. Загалом на реалізацію Програми з міського бюджету заплановано виділити понад 40 млн грн.

Висновки. Важливою умовою комплексного забезпечення потреби населення м. Дніпра у ПХД та СППД є підтримка Дніпровською міською радою створення сучасної доступної, якісної та ефективної служби ПХД і СППД, яка має забезпечити ефективну міжвідомчу координацію, наступність і співпрацю між ЗОЗ і закладами соціального захисту населення за рахунок створення та розвитку мультидисциплінарних виїзних бригад для надання ПХД удома в кожному районі міста, забезпечити координацію та наступність надання стаціонарної ПХД у ЗОЗ міста.

Сьогодні завдяки співфінансуванню за рахунок затвердженої Дніпровською міською радою «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки» у м. Дніпрі впроваджується система комплексної допомоги ПП удома, що передбачає контроль хронічного больового синдрому, усунення або зменшення розладів життєдіяльності й інших тяжких проявів захворювань.

Завдяки забезпеченню мультидисциплінарних і міжвідомчих підходів передбачені також догляд, психологічна і соціальна допомога та духовна підтримка ПП і їхніх близьких в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, паліативні пацієнти, хоспіс, виїзна бригада паліативної допомоги, мультидисциплінарні та міжвідомчі підходи.

М. М. Риган¹, Ю. М. Скалецький²

Безпека пацієнтів: актуальна проблема

¹Медичний центр «Клініка сучасної ортопедії», м. Київ, Україна

²Національний інститут стратегічних досліджень, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 58-63; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.58

Висвітлена природа, надана поширеність і наслідки небажаних ефектів лікарської діяльності. Проаналізовані заходи на міжнародному, регіональному і національному рівнях із підвищення безпеки пацієнтів. Наведені причини недостатньої уваги до проблеми лікарських помилок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: безпека пацієнтів, дефекти лікарської допомоги, лікарські помилки.

Patient safety: an urgent issue

M. M. Regan¹, Yu.M. Skaletskii²

¹Medical Center «Clinic of Modern Orthopedics», Kyiv, Ukraine

²National Institute for Strategic Studies, Kyiv, Ukraine

The nature, prevalence and consequences of adverse effects of medical practice are given. The measures to improve patient safety at the international, regional and national level are analyzed. Causes of insufficient attention to the problem of medical errors are presented.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: patient safety, medical care defects, medical errors.

Вступ

Система охорони здоров'я України приділяє значну увагу забезпеченню і контролю якості медичної допомоги. Для цього коригується законодавство, лише на центральному рівні розроблені понад 10 нормативних документів за цією проблематикою, здійснюються організаційні заходи з впровадження положень цих документів у практику роботи закладів і установ охорони здоров'я. У цьому чималому переліку документів майже не зустрічається словосполучення «якісна і безпечна» щодо медичної допомоги. Немає ознак значного інтересу до безпеки пацієнтів і в реальній вітчизняній медичній практиці.

Однак не можна не погодитися з вітчизняними фахівцями, що, поруч із забезпеченням доступності і якості, безпека медичної допомоги є одним із найважливіших напрямів удосконалення охорони здоров'я населення України. Крім того, одним із критеріїв якості медичної допомоги є її безпека [18]. Це співзвучно з гіпократівським: «Насамперед не нашкодь...».

Мета дослідження – оцінити актуальність у світі і в Україні проблеми забезпечення пацієнтів від негативних наслідків надання медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження слугували вітчизняна нормативно-правова база щодо забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги, документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і наукові публікації вітчизняних та зарубіжних фахівців із безпеки пацієнтів, річні звіти про роботу лікувально-профілактичних закладів. Методи дослідження: аналітичний, бібліографічний, історичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Охорона здоров'я – сфера підвищеного ризику

Практично в будь-якій сфері людської діяльності слід за користю невідступно йде шкода. І медицина в цьому розумінні не є винятком. Так, переливання крові рятує мільйони людських життів, але без дотримання необхідних заходів безпеки «дає» у всьому світі щорічно 16 млн випадків інфекцій гепатиту В, 5 млн – гепатиту С і 160 тис. – інфікування ВІЛ [25].

І ще. Значного поширення набуло профілактичне застосування аспірину, який дає змогу попередити інфаркт міокарда в 1 випадку зі 100. Але є дані, що така процедура провокує ризик 1 додаткового ви-

падку геморагічного інсульту на 2000 осіб [20]. Такі ж приклади можна навести для інших лікарських засобів або багатьох методів лікування та діагностичних досліджень. При цьому нові можливості, як правило, несуть і нові ризики.

Дуже суттєвим є те, що медичний персонал має справу не просто з хворими, але часто з хворими в критичному стані, для надання допомоги яким не завжди достатньо часу, можливостей, знань і досвіду. До того ж людині властиво помилятися, а в науко- та інформаційноємній сфері, якою є медицина, тим більше. Тому логічний вислів: «Якщо ви ніколи не робили помилок, що спричиняють собою тяжкі ускладнення і смерть хворого, значить, ви займаєтесь медициною недавно» [15]. Помилками власної професійної діяльності переймався 200 років тому М. І. Пирогов [19], і ще недавно М. М. Амосов, зітхаючи, зазначав: «Помилки, помилки... Як навчитися лікувати без помилок?» [1].

За даними ВООЗ [26], імовірність нещасного випадку в літаку становить 1 на 3 млн у цей час як ризик виникнення нещасного випадку в лікувальному закладі – 1 на 300. Причинами небажаних ефектів у медичній практиці є лікарські помилки, правопорушення і нещасні випадки.

У медичній і юридичній літературі можна зустріти не один десяток визначення поняття «медична помилка». Для прикладу наведемо найбільш вдале, як на наш погляд, формулювання цього терміну. Медична помилка – випадкове завдання шкоди життю або здоров'ю пацієнта, викликане помилковими діями або бездіяльністю медичного працівника, що характеризуються його добросовісною оманомою за належного ставлення до професійних обов'язків і відсутності ознак злого наміру, халатності, недбалості чи необережності [21].

Якщо негативні наслідки надання медичної допомоги для хворого сталися через халатність, неуважність, надмірну самовпевненість або медичне невігластво, то вже йдеться про правопорушення.

В українському Кримінальному кодексі в розділі «Злочини проти життя та здоров'я особи» налічується 15 «медичних» статей (ст. 130–145), за якими медичного працівника може бути притягнуто до відповідальності. У 2014 р. обліковано близько 1 тис. кримінальних правопорушень за цими статтями.

І нарешті, у медицині можуть мати місце нещасні випадки.

З огляду на вищезазначене безпека пацієнтів (*patient safety*) – це запобігання несприятливим результатам або пошкодженням під час процесу лікування або зменшення збитків у разі їх настання [8].

Поширеність небажаних ефектів лікарської діяльності

Увагу до цієї проблеми привернули відомі гарвардські дослідження [6,14].

Звіт Інституту медицини Академії наук США від 1999 р. певною мірою шокував світ. За даними цього звіту, лише в США від проблем у медицині, яких можна було б уникнути, щорічно помирає 43–98 тис. пацієнтів [12]. Після уточнення американські фахівці вийшли на цифру 75 тис. смертей щорічно в системі охорони здоров'я від негативних наслідків надання медичної допомоги [5], що більше за кількість жертв в автотранспортних пригодах і від травматизму на виробництві в США разом.

Услід за американськими вченими поширеність дефектів медичної допомоги досліджували в багатьох країнах. Узагальнення цих досліджень [24] свідчать про значну варіабельність даних поширення лікарських помилок – вони відмічені при лікуванні у 4–16% усіх госпіталізованих хворих. Тобто проблема небажаних наслідків надання медичної допомоги стосується в середньому 10% стаціонарних хворих. У 2005 р. з причин лікарських помилок у світі померло людей більше, ніж від дорожньо-транспортних пригод [11].

Економічні наслідки, пов'язані з проблемою безпеки пацієнтів

У Великій Британії тільки вимушене подовження термінів госпіталізації через лікарські помилки обходиться Національній службі охорони здоров'я в суму близько 2000 млн фунтів стерлінгів щорічно. У США загальнонаціональні втрати, пов'язані з небажаними подіями в системі охорони здоров'я, яким можна було б запобігти, за різними оцінками, становлять від 17 до 29 млрд доларів на рік [24].

Встановлено, що додаткові затрати в перерахунку на 1 випадок лікарняної інфекції: інфекції сечовідних шляхів – 558 доларів; ранова інфекція в хірургії – 2734 долари; інфекції крові – 3061–4000 доларів; пневмонії – 4947 доларів. Лікарні втрачають від 583 до 4886 доларів США у середньому в перерахунку на 1 випадок лікарняної інфекції [27].

Заходи з підвищення безпеки пацієнтів

Міжнародний рівень. У відповідь на резолюцію ВООЗ WHA55.18 (2002 р.) «Про якість медико-санітарної допомоги та безпеку пацієнтів» Секретаріат ВООЗ створив у 2004 р. Всесвітній альянс за безпеку пацієнтів, який був перейменований у 2009 р. у Програму ВООЗ за безпеку пацієнтів. Генеральним директором у 2011 р. призначений Посланець ВООЗ із безпеки пацієнтів. У ході 65-ї (2012 р.) і 66-ї (2013 р.) Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я Секретаріат здійснював заходи з метою ознайомлення з результатами, досягнутими у справі підвищення безпеки пацієнтів у різних державах-членах.

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

Ось лише деякі програми ВООЗ із безпеки пацієнтів, що реалізовані чи продовжують реалізовуватись у багатьох країнах: «Чиста допомога – це більш безпечна допомога», «Безпечна хірургія рятує життя людей», «Пацієнти – за безпеку пацієнтів», «База знань з безпеки пацієнтів», «Керівні принципи складання навчальної програми з безпеки пацієнтів», «Зміцнення наукової бази даних з безпеки пацієнтів», «Сприяння науковим дослідженням у галузі безпеки пацієнтів», «Рішення в інтересах безпеки пацієнтів», «Таксономія для безпеки пацієнтів», «Безпека ін'єкцій» тощо.

Програмою ВООЗ за безпеку пацієнтів здійснюються й окремі заходи. Так, у 2014 р. організований «День сепсису». Відбувається підготовка до проведення спільно з Міжнародним союзом якості 32-ї Міжнародної конференції на тему: «Розбудова якості та безпеки в системі охорони здоров'я». На сайті ВООЗ із безпеки пацієнтів (<http://www.who.int/patientsafety>) розміщені близько 30 тематичних програм, проєктів, звітів.

Регіональний рівень. Комітет Міністрів Ради Європи підготував Рекомендації REC (2006) 7 Комітету Міністрів державам-членам «Про управління безпекою пацієнтів та запобігання інцидентам у сфері охорони здоров'я», а Комітет експертів з управління безпекою пацієнтів і забезпечення якості у сфері охорони здоров'я Європейського комітету з охорони здоров'я «Пояснювальний меморандум до рекомендацій щодо безпеки пацієнтів «Запобігання шкідливим подіям у сфері охорони здоров'я, системний підхід (SP-SQS)» [27].

Окремі країни. Заходи, вжиті в окремих розвинутих країнах, стосуються таких напрямів [7,26]:

- доопрацювання національного законодавства з урахуванням проблеми небажаних наслідків надання медичної допомоги;
- створення структурних підрозділів із нагляду за безпекою пацієнтів;
- започаткування реєстрів дефектів медичної допомоги;
- введення в урядах посад омбудсменів (комісарів) із захисту прав пацієнтів;
- реалізація програм із попередження і мінімізації наслідків лікарських помилок;
- проведення наукових досліджень із проблем забезпечення безпеки пацієнтів.

Що стосується країн СНД, то краща ситуація – у Білорусі й Російській Федерації. Є ґрунтовні публікації та дослідження, у тому числі дисертаційні, із проблем безпеки пацієнтів [13,21–23,27].

Недостатньо вивченою у світі залишається проблема безпеки пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги [7,21].

Україна. Виконавчою владою України визнається проблема лікарських помилок [9]. Певна увага в лікувально-профілактичних закладах приділяється випадкам розходження клінічного і патолого-анатомічного діагнозів, обговоренню цих випадків та їх обліку. Однак вітчизняні фахівці відмічають, що в цей час обговорення лікарських помилок у діагностиці та лікуванні на патолого-анатомічних конференціях багато в чому втратило колишню навчальну й моральну роль. Якщо воно і проводиться, то досить формально, без глибокого аналізу [10]. Випадки госпітальної інфекції, інших ускладнень лікарських втручань переважно залишаються поза обліком і аналізом.

Дані на рівні регіонів і відомств про дефекти лікарської діяльності практично відсутні, не кажучи вже про державний рівень. Скоріше, маємо відчуття, а не розуміння ситуації. Тобто в Україні відсутня інформаційна база для прийняття управлінських і політичних рішень із поліпшення безпеки пацієнтів.

Якщо подивитися комп'ютерну базу Національної наукової медичної бібліотеки України, то в розділі «Медичні помилки» є лише 16 джерел переважно з давністю публікації понад 10 років, і стосуються ці публікації окремих розділів медичної практики або досвіду поодиноких фахівців чи науковців. У 2012 р. видана Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів, а у 2013 р. – монографія львівського професора Білинського Б. Т. «Медичні помилки в онкологічній практиці». Ця монографія вкотре підтверджує актуальність проблеми медичних помилок, але проблема аналізується взагалі, на окремих прикладах без використання відповідних статистичних даних за окремий заклад охорони здоров'я чи регіон.

Певним винятком щодо роботи з дефектами медичної допомоги може бути Головний військово-медичний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ), в якому є відповідна нормативно-методична база [3,16,17], ретроспективно аналізуються історії хвороби і протоколи заходів із розбору медичних помилок, результати цього аналізу ґрунтовно подаються в річних звітах за формою «З мед.» і наукових виданнях [2,4].

На тлі проблем щодо роботи з медичними помилками в системі охорони здоров'я значно активізувалася робота в Україні навколо юридичних аспектів цієї проблеми. Також слід відмітити ще такі значущі віхи в розбудові безпечної системи охорони здоров'я в Україні:

- 2002 р. – створена Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів;
- 2011 р. – Уряд України підписав План дій Ради Європи для України на 2011–2014 рр. «Парт-

нерство заради реформ», взявши зобов'язання з розробки Національного Плану дій з безпеки пацієнтів;

- 2012 р. – відбувся Перший національний конгрес з безпеки пацієнтів;
- 2012 р. – видана Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів;
- 2014 р. – відбувся VI Британсько-Український симпозіум «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблемах безпеки пацієнта та моніторингу»;
- відкриті кафедри медичного права в медичних та інших вищих закладах освіти;
- проведені численні науково-практичні заходи з обговоренням нормативно-правових засад безпеки пацієнтів.

Причини низького інтересу до проблеми безпеки пацієнтів

Є багато причин недостатньої уваги в окремих країнах до проблеми безпеки пацієнтів, але експерти ВООЗ [26] виділяють дві з них:

1) на відміну від автокатастроф, в яких водночас гине сотні людей, жертви медичних ускладнень і помилок помирають у різний час і не стають газетною сенсацією;

2) рішення цієї проблеми, як і багатьох інших проблем у сфері охорони здоров'я і соціальних проблем, являє собою надто складну задачу.

І дійсно, інформацією про катастрофу пасажирського лайнера А320 авіакомпанії «Germanwings» (25.03.2015) у французьких Альпах, унаслідок якої загинуло 148 осіб, про можливі причини аварії, про склад пасажирів, про хід слідства, розміри компенсації сім'ям загиблих був заповнений Інтернет і засоби масової інформації, хоч, як уже відмічалось [11,26], жертв авіакатастроф на багато порядків менше, ніж жертв помилок медичної допомоги.

Висновки

Проблема безпеки пацієнтів є надзвичайно актуальною в медичному, економічному і соціально-політичному аспектах.

Починаючи з 90-х років ХХ ст., проблема небажаних наслідків лікарської діяльності у світі активно вивчається, вживаються заходи на міжнародному, регіональних і національних рівнях із попередження та мінімізації наслідків лікарських помилок.

Недостатньо вивченою у світі залишається проблема безпеки пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги.

В Україні проблемам безпеки пацієнтів на державному рівні приділяється недостатньо уваги. Заходам, що проводяться, слід завдячувати переважно громадським організаціям.

Є певний інтерес в Україні до нормативно-правових аспектів безпеки пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Amosov M. (1967). *Dumki I sertse*. Kyiv: Dnipro: 53. [Амосов М. (1967). *Думки і серце*. Київ: Дніпро: 53].
2. Asauliuk YK. (2008). *Osnovnie pryntsyipy ustanovleniya dyahnoza. Oshybky v dyahnostyke. Suchasni aspekty viiskovoi medytsyny: zbirnyk naukovykh prats. Holovnyi viiskovo-medychnyi klinichniy tsentr «HVKH» Ministerstva obrony Ukrainy. 13. Kyiv: 295–304.* [Асаулюк ИК. (2008). *Основные принципы установления диагноза. Ошибки в диагностике. Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць. Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» Міністерства оборони України. 13. Київ: 295–304*].
3. Asauliuk IK, Golik LA, Denisyuk AI, Linnik VI. (2008). *Rol i znachenie raboty komissiy po izucheniyu letalnykh ishodov i kliniko-anatomicheskikh konferentsiy v povyishenii professionalnoy podgotovki vrachey i uluchsheniyu kachestva lechenno-dyagnosticheskogo protsessu v gosptiale. Suchasni aspekty viiskovoi medytsini: zbirnyk naukovykh prats. Golovnyi viiskovo-medychnyi klinichniy tsentr «GVKG» Ministerstva obrony Ukrainy. 13. Kyiv: 165–171.* [Асаулюк ИК, Голик ЛА, Денисюк АИ, Линник ВИ. (2008). *Роль и значение работы комиссий по изучению летальных исходов и клинико-анатомических конференций в повышении профессиональной подготовки врачей и улучшению качества лечебно-диагностического процесса в госпитале. Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць. Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» Міністерства оборони України. 13. Київ: 165–171*].
4. Asauliuk IK. (2012). *Vrachebnyye oshibki: vozmozhnyye prichiny vozniknoveniya i meryi po ih preduprezhdeniyu. Suchasni aspekty viiskovoi medytsyny: zbirnyk naukovykh prats. Holovnyi viiskovo-medychnyi klinichniy tsentr «HVKH» Ministerstva obrony Ukrainy. Kyiv: 254–260.* [Асаулюк ИК. (2012). *Врачебные ошибки: возможные причины возникновения и меры по их предупреждению. Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць. Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» Міністерства оборони України. Київ: 254–260*].
5. Baker T. (2005). *Reconsidering the Harvard Medical Practice Study Conclusions about the Validity of Medical Malpractice Claims. Journal of law, medicine & ethics. 10: 3.*

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

6. Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*. 6: 370–377.
7. Fomenko AG. (2008). Bezopasnost patsientov na urovne pervichnoy meditsinskoj pomoschi: sovremennoe sostoyanie problemy. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravooohraneniya*. 5: 15–19. [Фоменко АГ. (2008). Безопасность пациентов на уровне первичной медицинской помощи: современное состояние проблемы. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 5: 15–19].
8. GovInfo. (2005). Public Law 109–41. Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005. URL: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-109publ41/content-detail.html>.
9. Hrando OA. (2000). Problemy medychnoi etyky ta deontolohii. *Sotsialna medytsyna ta orhanizatsiia okhorony zdorov'ia. Pid zah. Red. Yu. V. Voronenka, V. F. Moskalenka. Ternopil: Ukrmedknyha: 645–668.* [Грандо ОА. (2000). Проблеми медичної етики та деонтології. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Під заг. Ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига: 645–668].
10. HVMU MO Ukrainy. (2001). Kerivnytstvo z orhanizatsii diialnosti patoloohoanatomichnoi sluzhby Zbroinykh Syl Ukrainy u myrnyi chas. *Nauk. ker. B. A. Klishevych. Holovne viiskovo-medychne upravlinnia Ministerstva oborony Ukrainy. Kyiv: 176.* [ГВМУ МО України. (2001). Керівництво з організації діяльності патологоанатомічної служби Збройних Сил України у мирний час. Наук. кер. Б. А. Клішевич. Головне військово-медичне управління Міністерства оборони України. Київ: 176].
11. Jarvis WR. (1996). Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: orbidity, mortality, cost, and prevention (Review). *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 17: 552–557.
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (1999). To err is human: Building a safer health system. *Institute of Medicine: National Academy Press: 287.*
13. Kunpan IA. (2004). Industrialnyie tehnologii upravleniya kachestvom lechebno-diaagnosticheskogo protsessa i obespechenie bezopasnosti patsientov v hirurgicheskom otdelenii mnogoprofilnogo statsionara: dis. doktora med. nauk: 14.00.33. *Gosudarstvennyiy institut usovershenstvovaniya vrachev. Moskva: 198.* [Кунпан ИА. (2004). Индустриальные технологии управления качеством лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациентов в хирургическом отделении многопрофильного стационара: дис. доктора мед. наук: 14.00.33. Государственный институт усовершенствования врачей. Москва: 198].
14. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*. 6: 377–384.
15. Lipp MR. (1986). *Respectful treatment: a practical handbook of patient care (2nd ed.)*. New York: Elsevier: 7.
16. MO Ukrainy. (2009). Osnovni metody diahnostryky ta deiaki pryntsypy i aspekty formuliuвання i rubrykatsii ostatochnoho klinichnoho ta patoloohoanatomichnoho diahnoziv vidpovidno MKKh-10: metodychni rekomendatsii. *Za red. M. P. Boichaka. Holovnyi viiskovo-medychnyi klinichnyi tsentr «HVKH» Ministerstva oborony Ukrainy. Kyiv: 96.* [МО України. (2009). Основні методи діагностики та деякі принципи і аспекти формулювання і рубрикації остаточної клінічної та патологоанатомічної діагностів відповідно МКХ-10: методичні рекомендації. За ред. М. П. Бойчака. Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» Міністерства оборони України. Київ: 96].
17. MO Ukrainy. (2010). Suchasni vymohy i pravyla pobudovy ostatochnoho diahnozu ta deiaki pryklady yoho oformlennia vidpovidno do MKKh-10: metodychni rekomendatsii. *Za red. M. P. Boichaka. Holovnyi viiskovo-medychnyi klinichnyi tsentr «HVKH» Ministerstva oborony Ukrainy. Kyiv: 82.* [МО України. (2010). Сучасні вимоги і правила побудови остаточної діагнозу та деякі приклади його оформлення відповідно до МКХ-10: методичні рекомендації. За ред. М. П. Бойчака. Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» Міністерства оборони України. Київ: 82].
18. Moskalenko VF, Hulchii OP, Lytvynova LO, Detsyk OZ, Koltsova NI ta in. (2010). Sotsialna medytsyna i orhanizatsiia okhorony zdorov'ia. *Za red. prof. V. F. Moskalenka. Kyiv: Knyha plus: 192–206.* [Москаленко ВФ, Гульчій ОП, Литвинова ЛО, Децик ОЗ, Кольцова НІ та ін. (2010). Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. За ред. проф. В. Ф. Москаленка. Київ: Книга плюс: 192–206].
19. Pirogov NI. (2010). Voprosy zhizni. *Dnevnik starogo vracha (yubileyne izdanie, posvyaschenne 200-letiyu so dnya rozhdeniya N. I. Pirogova)*. Moskva: NMHTs im. N. I. Pirogova: 386–389. [Пирогов НИ. (2010). Вопросы жизни. Дневник старого врача (юбилейное издание, посвященное 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова). Москва: НМХЦ им. Н. И. Пирогова: 386–389].
20. Rigelman R. (1994). *Kak izbezhat vrachebnyih oshibok. Kniga praktikiyuschih vrachev. Per. s angl.* Moskva: Praktika: 38. [Ригельман Р. (1994). Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. Пер. с англ. Москва: Практика: 38].
21. Sharabchiev YuT. (2007). Vrachebnyie oshibki i defektyi okazaniya meditsinskoj pomoschi: sotsialno-ekonomicheskie aspekty i poteri obschestvennogo zdorov'ya. *Meditsinskie novosti*. 3: 34. [Шарабчиев ЮТ. (2007). Врачебные ошибки

- и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья. *Медицинские новости*. 3: 34].
22. Shikina IB. (2008). *Obespechenie bezopasnosti patsientov v usloviyah mnogoprofilnogo statsionara. Avtoref. dis. doktora med. nauk po spetsialnosti 14.00.33 – obshchestvennoe zdorove i zdavoohranenie. Federalnoe gosudarstvennoe uchrezhdenie «Tsentralniy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdavoohraneniya Roszdrava»*. Moskva: 35. [Шикина ИБ. (2008). *Обеспечение безопасности пациентов в условиях многопрофильного стационара. Автореф. дис. доктора мед. наук по специальности 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение. Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»*. Москва: 35].
23. Vladychenkova ND. (2010). *Analiz vrachebnykh oshibok i oslozheniy pri lechenii stomatologicheskikh bolnykh (kliniko-pravovyye aspektyi problemyi)*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. 14.01.14 – stomatologiya. Smolenskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya. Smolensk: 29. [Владыченкова НД. (2010). *Анализ врачебных ошибок и осложнений при лечении стоматологических больных (клинико-правовые аспекты проблемы)*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.01.14 – стоматология. Смоленская государственная медицинская академия. Смоленск: 29].
24. VOZ. (2005). *Programma perspektivnogo razvitiya: 2005. Vsemirniy alyans za bezopasnost patsientov. Zheneva. Shveysariya: 2*. [ВОЗ. (2005). *Программа перспективного развития: 2005. Всемирный альянс за безопасность пациентов. Женева. Швейцария: 2*].
25. VOZ. (2005). *Vsesvitnii aliants za bezpeku patsientiv. Hlobalnaia zadacha po obespecheniyu bezopasnosty patsientov 2005–2006. Otdel podgotovky dokumentov VOZ, Zheneva, Shveysariya: 13*. [ВОЗ. (2005). *Всесвітній альянс за безпеку пацієнтів. Глобальна задача по забезпеченню безпеки пацієнтів 2005–2006. Відділ підготовки документів ВОЗ, Женева, Швейцарія: 13*].
26. VOZ. (2005). *Vostroy forum po voprosam buduschego: upravlenie voprosami bezopasnosti patsientov. Erpfendorf, Avstriya, 28–29 aprelya 2005 goda: 3*. [ВОЗ. (2005). *Восьмой форум по вопросам будущего: управление вопросами безопасности пациентов. Эрпфендорф, Австрия, 28–29 апреля 2005 года: 3*]. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98287/E87770R.pdf/.
27. Zelena knyha. (2012). *Zelena knyha Natsionalnoho planu dii z bezpeku patsientiv ta materialy Pershoho natsionalnoho konhresu z bezpeku patsientiv. Vydannia pershe. Kyiv: 47–124; 117–124*. [Зелена книга. (2012). *Зелена книга Національного плану дії з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. Видання перше. Київ: 47–124; 117–124*].
28. Zelena knyha. (2012). *Zelena knyha Natsionalnoho planu dii z bezpeku patsientiv ta materialy Pershoho natsionalnoho konhresu z bezpeku patsientiv. Vydannia pershe. Kyiv: 6*. [Зелена книга. (2012). *Зелена книга Національного плану дії з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. Видання перше. Київ: 6*].

Відомості про авторів:

Риган М. М. – к.мед.н., лікар-травматолог медичного центру «Сучасна ортопедія».

Скалецький Юрій Миколайович – д.мед.н., професор, науковий співробітник Національного інституту стратегічних досліджень.

Стаття надійшла до редакції 26.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Н. В. Князевич

Самоврядування медичних професій в Україні. Сучасний стан і правова перспектива

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 64-66; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.64

Мета – вивчити сучасний стан і правову перспективу самоврядування медичних професій в Україні.

Матеріали та методи. У процесі дослідження застосовано ряд наукових методів, серед яких загальнонаукові методи, метод абстрагування та інші.

Результати та висновки. Описано спроби впровадження самоврядування медичних професій в Україні та їхні недоліки. Дано оцінку організаціям, які об'єднують представників медичних професій в Україні зараз. Визначено їхній правовий статус і роль у функціонуванні сучасної системи охорони здоров'я. Проаналізовано та оцінено останній законопроект, який розглянуто в контексті впровадження самоврядування медичних професій в Україні. Розглянуто аналогічні організації закордоном, визначено їхні переваги. Запропоновано заходи з розв'язання проблем.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: самоврядування медичних професій, лікарське самоврядування, самоврядування, законодавство, законопроект.

Self-government of medical professions in Ukraine. Current state and legal perspective

N. V. Knyazevych

Taras Shevchenko Kyiv National University, Ukraine

The aim of the study – to study the current state and legal prospects of self-government of medical professions in Ukraine.

Materials and methods. During the research, a number of scientific methods were applied, including general scientific methods, abstraction method, etc.

Results and conclusions. The article considers attempts to introduce self-government of medical professions in Ukraine and their shortcomings. The assessment is given to organizations that unite representatives of medical professions in Ukraine now. Their legal status and role in the functioning of the modern healthcare system are determined. The latest draft law that was considered in the context of introducing self-government of medical professions in Ukraine is analyzed and evaluated. Similar organizations abroad are considered, and their advantages are determined. Measures to solve the problems that exist at the time of writing are proposed. No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: self-government of medical professions, medical self-government, self-government, legislation, draft law.

Вступ

Однією з ключових характеристик сучасної держави, що швидко розвивається, є зменшення впливу держави на різні сфери суспільного життя. Серед них важливе місце займає сфера охорони здоров'я. Повний контроль із боку держави не може забезпечити високих показників розвитку медицини, а тому доцільним є делегування повноважень державою неурядовим організаціям. У цьому контексті варто виокремити проблему самоврядування медичних професій.

Проблема самоврядування медичних професій цікавила вчених, проте вивчена все ще не достатньо. З. О. Надюк досліджувала можливості поєднання лікарського самоврядування та державного управління

на основі аналізу законопроектів до 2008 р., З. С. Черненко вивчала питання професійного самоврядування як гарантії якості медичної допомоги, а О. І. Середюк аналізував вітчизняний досвід лікарського самоврядування ще в радянський період. Тому сьогодні необхідно вивчити сучасний стан та перспектив самоврядування медичних професій через актуальність теми та її роль у контексті модернізації системи охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – дослідити сучасний стан і правові перспективи самоврядування медичних професій в Україні.

Основні завдання дослідження: вивчення сучасного стану самоврядування медичних професій; аналіз за-

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

конопроектів, які передбачали впровадження лікарського самоврядування; дослідження досвіду впровадження самоврядування медичних професій іноземних держав.

Методи дослідження: загальнонаукові методи пізнання (аналізу, синтезу, дедукції, тощо), наукового абстрагування, порівняння, ідеалізації, моделювання. Застосовано системний підхід, що дав змогу цілісно проаналізувати нормативно-правові акти та проекти Законів України для вивчення правової складової організації самоврядування медичних професій. Метод порівняння дозволив зіставити сучасний стан лікарського самоврядування в Україні та закордоном для виявлення переваг і недоліків. Метод моделювання та ідеалізації застосовано для формулювання рекомендацій із розв'язання існуючих проблем, пов'язаних із самоврядуванням медичних професій в Україні.

Результати дослідження та їх обговорення

Сучасне лікарське самоврядування в Україні наведено рядом неурядових медичних об'єднань. Усього на території держави діє 169 громадських організацій різного виду [2]. Найпоширенішими серед них є асоціації, наукові товариства та спілки. До їх числа входять міжнародні неурядові організації.

Ці товариства є найперше платформами для обміну досвідом, співпраці та обміну ідеями. Вони займаються організацією заходів різного типу (конференцій, круглих столів, симпозіумів тощо). Одним із найбільших регулярних заходів є щорічний медичний форум, який, крім іншого, має офіційну підтримку з боку Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України [4]. Як уже зазначалося, усі ці об'єднання та форуми є неурядовими, а тому їх рішення й результати функціонування не можуть безпосередньо впливати на регламент діяльності спеціалістів медичного профілю відповідно до чинного законодавства.

Спроби впровадження системи лікарського самоврядування шляхом передавання частини повноважень від МОЗ України до інститутів лікарського самоврядування відбуваються з 2006 року. Жоден із цих законопроектів не ухвалений з різних причин. Найчастіше підставою цього ставала низька юридична техніка документів, невідповідність положень законопроектів Конституції України, політична боротьба членів парламенту та інші фактори. Основними завданнями цих законопроектів були: впровадження самоврядування медичних професій у межах системи охорони здоров'я України, що базувалася б на принципах суспільного регулювання; створення одного чи декількох органів самоврядування та їх законодавча фіксація в нормативно-правових актах; захист інтересів та прав лікарів, пацієн-

тів; боротьба з корупцією, створення прозорої та ефективної системи охорони здоров'я [4,6].

Останнім, на момент написання статті, законопроектом, який пропонував впровадження лікарського самоврядування, був проект Закону України «Про самоврядування медичних професій в Україні» №2445-д від 03.07.2020, який відхилено та знято з розгляду. Законопроект передбачав створення п'яти палат (органів лікарського самоврядування), серед яких: Палата сімейної медицини; Палата лікарів-спеціалістів; Палата стоматологів; Палата медичних спеціалістів; Фармацевтична палата. Ці інституції мали бути самоврядними організаціями та юридичними особами публічного права [1].

Попри намагання децентралізувати систему управління медичними професіями, законопроект мав низку проблем. Вони детально описані в експертних висновках та пропозиціях міністерств: освіти і науки, охорони здоров'я, фінансів [5]. Для загального розуміння проблеми необхідно розглянути основні з них. Найперше, лікарі зобов'язувалися вступати до цих організацій, що суперечить Конституції України. Вводилося зобов'язання сплати професійний збір лікарями, що суперечить Закону України «Про оплату праці», який забороняє обмеження права працівників вільно розпоряджатися заробітною платнею. При цьому в проекті відсутній механізм контролю використання коштів органів самоврядування, що підвищувало корупційні ризики. Палати наділялися правом притягувати лікарів до дисциплінарної відповідальності, виносити рішення про надання чи скасування права окремих лікарів здійснювати медичну практику. При цьому чіткі критерії для формулювання таких рішень також відсутні. Проект містив поняття, які не відповідали чинному законодавству (наприклад, «особа з вищою немедичною освітою, що має право на здійснення медичної діяльності» та ін.) [5].

Важливим аспектом є і те, що сучасне українське законодавство не містить положень, які передбачали б можливість здійснення повноцінного самоврядування медичних професій на рівні, описаному в законопроекті. Тому питання впровадження лікарського самоврядування в Україні є комплексним і потребує не тільки ухвалення нових законопроектів, але й модифікації вже чинного законодавства та системи охорони здоров'я разом зі змінами в інших сферах (найперше фінансів).

Досить давня історія невдалих спроб впровадження системи лікарського самоврядування в Україні робить актуальним питання запозичення досвіду розв'язання цієї проблеми в інших державах. Наприклад, Г. Баухер у своїй статті описує модель лікарського самоврядування США, за якої професійне самоврядування стосуєть-

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

ся переважно питань оцінки спеціальних знань, освіти та підвищення кваліфікації лікарів. При цьому варто зауважити, що юридично визнаними є лише дві організації: Комітет зі зв'язків із медичною освітою та Американська остеопатична асоціація. Усі інші професійні медичні об'єднання є громадськими організаціями, які виконують радше наглядову функцію [7].

В. Д. Вайт описує повноваження деяких із них, зокрема, спеціалізованих медичних рад, які займаються сертифікацією лікарів шляхом їхньої атестації та перевірки. Попри те, що ці організації є громадськими, видані ними сертифікати досить суттєво впливають на роботу лікарів, оскільки наявність одного чи декількох сертифікатів свідчить про якість роботи кожного окремого медика. Про ефективність цього підходу свідчить діяльність Американської ради медичних спеціальностей, яка існує з 1933 р. Сертифікати цієї організації мають близько 90% лікарів у США [7]. Отже, система самоврядування медичних професій у США функціонує на добровільних засадах (отримання сертифікатів є виключно добровільною справою), проте вона ефективна завдяки високому рівню надійності сертифікатів, які надають її органи.

Висновки

Отже, сучасна система самоврядування медичних професій в Україні знаходиться в досить пасивному стані. Більшість об'єднань є громадськими організаціями з обмеженими повноваженнями і слугують пере-

важно платформами для обміну досвідом, ідеями, концентрації зусиль для дослідження різних проблем тощо. Спроби створення самоврядних об'єднань лікарів державою також зазнали невдач через низьку юридичну техніку, непослідовність рішень законодавців і чиновників, відсутність підготовленої нормативно-правової бази, неготовність сфери до змін тощо. Тому для впровадження самоврядування медичних професій необхідно: комплексно підготувати законодавчу базу; модернізувати систему підготовки та перевірки кваліфікації медичних працівників; підготувати систему охорони здоров'я до інтеграції в неї органів лікарського самоврядування.

При цьому є досить якісний приклад іноземних держав, в яких самоврядування медичних професій успішно функціонує протягом тривалого часу, а отже, сформувався. Запозичення й адаптація цих моделей під реалії українського суспільства та держави може стати основою формування системи лікарського самоврядування власне в Україні.

Стаття може стати елементом для розроблення рекомендацій формування системи самоврядування медичних професій в Україні. Крім того, її застосування поглибить майбутнє дослідження проблеми, яка залишатиметься актуальною в контексті формування високоефективної сучасної системи охорони здоров'я на рівні провідних держав світу.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. *Bauchner H. (2015). Professionalism, Governance, and Self-regulation of Medicine. JAMA Network. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2290620>.*
2. *Medforum. (2020). Ofitsiina pidtrymka. [Медфорум. (2020). Офіційна підтримка]. URL: <http://medforum.in.ua/ofitsiina-pidtrymka-2020/>.*
3. *Medychni obiednannia. (2022). Lvivska medychna spilnota. [Медичні об'єднання. (2022). Львівська медична спільнота]. URL: <http://www.medicinelviv.org.ua/index.php/medkola.html>.*
4. *Nadiuk ZO. (2008). Poiednannia mekhanizmiv derzhavnoho upravlinnia i likarskoho samovriadvannia na rynku medychnykh posluh v Ukraini. Derzhavne budivnytstvo. 2: 10. [Надюк ЗО. (2008). Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні. Державне будівництво. 2: 10].*
5. *Verkhovna Rada Ukrainy. (2020). Pro samovriadvannia medychnykh profesii v Ukraini. Proekt Zakonu No. 2445-d vid 03.07.2020. Ofitsiyniy portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. 2445-d vid 03.07.2020. [Верховна Рада України. (2020). Про самоврядування медичних професій в Україні. Проект Закону №2445-д від 03.07.2020. Офіційний портал Верховної Ради України. 2445-д від 03.07.2020]. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69359.*
6. *Verkhovna Rada Ukrainy. (2022). Zakonoproekty. Ofitsiyniy portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. [Верховна Рада України. (2022). Законопроекти. Офіційний портал Верховної Ради України]. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zp>.*
7. *White WD. (2014). Professional Self-Regulation in Medicine. AMA journal of Ethics. URL: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/professional-self-regulation-medicine/2014-04>.*

Відомості про автора:

Князевич Назар Васильович – аспірант Інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка. n.kniazevych@ukr.net.

Стаття надійшла до редакції 17.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Тези до рубрики

УДК 347.151.5

І. Я. Сенюта

Паліативна допомога і права людини: право на доступність в умовах медичної реформи

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 67-69; DOI 10.15574/IJRP.2023.8.67

Розкрито особливості здійснення права на доступність паліативної допомоги в умовах медичної реформи. Проаналізовано численні законодавчі акти та виявлено нормативний дисонанс, що негативно впливає на особливості реалізації прав паліативних пацієнтів. Звернуто увагу, що паліативна допомога не завжди безоплатна, що впливає з аналізу ч. 2 ст. 35–4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), а лише при направленні. В Основах чітко регламентовано умови, за яких паліативна допомога безоплатна: 1) за наявності направлення закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна чи третинна допомога; 2) із закладом охорони здоров'я, що скеровує, має бути укладено договір Національною службою здоров'я України. Проте в Переліку медичних послуг із надання первинної медичної допомоги Додаток №1 до Порядку надання первинної медичної допомоги зазначено, що лікар з надання первинної медичної допомоги має право направляти пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі первинної медичної допомоги.

Запропоновано внести зміни: 1) до ст. 35–4 Основ, аби пацієнти мали право на безоплатну паліативну допомогу за наявності направлення від лікаря з надання первинної медичної допомоги; 2) до ст. 35–4 Основ і до Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 28.02.2020 №586, аби закріпити право отримувати безоплатно паліативну допомогу без направлення за самозверненням.

За даними ВООЗ, щороку приблизно 40 млн людей потребують паліативної допомоги (ПД), 78% із них живуть у країнах із низьким та середнім рівнями доходу. Гасло Порядку денного ООН до 2030 р. «Не залишайте нікого позаду» означає, що уряди, які намагаються досягти Цілі 3 Сталого розвитку щодо «Здоров'я та благополуччя», повинні розробити політику ПД, щоб охопити 40 млн осіб, які потребують підтримки ПД в усьому світі. На сьогодні менше 10% пацієнтів, які потребують ПД у країнах із низьким та середнім рівнями доходу, її отримують. Ціль 3 Сталого розвитку є однією з 17 цілей Сталого розвитку, встановлених ООН у 2015 р. Офіційне формулювання: «Забезпечити здорове життя та сприяти добробуту для всіх у будь-якому віці».

Чимало нових нормативних змін доповнили правовий фундамент для ПД, проте все ж залишаються прогалини і контрверсії, які впливають на здійснення прав людини в цій царині.

3-поміж проблемних питань звертаємо увагу на нормативну неузгодженість, яка стосується питання направлення пацієнта для надання ПД, а це стосується права людини на її доступність. Відповідно до п. 5 ч. 1 ст. 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», паліативна медична допомога забезпечується за рахунок коштів Державного бюджету України повною оплатою необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з її наданням.

У ч. 2 ст. 35–4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) зазначено: «паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) або третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення».

Привертає увагу не лише найменування паліативної допомоги в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» через конкретизацію «паліативна медична допомога», адже ПД є видом медичної допомоги згідно з ч. 5 ст. 33 Основ, і не слід вносити різноманіття, яке лише породжуватиме термінологічний «хаос».

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

Важливо відзначити, що ПД є не завжди безоплатна, що впливає з аналізу ч. 2 ст. 35–4 Основ, а лише – при направленні. В Основах чітко регламентовано умови, за яких ПД безоплатна:

1) за наявності направлення закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна чи третинна допомога;

2) із закладом охорони здоров'я, що направляє, має бути укладено договір із Національною службою здоров'я України.

У п. 3 р. 3 Порядку надання паліативної допомоги, затвердженому наказом МОЗ України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 №1308 (далі – наказ №1308), госпіталізація та/або медичне обслуговування пацієнта в закладі охорони здоров'я, який надає ПД, здійснюються за направленням лікуючого лікаря або на підставі особистого звернення пацієнта. На рівні підзаконного акту з'являються нові суб'єкти, які можуть направити для надання паліативної допомоги, зокрема лікуючий лікар, яким може бути не лише лікар, який надавав вторинну або третинну допомогу, але й, приміром, первинну медичну допомогу. Також згідно з наказом №1308 може бути і самозвернення. Аналіз нормативно-правових актів і пошук нормативного балансу в цьому питанні фокусує увагу на Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженому наказом МОЗ України від 28.02.2020 №586 (далі – наказ №586). Зауважимо, що п. 4 р. 1 не передбачає винятків, пов'язаних із ПД, коли не потрібне направлення, хоча звісно перелік не вичерпний.

Проходження законодавчими лабіринтами дає підстави навести ще одне положення. У Переліку медичних послуг із надання первинної медичної допомоги, Додаток №1 до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому наказом МОЗ України від 19.03.2018 №504, передбачено, що лікарі первинної ланки покликані надавати окремі послуги з ПД пацієнтам усіх вікових категорій, що включає:

- регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб;
- оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому;
- призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому;
- призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо);
- консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом;
- координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта (п. 12).

А в п. 13 Переліку зазначено, що лікар із надання первинної медичної допомоги має право направляти пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм ПД в обсязі, що виходить за межі первинної медичної допомоги. Проте пам'ятаємо, що в ч. 2 ст. 35–4 Основ направлення із закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася первинна медична допомога, не передбачено. Підкреслимо, що в ієрархії законодавчих актів закон має вищу юридичну силу порівняно з підзаконними актами. Зрозуміло, що змін потребує аналізована стаття Основ, і важливо в умовах впроваджуваної медичної реформи, аби пацієнти мали право на безоплатну ПД при наявності направлення від лікаря з надання первинної медичної допомоги. А також вважаємо за доцільне врахувати норму п. 3 р. 3 Порядку в аспекті самозвернення і чітко прописати в наказі №586, що направлення не є обов'язковим при наданні ПД, як і включити таке положення до ст. 35–4 Основ за зразком, приміром, ч. 8 ст. 35–3 Основ, яке стосується третинної допомоги, аби ПД надавалася безплатно і за таких умов.

Розкритий нормативний дисонанс має негативний ефект при здійсненні прав паліативних пацієнтів і може впливати на доступність ПД. Отож, слід унормувати нормативну дифузію, аби реалізація прав людини в такій сенситивній сфері була чіткою і зрозумілою.

Ключові слова: паліативна допомога, направлення, лікар, пацієнт, права людини.

Palliative care and human rights: the right to access thereto in terms of reform

I. Ya. Senyuta

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Ukraine

The peculiarities of exercising the right to access to palliative care (PC) in the context of medical reform have been revealed. Numerous legislative acts have been analyzed and regulatory dissonance has been revealed, which has a negative impact on the peculiarities of the

enjoyment of the rights by palliative patients. Attention has been drawn to the fact that PC is not always free, which follows from the analysis of Part 2 of Art. 35–4 of the Law of Ukraine «Fundamentals of the legislation of Ukraine on health care», and only when referring. The Fundamentals clearly regulate the conditions under which PC can be free of charge: 1) in the presence of a referral to a health care institution in which the patient was provided with secondary or tertiary care; 2) an agreement shall be entered into with the referring health care institution of the National Health Service of Ukraine. However, the List of Primary Care Services Annex №1 to the Primary Care Procedure states that a primary care physician has the right to refer patients in accordance with medical indications for PC to an extent that does not fall beyond primary care.

It has been suggested to make changes to the following legislative provisions: 1) Art. 35–4 of the Fundamentals: patients should be entitled to free PC if they have a referral from a primary care physician; 2) Art. 35–4 of the Fundamentals and the Procedure for referring patients to health care institutions and individuals-entrepreneurs who in the manner prescribed by law have received a license to conduct business in medical practice and provide medical care of the appropriate type, approved by the Order of the Ministry of Health of Ukraine from 28.02.2020 №586 to secure the right to receive free PC without referral.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: *palliative care, referral, doctor, patient, human rights.*

УДК 347.151.5

Н. В. Князевич

Правовий статус надавачів паліативної та хоспісної допомоги

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 69-70; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.69

Медична реформа в Україні призвела до низки змін у системі охорони здоров'я. Не в останню чергу це стосується паліативної та хоспісної допомоги. Нові нормативно-правові акти дещо змінюють правовий статус надавачів допомоги такого виду медичної допомоги, а тому ця проблема потребує вивчення. Модернізація чинного законодавства відбулася шляхом ухвалення наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 №1308 (далі – Наказ) [2]. Наказ містить ряд важливих нововведень, які ґрунтовно впливають на організацію і процес надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам, а також визначення правового статусу надавачів цієї допомоги.

Найперше слід зазначити, що Наказ вводить поняття «лікар паліативної медицини», якого раніше не було. Проте актуальним залишається питання підготовки спеціалістів цього профілю. Згідно з Наказом існують вимоги до фахівців із медичною освітою, які пройшли підготовку з паліативної допомоги відповідно до вимог МОЗ України, проте відсутні положення, які б регулювали підготовку саме «лікарів паліативної медицини». Станом на сьогодні в Україні існує лише один вищий навчальний заклад, на базі якого лікарі можуть пройти курси тематичного удосконалення з питань паліативної та хоспісної медицини (Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика), проте він не може забезпечити потреби підготовки кадрів для закладів паліативної медицини всієї України [1].

Проблемою є також і питання фінансового забезпечення функціонування паліативної медицини. Відповідно до Наказу, паліативний пацієнт може перебувати на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні протягом терміну, визначеного членами мультидисциплінарної команди. Проте недостатній рівень фінансування системи охорони здоров'я в Україні загалом не дає змоги забезпечити адекватні кошти для цього виду медичної допомоги. Високі витрати на надання паліативної допомоги можуть зробити її неможливою через нестачу коштів. Тому необхідно розв'язати цю проблему, не порушуючи принципів медичної етики та основоположних прав людини, при цьому забезпечивши можливість функціонування паліативної медицини. Також важливим аспектом є і регулювання повноважень та порядку роботи надавачів паліативної допомоги відповідно до економічних можливостей [3].

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

Проблеми виникають і під час визначення того, хто є надавачами первинної паліативної допомоги. Новий Наказ не містить положень з його регулювання, існують положення, які вказують на повноваження лікуючого лікаря з призначення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, відповідно до вимог чинного законодавства та галузевих стандартів. Проте документ не визначає, хто саме підпадає під визначення «лікуючий лікар». Згадані вище повноваження мають і сімейні лікарі, а це означає, що вони також можуть визначати паліативний статус пацієнтів. Таким чином, статус паліативного може отримати будь-який пацієнт, який уклав декларацію з сімейним лікарем. Тому необхідно ввести показники надання паліативної допомоги в критерії оцінки якості первинної медичної допомоги [2,3].

Наказ визначає також і склад мультидисциплінарних команд, які надаватимуть загальну та спеціалізовану паліативну допомогу. До їх складу мають входити медичні спеціалісти, соціальні працівники та робітники, психологи, юристи, священнослужителі, волонтери та інші фахівці за потреби. Їх склад залежить від стану та потреб пацієнта, обсягів допомоги, розміру території обслуговування. Члени мультидисциплінарних команд мають володіти необхідними для надання паліативної допомоги знаннями та вміннями. Залучення волонтерів, їх кількість, реєстрація та оцінка роботи має здійснюватися координатором – відповідальним спеціалістом закладу охорони здоров'я, який надає паліативну допомогу.

Отже, правовий статус надавачів паліативної та хоспісної допомоги оновився відповідно до останньої зміни законодавства на підставі ухваленого наказу від 04.06.2020 №1308. Проте актуальною залишається проблема доопрацювання та доповнення існуючої нормативно-правової бази, виправлення недоліків, які містяться в чинному законодавстві, розв'язання проблем підготовки лікарів паліативної медицини тощо. Ці питання є необхідною складовою підвищення уваги законодавців до проблеми правового врегулювання надання паліативної та хоспісної допомоги загалом, та визначення юридичного статусу її надавачів, зокрема.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна медицина, паліативна допомога, хоспісна допомога, правовий статус, законодавство.

Legal status of palliative and hospice care providers

N. V. Kniazevych

Taras Shevchenko Kyiv National University, Ukraine

The paper examines the current legal status of palliative and hospice medicine providers. The latest changes in Ukrainian legislation regulating issues in this area are considered. The main advantages and disadvantages of the regulatory framework are identified. The problems of training and training of medical specialists in palliative medicine are analyzed. The influence of the financial factor on the possibility of providing palliative care by medical professionals in accordance with the requirements of current legislation is studied. The problem of functioning of Primary, general and specialized palliative medicine in Ukraine in accordance with the laws regulating it is investigated. The issues of determining the composition and powers of multidisciplinary teams and their responsibilities are analyzed. Recommendations are given for solving these problems.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: palliative medicine, palliative care, hospice care, legal status, legislation.

References/Література

1. *Kafedra paliativnoi ta khospisnoi medytsyny. Natsionalna medychna akademiia pislidyplomnoi osvity imeni P. L. Shuryka. [Кафедра паліативної та хоспісної медицини. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шурюка]. URL: <https://nmapo.edu.ua/s/np/k/paliativnoi-ta-khospisnoi-medytsyny>.*
2. *MOZ Ukrainy. (2020). Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy vid 04.06.2020 №1308 «Pro udoskonalennia orhanizatsii nadannia paliativnoi dopomohy v Ukraini». [МОЗ України. (2020). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні»]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.*
3. *Tsarenko AV. (2020). Medyko-sotsialne obgruntuvannia systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini. Avtoreferat dys. ... d.med.n. Kyiv: 43. [Царенко АВ. (2020). Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Автореферат дис. ... д.мед.н. Київ: 43].*

УДК 614.216+616–082

О. Я. Сорока, Н. В. Федосенко, У. В. Хомут

Право на паліативну допомогу: досвід реалізації проєктів

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 71-72; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.71

У 2011 р. в медико-правовому просторі України відбулася знакова подія – на законодавчому рівні легалізовано паліативну допомогу (ПД). У статті 8 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» ПД додано до переліку видів медичної допомоги, які кожний громадянин України має право отримати безоплатно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Серед ключових елементів медико-соціального обслуговування паліативних пацієнтів має бути й просвітницька складова – проведення інформаційних кампаній та культурницьких проєктів, які пояснюють, що ПД – це не очікування смерті, а гідне й організоване життя пацієнта та його близьких.

Не залишався осторонь у цьому питанні й Івано-Франківський національний медичний університет, який долучався до проєктів на підтримку вразливих груп населення. Зокрема, за фінансової підтримки програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» чотири роки поспіль університет реалізовував заходи, спрямовані на соціальну підтримку дітей, яких лікують у відділенні онкогематології Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні, та членів їхніх сімей. Такі діти отримують високодозовану хіміотерапію, процедуру, яка є тривалою в часі. Вони взагалі не виходять із відділення протягом багатьох місяців, а тому, крім лікування, конче потребують спілкування, цікавих ігор, посмішки, щирої молитви. Водночас членам їхніх сімей необхідно мати можливість отримати «соціальну перерву» на перегляд кінофільму, відвідати театр чи плавальний басейн, відчувати психологічну та правову підтримку, навчитися знімати напругу та переживання, протидіяти стресу, не замикатися на проблемах. Якість життя таких людей може значно поліпшитися, коли вони намагаються побачити щось позитивне в кожному дні.

З метою правової та психологічної підтримки цих пацієнтів та членів їхніх сімей реалізовано такі проєкти:

- круглий стіл на тему «Юридична допомога паліативним хворим», на засіданні якого обговорювалося формування системи надання безкоштовної правової допомоги в паліативній та хоспісній сферах, існування потреби в захисті прав пацієнтів та їх юридичному супроводі;
- творчі майстер-класи «Майстерня витинанок», «Майстерня пряників», «Музичні посиденьки», на яких діти забули про неприємне лікування і занурилися в емоції справжнього дитинства;
- «Теплі посиденьки» – зустріч із психологом і психотерапевтом для членів сімей таких пацієнтів. Батьки мали змогу змінити лікарняну атмосферу на інше, більш комфортніше середовище, отримати інформацію від фахівців, як знімати напругу та переживання, як протидіяти стресу, не замикатися на проблемах тощо;
- підготовлено навчально-практичний посібник «Паліативна допомога: теплий порадник», призначений для паліативного пацієнта, його законного представника, членів його родини. Посібник містить практичні поради, як усвідомити та прийняти хворобу, як справитися зі змінами в буденному житті та сильними почуттями, викликаними тяжким захворюванням дитини, які основні правила догляду за хворим.

Значну допомогу в реалізації проєктів надавали волонтери медичного університету (студенти, інтерни, працівники) та Благодійний фонд допомоги невиліковно хворим «Мати Тереза».

На сьогодні важливим елементом надання ПД є здійснення психокорекційної роботи з паліативними пацієнтами і їхнім найближчим оточенням, проведення тренінгів щодо набуття навичок із позитивних емоцій, залучення членів сімей до роботи груп само- і взаємодопомоги, що дозволить їм більше вірити у власні можливості, легше переживати стрес.

Проведення публічних заходів, інформаційних та інших просвітницьких чи мистецьких проєктів привертає увагу громадськості та влади до проблем надання ПД і сприяє поінформованості суспільства щодо права на отримання такої допомоги. Реалізація подібних проєктів ламає існуючі стереотипи, що «паліативна допомога – це про смерть», натомість формує нове бачення, що «паліативна допомога – це про якість життя».

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна допомога, пацієнт, медичне право.

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

The right to palliative assistance: experience of project implementation

O. Ya. Soroka, U. V. Khomut, N. V. Fedosenko

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

The key elements of medical and social care for palliative care patients should be the educational component such as information campaigns and cultural projects, which explain that palliative care is not waiting for death, but a dignified and organized life of the patient and his relatives.

Ivano-Frankivsk National Medical University has joined to different projects to support vulnerable groups.

In particular, with the financial support of the Public Health program initiative of the International Renaissance Foundation, the university has been implementing measures aimed at social support of children treated in the oncohematology department of Ivano-Frankivsk Regional Children's Clinical Hospital and their families for four years. These children receive high-dose chemotherapy, the procedure of which is long, they do not leave the department for many months, and therefore in addition to treatment they desperately need communication, interesting games, smiles, sincere prayer. At the same time, members of their families need to be able to take a «social break» to watch a movie, visit a theater or swimming pool, feel psychological and legal support, learn to relieve stress and anxiety, counteract stress, not be confined to problems. The quality of life of such people can be greatly improved when they try to see something positive in each day.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: palliative care, patient, medical law.

УДК 347.122

А. В. Світлицький

Відносини «лікар – пацієнт – рідні пацієнта»: проблеми правового регулювання

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Деснянського району м. Києва, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 72-74; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.72

Правове регулювання взаємовідносин у паліативній допомозі (ПД) «пацієнт – лікар – сім'я пацієнта» потребує конкретизації. Здебільшого на сьогодні питання гостро стоїть щодо первинної ланки.

Перш за все існує проблема в неоднаковому формулюванні та розумінні терміну «паліативна допомога» Всесвітньою організацією охорони здоров'я – ВООЗ (міжнародне трактування); Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) та наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» (далі – Наказ №1308) – національне трактування. Якщо звернутися до визначення конструкції та правового регулювання, можна знайти певні, але значні розбіжності, які юридично дуже різняться.

В Україні ПД, вірніше її надання, регулюється незначною кількістю нормативних актів. Деякі з них вже давно потребують перегляду та адаптації. Життя не припиняється, наука рухається вперед, але, наприклад, Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, вже вісім років тому повинен був бути переглянутий, але він продовжує регулювати, треба сказати, не завжди ефективно, велику кількість проблем ПД. І згадане – вже є проблемою, оскільки такий стан речей свідчить про недосконалість нормативної бази в країні, а факт нерегульованості правовідносин є дуже болючим!

Статистика, яку навів законодавець у Рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Організація протиракрової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення», схвалених Постановою Верховної Ради України від 2 вересня 2020 року №862-ІХ, та наявні в Центрі медичної статистики МОЗ України дані є, м'яко кажучи, невтішними. А реальний стан речей, що відрізняється від офіційних цифр у бік збільшення, – жахливий!

Якщо проаналізувати цифри, не складно дійти висновку, що від 40 тис. осіб на рік залишається перебувати, лікуватися і, врешті-решт, чекати на смерть вдома. Саме ця кількість залишається без постійного/безперервного нагляду та допомоги лікарів. Саме ця кількість страждає від болю через невчасне знеболювання з різних причин. Саме в цієї кількості єдиним «рупором» хворого у відносинах із зовнішнім

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

світом стають рідні і/або особи, що залишилися за ним доглядати. І ці особи відіграють роль і психолога, і помічника, і подекуди лікаря, і просто людини поруч для слів підтримки. Усі інші учасники відносин лише відіграють свої маленькі ролі на арені, хоча вони і є професійно вірними, правильними, але не повними. Бо вони не поруч!

Давайте поглянемо на проблему надання ПД сімейним лікарем. ПД для сімейного лікаря – це лише частина його багатограних функцій, покладених законодавством і визначених специфікою професії. Сімейний лікар майже завжди має від 1800 (є й більше) пацієнтів, які потребують різнопланової допомоги. Сімейний лікар сьогодні має право самостійно, на власний розсуд, обирати спосіб надання медичної допомоги пацієнтові (у медичному закладі або вдома чи через засоби комунікації) і ПД, як ми бачимо із законодавства, – не виняток. Виходить, вона також може надаватися, грубо кажучи, дистанційно. І це вже є не лише проблемою, а законодавчою неузгодженістю, що в такому виді медичної допомоги неприпустимо. Як тоді дотримуватися умов Уніфікованого протоколу щодо порядку нагляду за пацієнтом, своєчасного та ефективного контролю болю? При цьому стандарт ПД в Україні відсутній, коли він так потрібен.

Фактично, усі недоліки, проблеми є наслідками відсутності чітких правил та правового регулювання взаємовідносин усіх без винятку учасників – пацієнта, лікарів і обов'язково родичів. Саме останні відіграють величезну роль в ефективності кожної дії з того підвищення якості життя хворого, про яке йшлося на початку і декларується ВООЗ.

Наказ №1308 прописаний таким чином, що здебільшого регулює взаємини між лікарями. Життєві та організаційні комунікації лікаря первинної медичної допомоги та рідних хворого в ньому виявилися так само відсутніми. Заради справедливості слід визнати, що План спостереження пацієнта, що потребує ПД, напевне може стати деяким проривом у ПД. Однак, як показує поглиблений аналіз, його прийняття та впровадження може породити більше проблем, ніж їхніх вирішень.

Законодавство потребує змін, щоб змінити формулу надання ПД: з «Лікар надає допомогу і хворому, і родичам. При цьому відповідаючи перед обома» на формулу «Лікар з родичами досягають максимального ефекту надання допомоги разом. І кожний з них – відповідальний перед хворим за ефект та свою діяльність».

Слід зазначити, що частину проблем сьогодні вже вирішив наказ МОЗ України №1308. Водночас основними зауваженнями до цього акту знову залишаються взаємовідносини з сімейними лікарями, оскільки велике навантаження щодо ПД удома лягає на них. У цей же час про загальну ПД фактично є лише її визначення на початку документа. Усе! Регулювання, як і попереднім наказом МОЗ України від 21.01.2013 №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», відсутнє.

Мною визначено основні пропозиції, покликані якщо не вирішити всіх проблем, то вдосконалити відносини і, врешті, стати підґрунтям для поліпшення якості життя хворого.

Отже, пропонується:

1. Ініціювати перегляд Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі або прийняття стандарту надання ПД, де передбачити:

- дійсне налагодження комунікацій (чіткий перелік заходів), зокрема, із закладами первинної медичної допомоги;
- необхідність дотримання призначень і визначення чітких меж відповідальності лікаря в наданні ПД (таке собі встановлення критеріїв якості);
- обов'язок родичів повідомляти сімейного лікаря про залучення інших фахівців, результати їхньої консультацій (якщо ні, то за це має існувати відповідальність родичів не лише моральна, але й юридична);
- відмову від госпіталізації повинен підписувати пацієнт, а також особа, що за ним доглядає (догляд повинен бути якісним і вчасним, а подекуди пацієнт хоче залишитися вдома, однак родичі зневажливо ставляться до такого рішення).

2. Прописати механізм контролю дотримання родичами визначених дозувань і призначень (змін, скоріше за все, потребуватимуть наказ МОЗ №1308 і/або Основи).

3. Закріпити право родичів паліативного хворого змінювати лікаря в разі незадоволення лікуванням (незмін свідчить про згоду з якістю та достатністю лікування, крім випадків тяжких наслідків, спричинених навмисними діями лікаря). Змін потребуватимуть накази МОЗ України №504, №503 і/або Основи.

4. Встановити право родичів вимагати від лікаря регулярного безпосереднього нагляду (не рідше ніж один раз на два дні, наприклад, візит лікаря обов'язковий). Загальне визначення наказом №1308 «Безпе-

Надання паліативної допомоги дорослому і дитячому населенню за законодавством України та зарубіжних держав

первність і наступність надання паліативної допомоги» є знову ж таки загальним і створюватиме подальші конфлікти.

5. Обов'язковість звернення хворого до вузьких спеціалістів за направленням лікаря. Контроль та обов'язок забезпечення повинен покладатися на родичів.

6. (і навряд чи останнє). Для врегулювання стягнення моральної шкоди внести зміни до Цивільного кодексу України (ст. 23 або ст. 1167) та Основ (ст. 34), якими передбачити відсутність відповідальності лікаря, якщо страждання хворого пов'язані з діями або бездіяльністю особи, яка здійснює за ним догляд, або внаслідок порушення членами сім'ї приписів і настанов лікаря (сімейного, онколога, іншого вузького спеціаліста, члена мультидисциплінарної команди).

Таке регулювання може допомогти вдосконалити надання допомоги безнадійно хворим особам нашого суспільства.

Ключові слова: лікар, пацієнт, паліативний догляд, сімейний лікар.

Doctor – patient – patient's relatives relationships: problems of legal regulation

A. V. Svitlytsky

The Center for Primary Health Care No.2 of the Desnianskyi district of Kyiv, Ukraine

The abstracts are stated as a consequence of the conclusions approved by the decision of the Verkhovna Rada of Ukraine «On the Recommendations of the Parliamentary Hearings on the topic: «Organization of the anti-cancer fight in Ukraine. Problems and the ways to solve them» from 02.09.2020 NO.862-IX, and the World Health Assembly Resolution «Cancer prevention and control in the context of an integrated approach» (WHA70.12) dated by 2017. In particular, the Resolution calls on governments and the World Health Organization to accelerate actions aimed at achieving the goals mentioned in the 2030 Agenda for Sustainable Development, adopted by UN General Assembly Resolution A/70/L.1 on 25 September 2015, in order to reduce premature deaths from cancer. One of the key points of this Resolution is to call on countries to develop standards and tools for management of planning and implementation of activities in the field of prevention, early diagnosis, screening, cancer treatment, as well as palliative care and assistance to people after treatment, including children with cancer.

The difficult situation with the provision of palliative care to cancer patients in the terminal stage of the disease, the lack of sufficient material base and qualified staff requires additional involvement of the patient's relatives and persons supervising them in the assistance. Improvement and clear legislative regulation of legal norms that in one way or another affect the effective construction of the relationships «doctor – patient – patient's relative» should be the key to achievement of the maximum effect.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: doctor, patient, palliative care, family doctor.

УДК 616-053.9:614.2(477)

В. В. Чайковська^{1,2}, Т. І. Вялих¹, Н. М. Величко¹, В. А. Толстих¹, С. В. Москалюк¹

Геріатрична допомога населенню України: сучасний стан і напрями розвитку

¹ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 75-79; DOI 10.15574/IJRP.2023.8.75

Наведено поточний стан і проблеми у сфері геріатричної допомоги в Україні. Вивчено основні потреби в медико-соціальній допомозі серед різних вікових груп населення похилого віку. Дослідження показало, що геріатрична практика має різну характеристику медико-соціальних потреб і потребує комплексного підходу із залученням мультидисциплінарної командної роботи.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: геріатрія, медико-соціальні потреби.

Geriatric care for the population of Ukraine: the current status and directions of development

V. V. Chaikovska^{1,2}, T. I. Vyalykh¹, N. M. Velichko¹, V. A. Tolstykh¹, S. V. Moskalyuk¹

¹D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the NAMS of Ukraine, Kyiv

²Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The paper presents the current state and problems in the field of geriatric care in Ukraine. The basic needs for medical and social care among different age groups of the elderly population were studied. The study showed that geriatric practice has different characteristics of medical and social needs and requires an integrated approach involving multidisciplinary teamwork.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: geriatrics, medical and social needs.

Вступ

Україна є одним зі світових лідерів демографічного постаріння і входить у 30 найбільш «старих країн» світу за часткою людей віком від 60 років у структурі населення [9]. Так, за даними електронного перепису, їх кількість зросла впродовж останніх 5 років (2015–01.2020) з 21,8% до 22,4%, а віком від 65 років – відповідно з 15,5% до 16,8% [1,5] (табл. 1). Таке збільшення є прогнозованою тенденцією, і очікується подальше підвищення кількості літніх людей більше за 30% до 2030 р., зокрема, частка людей віком від 80 років збільшиться якнайменше у 2 рази [6,9].

Мета дослідження – проаналізувати сучасний стан і навести напрями розвитку геріатричної допомоги населенню України.

Матеріали та методи дослідження

Застосовано дані офіційної статистики та власних соціологічних досліджень, методи системного підходу, бібліосемантичного, аналітико-синтетичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Динаміка тривалості життя населення України.

Тривалість життя в Україні зросла з 68 років у 1993 р. до 72 років у 2018 р., але все ще залишається найнижчою в Європі (рис.). За рейтингом країн світу, Україна за тривалістю життя посідає 114-те місце у світі [3,4].

Тривалість життя у міських поселеннях на 2,2 року вища, ніж у сільських (69,0 проти 66,8) [3–5]. Це характерно для всіх регіонів України, за винятком Закарпатської області, де тривалість життя в сільській місцевості на 0,9 року вища, ніж у містах. Найбільше перевищення тривалості життя в міських поселеннях над сільськими зафіксоване в Чернігівській (5,5 року) і Житомирській (4,4 року) областях.

Середня тривалість життя чоловіків в Україні у 2019 р. була на 11,1 року менше, ніж у жінок, – 66,9 та 77,0 відповідно (табл. 2). Цей розрив є більшим у сільських поселеннях (11,9 року), ніж у міських (10,6 року). Найбільше перевищення (13,8 року) спостерігається в Чернігівській області, причому

Таблиця 1

Вікова структура населення України [3–5]. Динаміка частки вікових груп у населенні, 1897–2014 рр.,%

Осіб віком	1897	1926	1939	1959	1970	1979	1989	2001	2010	2012	2014
0–14 років	~41,0	37,2	33,0	26,0	24,9	21,5	21,6	16,5	14,2	14,4	14,8
15–59 років	~55,5	56,6	61,2	63,5	61,2	62,8	60,4	62,1	65,1	64,4	63,6
від 60 років	~3,5	5,8	6,3	10,5	13,9	15,7	18,0	21,4	20,7	21,2	21,6

Таблиця 2

Динаміка тривалості життя чоловіків і жінок в Україні, 1950–2019 рр. [3–5]

Стать	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2008	2013	2019
Чоловіки	61,3	65,4	67,4	67,9	66,3	65,5	64,6	65,2	65,7	61,3	62,3	62,0	62,2	66,3	66,9
Жінки	69,7	72,2	73,9	74,6	74,3	74,2	74,0	74,0	75,0	72,6	73,6	73,6	74,2	76,2	77,0

серед сільського населення воно становить 15,9 року. Найменші відмінності у тривалості життя чоловіків і жінок характерні для м. Києва (9,0 року) та Чернівецької області (9,6 року).

Практично кожний другий чоловік не має шансів дожити до 65 років, а в жінок імовірність дожити до 65 років дорівнює 77,3%. Упродовж останніх років спостерігається повільне зменшення для чоловічої статі ймовірності дожити до цього віку (2001 р. – 48,8%, 2005 р. – 45,5%). У 2006 р. ймовірність для чоловіків померти до досягнення 65-річного віку практично дорівнювала 50%. Надсмертність чоловіків зростає з віком, і в результаті цього в групі населення, які у 2006 р. досягли межі 65 років, чоловіків стало менше на 1,3 млн ніж жінок такого віку. Саме за рахунок надсмертності чоловіків у молодому й середньому віці зростає частка одиноких жінок і вдів.

Потреби літніх людей у медичній допомозі. Погіршення з віком стану здоров'я літніх людей супроводжується значними змінами обсягу і характеру їхніх

потреб у різних видах медичної допомоги та обумовлює необхідність орієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню на геріатричну спрямованість, розширення позалікарняних форм обслуговування, відповідну підготовку фахівців тощо.

Упродовж останніх років, на основі досліджень Інституту геронтології НАМН України, зокрема лабораторії соціальної геронтології, проведено оцінку залежності літньої людини від медичної, соціальної та психологічної допомоги. За станом здоров'я у середньому 43% населення літнього віку потребують періодичного медичного нагляду і щорічних профілактичних реабілітаційних заходів, 41% – активного медичного нагляду і 1–2 рази на рік відновного лікування, 10% – інтенсивного стаціонарного лікування з наступною низкою заходів медико-соціальної реабілітації, 6% – довготривалої та паліативної допомоги (постійної щоденної медичної та соціально-побутової допомоги в повному обсязі) [2,7,8]. Серед населення віком від 80 років 20% мають виразні ког-

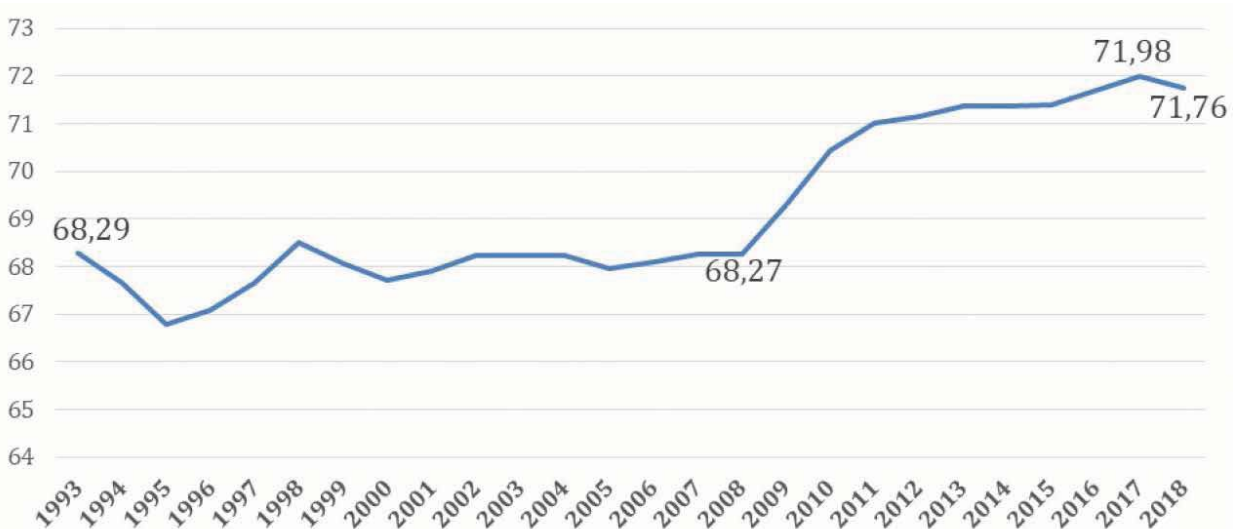


Рис. Середня очікувана тривалість життя при народженні, 1993–2018 рр.

нітивні розлади і 68% потребують часткової або постійної соціально-побутової допомоги.

Потреби населення старшого віку в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються в середньому на 48%; реабілітаційному лікуванні – на 81%; організації стаціонарів удома – на 71%; стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 66%; соціально-побутовому обслуговуванні – на 20%. І це ще показники так званого «до-ковідного періоду»!!! Для літніх мешканців сільської місцевості показники якості й доступності медичної допомоги значно нижчі, ніж для міських [7,8].

Геріатричні заклади. На жаль, сучасний рівень надання медичної і соціальної допомоги населенню літнього віку в Україні не відповідає його реальним потребам. Особлива медична занедбаність (низька доступність медичної допомоги та підготовки фахівців) відмічається в наданні допомоги сільським мешканцям віком від 70 років. Негативний стан організації геріатричної допомоги посилюється в сучасних епідемічних умовах пандемії COVID-19 та фінансової кризи. Національної служби здоров'я України (НСЗУ) не фінансує геріатричні відділення, тому вони у регіонах були ліквідовані. Таким чином, мережа медичних суто геріатричних закладів була знищена.

На цей час в Україні немає єдиної всебічно скоординованої на державному рівні системи геріатричної допомоги населенню. Допомога літнім людям надається на загальних засадах у системі закладів МОЗ, а також частково громадськими та релігійними організаціями: Товариством Червоного Хреста України, Карітас України, Хессед та іншими.

Головною ланкою допомоги літнім людям є лікар загальної практики – сімейний лікар або дільничний терапевт. На його робоче навантаження припадає до 60% амбулаторного обслуговування і 90% допомоги літнім хворим вдома. Отже, він є частково геріатром і має бути спеціально професійно підготовленим з актуальних питань геріатрії і паліативної допомоги. Така підготовка проводиться на відповідних кафедрах (терапії і геріатрії, паліативної і хоспісної медицини) Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Але це не має загальногалузевих характеру. Організація геріатричного професійного навчання набуває особливого значення в період реформування медичної галузі.

Окреме місце посідає навчання персоналу з догляду. Так, за визначенням ВООЗ, мінімальна потреба для України є 20,5 тис. спеціально навчених фахівців із догляду, які мають підготовку в області основ медицини, психології, соціальної допомоги та духовної підтримки.

З цією метою на базі Інституту геронтології НАМН України був створений Центр додаткового професійного навчання для підготовки молодших медичних сестер із догляду за хворими та соціальних працівників, підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер із питань геронтології й геріатрії. Основні теми навчання: термінологія, поняття геронтології та соціальної роботи, особливості вікової патології, основи довгострокового догляду, переміщення і догляду за тілом, паліативний догляд, геронтодієтетика, психологічні аспекти роботи з пацієнтами, техніки спілкування, профілактика емоційного виснаження, робота з родичами хворого тощо. У рамках державного плану Міністерства соціальної політики України з травня 2018 р. проводяться середньострокові навчальні семінари для соціальних працівників з усіх регіонів України, на яких підготовлено понад 1000 фахівців.

Удосконалення організаційно-структурного забезпечення геріатричної допомоги населенню в оптимальному варіанті лежить на шляху розвитку:

- амбулаторної допомоги: розширення геріатричної діяльності сімейних лікарів (у т. ч. проведення щорічних обов'язкових медичних оглядів усіх людей пенсійного віку та введення у демографічно старих районах патронажних геріатричних сестер), геріатричних консультативних ліній при Центрах сімейної медицини, денних медико-соціальних стаціонарних ліжок тощо;
- допомоги вдома: медико-соціальних стаціонарів вдома, виїзних герореабілітаційних бригад, консультативної і швидкої медичної допомоги;
- стаціонарної допомоги: геріатричних відділень, палат та відділень сестринського догляду і довгострокового перебування хронічних хворих, паліативних відділень і хоспісів;
- допомоги сільським літнім мешканцям: сільських лікарняних амбулаторій і виїзних консультативно-лікувальних та діагностичних бригад;
- нових форм геріатричної допомоги населенню: геріатричних центрів, геріатричних лікарень і поліклінік, лікарень сестринського догляду, кризових центрів, нічних служб медико-соціальної допомоги літнім людям, служб тимчасового «перепочинку» для сімей тяжкохворих, телефонних інформаційно-консультативних ліній, герореабілітаційних центрів і денних структур для психічно хворих, центрів геротехнічного обладнання і промислових товарів тощо;
- системи заходів інформації і санітарної освіти літніх людей та членів їхніх сімей;
- нормативне забезпечення: обґрунтування підходів до адекватного забезпечення літнього на-

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

селення основними видами медичної допомоги і соціального обслуговування, стандартизація послуг із визначенням необхідного гарантованого рівня і обсягів допомоги, а також місця геріатрії в страховій медицині;

- взаємозв'язку і наступництва в роботі медичних та соціальних служб державних і недержавних структур;
- спеціальної підготовки медичного і соціального персоналу з питань геріатрії і паліативної допомоги, підготовки персоналу з догляду за ліжковими хворими.
- Першочерговими кроками до реалізації завдань щодо поліпшення здоров'я громадян похилого віку в Україні є:
- Чіткий контроль і моніторинг із боку МОЗ України координації розвитку, організації та надання геріатричної допомоги.
- Розроблення та забезпечення порядку організації надання громадянам похилого віку різних видів геріатричної допомоги (профілактичної, лікувальної, довготривалої, паліативної) за місцем їхнього проживання/перебування.
- Затвердження регіональних програм розвитку геріатричної допомоги з урахуванням результатів оцінки потреб громадян похилого віку в такій допомозі.
- Створення при місцевих державних адміністраціях, виконавчих комітетах органів місцевого самоврядування та забезпечення функціонування дорадчо-консультативних органів (міжвідомчих рад, робочих груп тощо) з розвитку паліативної й геріатричної допомоги громадянам похилого віку.
- Розроблення рекомендацій щодо діяльності закладів для осіб, які страждають на когнітивні

розлади: центрів тренування пам'яті, спеціалізованих геріатричних і паліативних відділень для осіб із хворобою Альцгеймера, лікарень сестринського догляду.

- Запровадження в діяльності центрів громадського здоров'я роботи з профілактики передчасного старіння, формування навичок здорового старіння та активного довголіття.
- Проведення обов'язкових профілактичних щорічних медичних оглядів громадян похилого віку в закладах первинної медичної допомоги.

Висновки

Отже, розвиток медико-соціальної допомоги населенню літнього віку базується на посиленні геріатричної складової на первинному рівні медичної допомоги, створенні мережі медико-соціальних структур, спеціалізованій підготовці кадрів, посиленні ролі середнього і молодшого медичного персоналу та сім'ї у проведенні лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтації на надомні форми обслуговування.

Координація геріатричних структур і чітке уявлення про реальні потреби населення в тих чи інших видах послуг значно збільшать коефіцієнт корисної дії використаних ресурсів, а широка реабілітаційна спрямованість діяльності медичних і соціальних служб поступово стабілізує розмір наступних організаційних і фінансових витрат на забезпечення допомоги літньому населенню.

Розвиток сучасної системи соціально-медичної допомоги населенню сприятиме зменшенню міграційних процесів, стане відображенням ступеня відповідальності за якість наданих послуг і додатковою гарантією для самих літніх людей про надійний догляд у хворобі і старості.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. *Biznes tsenzor. (2020). Shcho pokazav elektronnyi perepys naseleння Ukrainy. Elektronnyi perepys 2019 roku: Shcho pokazav elektronnyi perepys naseleння Ukrainy. [Бізнес цензор. (2020). Що показав електронний перепис населення України. Електронний перепис 2019 року: Що показав електронний перепис населення України]. URL: https://biz.censor.net/resonance/3171506/scho_pokazav_elektronniyi_perepis_naseleння_ukrani.*
2. *Chaikovska VV, Vialykh TI, Chaikovska DR. (2017). Dopoloha vdoma osobam pokhyloho viku: formy i metody (ohliad literatury). Problemy starenia y dolholetia. 26 (1): 72–105. [Чайковська ВВ, Вялих ТІ, Чайківська ДР. (2017). Допомога вдома особам похилого віку: форми і методи (огляд літератури). Проблеми старення и долголетия. 26 (1): 72–105].*
3. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2018). Serednia ochikuvana tryvalist zhyttia pry narodzhenni v Ukraini. Arkhiv oryhinalu za 6 berezenia 2018. [Державна служба статистики України. (2018). Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні. Архів оригіналу за 6 березня 2018].*
4. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2019). Tablytsi narodzhuvanosti, smertnosti ta serednoi ochikuvanoi tryvalosti zhyttia za 2018 rik. Statystychnyi zbirnyk. (Vidpovidalnyi za vyprusk M. B. Timonina). Kyiv: 66. [Державна служба статистики України. (2019). Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2018 рік. Статистичний збірник. (Відповідальний за випуск М. Б. Тімоніна). Київ: 66].*

5. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2022). *Naselennia (1990–2014 rr.)*. [Державна служба статистики України. (2022). *Населення (1990–2014 рр.)*].
6. Dontsova AIu, Levchenko AO. (2010). *Problemy zmenshennia serednoi tryvalosti zhyttia v Ukraini*. Kirovohradskiy natsionalnyi tekhnichnyi universytet: Kirovohrad. [Донцова АЮ, Левченко АО. (2010). *Проблеми зменшення середньої тривалості життя в Україні*. Кіровоградський національний технічний університет: Кіровоград].
7. Egorova LV, Chaykovskaya VV, Velichko NN, Vyalyih TI. (2015). *Analiz potrebnostey i organizatsiya mediko-sotsialnoy pomoschi lyudyam pozhilogo vozrasta (analiticheskiy obzor)*. Aktualnyie problemy teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny. 1–2 (8–9): 41–49. [Егорова ЛВ, Чайковская ВВ, Величко НН, Вялых ТИ. (2015). *Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор)*. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 1–2 (8–9): 41–49].
8. Movchun NA, Chaykovskaya VV, Eshmanova A. (2015). *Pomosch na domu lyudyam pozhilogo vozrasta: formy i metody (analiticheskiy obzor)*. Aktualnyie problemy teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny. 1–2 (8–9): 35–41. [Мовчун НА, Чайковская ВВ, Ешманова А. (2015). *Помощь на дому людям пожилого возраста: формы и методы (аналитический обзор)*. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 1–2 (8–9): 35–41].
9. *World Population Ageing*. (2015). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: 164.

Відомості про авторів:

Чайковська Віра Володимирівна – д.мед.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Вялых Тетяна Ігорівна – старший науковий співробітник лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», моб. +380958202701. HYPERLINK «mailto: tvial@ukr.net» tvial@ukr.net

Величко Наталія Миколаївна – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». HYPERLINK «mailto: rublev@ukr.net» rublev@ukr.net.

Толстих В. А. – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

Москалюк С. В. – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

Стаття надійшла до редакції 22.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 314.7.045-08-039.15+94(477)

Т. І. Вялих¹, В. В. Чайковська^{1,2}, Н. М. Величко¹, В. А. Толстих¹, С. В. Москалюк¹

Геріатрична складова надання паліативної допомоги та стан медико-соціальної допомоги людям літнього віку, тимчасово переміщеним з окупованих територій

¹ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 80-83; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.80

Наведено стан надання і потреби в медико-соціальній допомозі та психологічній підтримці тимчасово переміщених осіб похилого віку із зони конфлікту на сході країни. Проведено анкетування 300 людей літнього віку, медичних і соціальних працівників; здійснено статистичну обробку цих даних. Показано, що соціально-психологічні характеристики тимчасово переміщених осіб похилого віку, особливості їхньої соціальної адаптації, недостатнє фінансування та низький рівень організації медико-соціального обслуговування обумовлюють неналежні умови перебування і потребують створення системи догляду та підготовки персоналу з догляду. Розроблено та впроваджено навчальні програми підготовки медичних, соціальних працівників і волонтерів із набуття теоретичних знань та практичних навичок із догляду за особами похилого віку.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: тимчасово переміщені особи літнього віку, медико-соціальна допомога, психологічна підтримка.

The geriatric component of palliative care and the state of medical and social care to elderly people temporarily displaced from the occupied territories

T. I. Vyalykh¹, V. V. Chaikovska^{1,2}, N. M. Velichko¹, V. A. Tolstykh¹, S. V. Moskaliuk¹

¹D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the NAMS of Ukraine, Kyiv

²Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The paper presents the state of provision and needs for medical and social care and psychological support to elderly people temporarily displaced from the conflict zone in the East of the country. A survey of 300 elderly people, medical and social specialists and statistical processing of these data was conducted. It is shown that the socio-psychological characteristics of temporarily displaced elderly people, the peculiarities of their social adaptation, insufficient funding and low level of medical and social care cause inadequate living conditions and require the establishment of a system of care and training of care staff. Curricula for training of medical, social specialists and volunteers on acquisition of the theoretical knowledge and practical skills on care of elderly people are developed and implemented.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: temporarily displaced elderly people, medical and social care, psychological support.

Вступ

Унаслідок військового конфлікту на сході України у 2014 р. розпочалося переселення жителів Донецької та Луганської областей до інших територій країни. Масштабність явища зумовила розроблення та впровадження окремого закону, нормативно-правових документів, спрямованих на захист і підтримку прав та свобод тимчасово переміщених осіб (ТПО). За оцінками Міністерства соціальної політики України та Організації Об'єднаних Націй, у 2015 р. в Україні зареєстровано понад 1,6 млн переселенців. Осно-

вними за чисельністю групами серед ТПО є пенсіонери (947 тис. осіб). Чисельність працездатного населення сягнула майже 397 тис. осіб, серед яких переважають жінки. Серед зареєстрованих ТПО 207,2 тис. дітей та 68 тис. інвалідів [2].

У 2019 р. враховано 1417267 переселенців із Донбасу і Криму, за інформацією Єдиної бази даних про тимчасово внутрішньо переміщених осіб. Найбільше ТПО зареєстровано в Донецькій області – 498775 осіб. У Луганській області офіційно проживає 275947 переселенців. Найменш привабливі для пере-

селенців західні області України: у Тернопільській області – усього 2 105 осіб, у Чернівецькій – 2431 особа [12,14].

У зв'язку з переміщенням із територій, де відбуваються бойові дії, більшість представників ТПО втратили джерела існування та роботу, тому можна говорити про виникнення феномену раптової бідності серед представників цієї групи населення [4,9,10]. Водночас досвід інших країн свідчить, що для переселенців характерним є високий рівень довготривалого безробіття, бідність, соціальне відторгнення та орієнтованість на використання державної фінансової допомоги як основного джерела існування [3,5,11]. Отже, визначення проблем і потреб ТПО, окреслення гострих питань, що є невіршеними для представників цієї групи, є нагальним повсякденним завданням для влади та громадського сектору [15].

Держава та суспільство виявилися неготовими до масштабної внутрішньої міграції, але формування відповідної політики відбувалося досить оперативно. Значну допомогу надали та продовжують надавати міжнародні організації, громадський сектор, потужний волонтерський рух [7,8,13]. Наразі існує широкий спектр невіршених проблем щодо облаштування переселенців у нових місцях проживання та інтеграції до місцевих громад [1,17]. Від початку процесу внутрішньої міграції нагальними для ТПО були проблеми, пов'язані із задоволенням гуманітарних потреб (забезпеченням їжею, одягом, медичною та соціальною допомогою, медикаментами), пошуком житла та стабільної роботи, що приносить дохід [6].

Серед тимчасово переміщених жінок і осіб похилого віку значна частка тих, хто не здатен забезпечити себе найнеобхіднішим. Актуальною проблемою залишається забезпеченість сімей переміщених осіб житлом. Зокрема, в Україні дотепер немає комплексної політики щодо житла для переселенців, яка б діяла на національному, обласному та місцевому рівнях.

Найбільш вразливою категорією вважаються діти, люди з інвалідністю та особи похилого віку, а також люди, що мають хронічні неінфекційні захворювання. Для деяких осіб похилого віку всі ці фактори є актуальними одночасно. У зоні особливого ризику опинилися люди, переселені із зони конфлікту, і ті, хто там залишилися [16].

Мета дослідження. Сучасні характеристики ТПО та наявний стан їхнього медичного, соціального обслуговування і психологічної допомоги надають особливої актуальності розробленню шляхів забезпечення адекватної медико-соціальної та психологічної допомоги переселенцям літнього віку при визначенні комплексного підходу до задоволення потреб ТПО

і членів їхніх сімей у медичній, соціальній і психологічній допомозі.

Матеріали та методи дослідження

Проведено вибіркоче анкетування 200 ТПО літнього віку та 100 осіб медичного персоналу, соціальних працівників геріатричних закладів у східних та центральних (Дніпропетровська, Луганська, Київська) областях України (гніздовим вибіркочим методом) для вивчення потреб і реального рівня надання медико-соціальних послуг і психологічної підтримки. У дослідженні використано методи системного підходу, бібліосемантичного, аналітико-синтетичного аналізу.

Слід зауважити, що під час опитування дослідницька група стикнулася з такими організаційними труднощами: відсутність офіційної статистики про кількість і віко-статевий склад ТПО; відсутність офіційного закладу, який займається статистикою ТПО; відсутність медичних узагальнюючих відомостей про ТПО; спротив самих переселенців надавати інформацію навіть анонімним шляхом.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами опитування, ТПО літнього віку мають низку комплексних проблем, пов'язаних із відсутністю постійного житла, фінансовою скрутою та проблемами зі здоров'ям. Усе це – на тлі негативних психологічних змін і невпевненості в позитивних змінах і нестабільності їх статусу. Усі опитувані (100%) незадоволені станом надання медичної, соціальної та психологічної допомоги. Серед пріоритетних проблем соціально-психологічні були відзначені 41% респондентів, медичні – 21%, житлові – 20%, фінансові – 18%.

Отже, ТПО літнього віку стикаються зі значною кількістю проблем соціально-психологічного, фінансового, медичного та житлового характеру.

Показано, що соціально-психологічні характеристики ТПО похилого віку, особливості їхньої соціальної адаптації, недостатнє фінансування та низький рівень організації медико-соціального обслуговування обумовлюють неналежні умови перебування та потребують створення системи догляду для літніх людей. Вона повинна включати усі форми – організаційні структури з догляду вдома, інформаційні центри для людей літнього віку, центри денного перебування для літніх людей та реабілітаційні відділення. Такі висновки враховані при підготовці нової редакції Закону про соціальні послуги та наказу МОЗ України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 №1308.

Центром додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

Україні» сформовано базові модулі методичних матеріалів навчальних програм підготовки медичних і соціальних фахівців та волонтерів, які повинні поєднувати знання і навички різних спеціальностей, з урахуванням медичних, соціальних і психологічних потреб ТПО похилого віку та осіб, що їх доглядають.

Висновки

Соціально-психологічні характеристики ТПО похилого віку, особливості їхньої соціальної адаптації, недостатнє фінансування та низький рівень організації медико-соціального обслуговування обумовлюють незадоволеність людей доступністю медичної та соціальної допомоги.

Існуючий стан надання медико-соціального обслуговування вказує на необхідність створення системи догляду для літніх людей, яка повинна включати такі форми: організаційні структури з догляду вдома, інформаційні центри для людей літнього віку, центри денного перебування для літніх людей та реабілітаційні відділення.

Вагомим кроком щодо поліпшення якості надання медичної і соціальної допомоги ТПО літнього віку є вдосконалення навчальних програм підготовки медичних, соціальних фахівців і волонтерів з урахуванням медичних, соціальних і психологічних потреб ТПО похилого віку та осіб, що їх доглядають.

Створення мережі інтернет-доступної відеоінформації та відеоінструкцій для підготовки персоналу медичних і соціальних закладів підвищить доступність та якість їхнього навчання, що відповідає основним засадам державної «Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період 2019–2022 рр.» із використанням позитивного закордонного досвіду щодо організації надання медико-соціальних послуг літнім людям, досвіду партнерів міжнародних організацій, які працюють у цій сфері, та врахуванням вітчизняної практики.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Balakirieva OM, Bondar TV, Dmytruk DA. (2015). *Stavlennia do pereselentsiv i volonterskoi diialnosti. Ukrainskyi instytut sotsialnykh doslidzhen imeni O. Yaremenka: Kyiv.* [Балакірєва ОМ, Бондар ТВ, Дмитрук ДА. (2015). *Ставлення до переселенців і волонтерської діяльності. Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка: Київ*]. URL: <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Settlers%20and%20volunteering.pdf>.
2. Balakirieva OM. (2016). *Vymusheni pereselentsi ta pryimaiuchi hromady: uroky dlia efektyvnoi suspilnoi adaptatsii i intehratsii: naukova dopovid. Za red. O. M. Balakirievoi; NAN Ukrainy, DU «Instytut ekonomiky ta prohnozuvannia NAN Ukrainy».* Kyiv: 140 [Балакірєва ОМ. (2016). *Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективною суспільної адаптації й інтеграції: наукова доповідь. За ред. О. М. Балакірєвої; НАН України, ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України».* Київ: 140].
3. Global Overview. (2014). *People internally displaced by conflict and violence.* URL: <http://www.internal-displacement.org/assets/publications/2014/201405-global-overview-2014-en.pdf>.
4. Libanova E. (2014). *Vymusheni pereselentsi: vchora, sohodni, zavtra. Dzerkalo tyzhnia. Ukraina: 27.* [Лібанова Е. (2014). *Вимушені переселенці: вчора, сьогодні, завтра. Дзеркало тижня. Україна: 27*].
5. Malynovska OA. (2014). *Shliakhy vyrishennia problemy vnutrishnikh peremishchenykh osib: deiakі uroky iz zarubizhnoho dosvidu.* [Малиновська ОА. (2014). *Шляхи вирішення проблеми внутрішніх переміщених осіб: деякі уроки із зарубіжного досвіду*]. URL: http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/migrac_probl-a598d.pdf.
6. MF «Vidrodzhenia». (2015). *Holovni problemy pereselentsiv pid chas pratsevlashtuvannia ta adaptatsii na Donbasi.* [МФ «Відродження». (2015). *Головні проблеми переселенців під час працевлаштування та адаптації на Донбасі*]. URL: http://www.irf.ua/knowledgebase/news/golovni_problemi_pereselentsiv_pid_chas_pratsevlashtuvannia_ta_adaptatsii_na_donbasi.
7. Moskalenko SO. (2022). *Problemy uchasti hromadskykh orhanizatsii u formuvanni sotsialnoi polityky na mistsevomu rivni.* [Москаленко СО. (2022). *Проблеми участі громадських організацій у формуванні соціальної політики на місцевому рівні*]. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej6/txts/07msopmr.htm>.
8. NISD. (2015). *Volonterskyi rukh: svitoviy dosvid ta ukrainski hromadianski praktyky: analit. dop.* Kyiv: NISD: 36. [НІСД. (2015). *Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики: аналіт. доп.* Київ: НІСД: 36].
9. NV Ukraina. (2017). *Doslidzhennia vyznachilo sim holovnykh problem pereselentsiv v Ukraini* [НВ Україна. (2017). *Дослідження визначило сім головних проблем переселенців в Україні*]. URL: <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/doslidzhennja-viznachilo-sim-golovnih-problem-pereselentsiv-v-ukrajini-1133359.html>.
10. OBOZREVATEL. (2019). *Vymusheni pereselentsi v Ukraini.* [OBOZREVATEL. (2019). *Вимушені переселенці в Україні*]. URL: <https://www.obozrevatel.com/ukr/tv/vimusheni-pereselentsi-v-ukraini-pravozahisnitsya-navela-shokuyuchidani.htm>.

11. OCHA Publications. (2003). *Guiding Principles on Internal Displacement*. URL: <http://www.ifrc.org/Docs/idrl/I266EN.pdf>.
12. RBK-Ukraine. (2019). *U Minsotspolityky nazvaly kilkist pereselentsiv z Krymu ta Donbasu*. [РБК-Україна. (2019). У Мінсоцполітики назвали кількість переселенців з Криму та Донбасу]. URL: <https://www.rbc.ua/ukr/news/minsotspolitiki-nazvali-kolichestvo-pereselentsev-1571663684.html>.
13. RBK-Ukraine. (2019). *Kabmin vrehuliuvav pytannia sotszakhystu pereselentsiv*. [РБК-Україна. (2019). Кабмін врегулював питання соцзахисту переселенців]. URL: <https://www.rbc.ua/ukr/news/kabmin-vnes-izmeneniya-dva-postanovleniya-1565792314.html>.
14. Slovo i dilo. (2022). *Skolko pereselentsev zarehistryrovano v kazhdoi oblasti Ukraini*. [Слово і діло. (2022). Скільки переселенців зареєстровано в кожній області України]. URL: <https://www.slovoidilo.ua/rejtyngy/golovny-miskyh-rad>.
15. Solodko A, Doroniuk T. (2022). *Zakhyst sotsialno-ekonomichnykh prav vnutrishno peremishchenykh osib: pershocherhovi zavdannia dlia Ukrainy. Tsentr doslidzhennia suspilstva*. [Солодько А, Доронюк Т. (2022). Захист соціально-економічних прав внутрішньо переміщених осіб: першочергові завдання для України. Центр дослідження суспільства]. URL: http://www.cedos.org.ua/system/attachments/files/000/000/045/original/CSR_ID.pdf.
16. WHO. (2016). *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) -version 2.0*. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.
17. ZAXID-NET. (2019). *V Ukraini doslidyly prychnu povnennia vumshenykh pereselentsiv v ORDLO*. [ZAXID-NET. (2019). В Україні дослідили причини повернення вимушених переселенців в ОРДЛО]. URL: https://zaxid.net/v-ukrayini-doslidili-prichini-povernennya-vimushenih-pereselentsiv-v-ordlo_n1479165.

Відомості про авторів:

Вялик Тетяна Ігорівна – старший науковий співробітник лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», моб. +380958202701. tvial@ukr.net

Чайковська Віра Володимирівна – д.мед.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожичська, 9.

Величко Наталія Миколаївна – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». rublev@ukr.net.

Толстих В. А. – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

Москалюк С. В. – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

Стаття надійшла до редакції 30.08.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 616-08-039.15-053.9+364.8

Н. М. Величко¹, В. В. Чайковська^{1,2}, С. В. Москалюк¹, Т. І. Вялих¹

Оптимізація та стандарти паліативного догляду за геріатричними пацієнтами

¹ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 84-86; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.84

Проаналізовано сучасний стан розроблення та впровадження державних стандартів у медичній галузі, зокрема у сфері паліативної та хоспісної допомоги в Україні. На цьому етапі організації надання паліативної допомоги геріатричним пацієнтам є серйозні проблеми, значною мірою детерміновані недоліками механізмів державного управління цією системою. Такі проблеми є загальнодержавними, що доводить необхідність їх невідкладного розгляду, вирішення та впровадження стандартів у медичній сфері.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: медичні стандарти, геріатричні пацієнти, паліативна та хоспісна допомога.

Optimizing and standards of palliative care for geriatric patients

N. M. Velichko¹, V. V. Chaikovska^{1,2}, S. V. Moskalyuk¹, T. I. Vyalykh¹

¹D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the NAMS of Ukraine, Kyiv

²Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The article analyzes the current situation of development and implementation of state standards in the medical field, in particular in the field of palliative and hospice care in Ukraine. At this stage of the organization of palliative care for geriatric patients there are serious problems, which are largely determined by the shortcomings of the mechanisms of public administration of this system. These problems are national, which proves the need for their immediate consideration, solution and implementation of standards in the medical field.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: medical standards, geriatric patients, palliative and hospice care.

Вступ

Впровадження стандартів у медичну галузь – це надання якісних послуг медичної та фармацевтичної допомоги, у тому числі проведення профілактичних й лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на збереження й зміцнення здоров'я населення. Надання якісних послуг у системі охорони здоров'я сприяє ефективному та економічному використанню трудових і матеріальних ресурсів системи; захисту інтересів пацієнтів на основі забезпечення реального рівня соціальних гарантій доступності якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню; структурній пропорційності служб системи охорони здоров'я; раціональному розподілу фінансових ресурсів [6].

Основними потребами паліативних геріатричних пацієнтів є: адекватне симптоматичне лікування; ефективне знеболювання; професійний догляд; морально-психологічна підтримка й соціальна допомога. Ці потреби вимагають створення та розвитку потужної бази надання паліативної та хоспіс-

ної допомоги (ПХД) невиліковним хворим. Водночас загальний індекс «якості смерті» свідчить, що Україна перебуває на 69-му місці у світі за цим показником [3].

Геріатричні пацієнти – достатньо уразлива (у матеріальному, психологічному та емоційному плані) частина населення України. Вони потребують особливого підходу в наданні медико-соціальних послуг. В умовах сучасної економіки стандартизація виконує три основні функції: економічну – перешкодження перевитраті фінансових ресурсів держави на охорону здоров'я населення та сприяння ефективному їх використанню; соціальну – введення до стандарту показників якості об'єкта стандартизації, які сприяють підвищенню якості медичної та фармацевтичної допомоги з урахуванням сучасного рівня розвитку науки; комунікативну – досягнення взаєморозуміння в суспільстві через обмін інформацією, вираженою стандартними термінами, єдиними правилами діяльності, єдиним трактуванням понять.

Потреба дорослого населення України в паліативній допомозі [5]

Нозологія	Кількість хворих, які потребують паліативної допомоги
Хвороби системи кровообігу	262757
Злоякісні новоутворення	62924
Хронічні обструктивні захворювання легень	4514
Цироз печінки	3828
Туберкульоз	3648
ВІЛ-інфекція/СНІД	3214
Цукровий діабет	1249
Захворювання нирок	896
Хвороба Паркінсона	129
Хвороба Альцгеймера	117
Ревматоїдний артрит	112
Множинний склероз	105

Результати дослідження та їх обговорення

Стандарти визначають, яка медична (соціальна) допомога вважається якісною для геріатричних пацієнтів. У вирішенні професійних питань науковці та практики мають враховувати ці настанови в повному обсязі, разом з індивідуальними потребами, перевагами та цінностями літніх людей, які користуються їх послугами (на основі даних про стан або потреби пацієнтів).

Паліативна медична допомога для літніх людей необхідна при багатьох захворюваннях на різних стадіях перебігу. До таких належать хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні захворювання легень, цироз печінки, туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, цукровий діабет, захворювання нирок, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера, ревматоїдний артрит, множинний склероз тощо (табл.). Кожна з цих нозологій на різних стадіях захворювання потребує паліативної допомоги різного змісту і обсягу, що залежить від індивідуальних особливостей хворого, його порогу больового відчуття, динаміки прогресування хвороби тощо [2,4].

Нагальним фактором, що зумовлює потребу населення України в ПХД, є поширення онкологічних захворювань. За даними Національного канцер-реєстру, кількість хворих на злоякісні новоутворення в Україні перевищує 2,5 млн осіб. Саме ця категорія хворих потребує ефективного знеболювання, інколи із застосуванням сильнодіючих опіоїдних анальгетиків.

Станом на початок 2019 р. в Україні створені тільки два центри, сім хоспісів та близько 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечують 1500 тис. стаціонарних паліативних ліжок, за потреби у 3500 тис. ліжок (згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, 8–10 ліжок на 100 тис.

населення). Функціонує лише сім мобільних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. Хоспіси та центри діють на різних засадах (державні, благодійні, комунальні) і не завжди відповідають міжнародним стандартам паліативного догляду. Статистичні дані щодо надання реальної паліативної допомоги існують тільки для окремих областей України і стосуються лише стаціонарної паліативної допомоги (хоспіси, паліативні відділення та інші стаціонарні відділення в медичних закладах). Амбулаторна допомога або допомога, надана за місцем перебування пацієнта (вдома), не обліковуються [5].

Враховуючи важливість інтеграції медичних та соціальних аспектів щодо організації ПХД, які охоплюють увесь комплекс медико-соціальних питань стосовно організації допомоги, турботи про пацієнтів та членів їхніх сімей, прийнято оцінювати якість медичних послуг із трьох позицій: оцінка ресурсів, оцінка технологій системи охорони здоров'я й оцінка їхніх наслідків (результатів). Оцінку всіх трьох зазначених компонентів якості проводять шляхом порівняння зі стандартом [1].

Стандарти якості розробляються на основі відповідних настанов для забезпечення втілення їх положень у практику. Вони обов'язково використовуються усіма учасниками процесів і відображають бачення уряду того, якою має бути якісна медична допомога. Замовники послуг застосовують стандарти якості для засвідчення того, що надання якісних послуг забезпечене. Постачальники послуг використовують стандарти якості для моніторингу, а також виділяють напрями, що потребують поліпшення.

Спеціалісти закладів охорони здоров'я, громадського здоров'я та соціальної допомоги складають звіти про аудит та управління, щоб показати якість

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

обслуговування тощо. Кожне з положень стандартів має посилання на докази, на яких вони базуються. Для кожного з декларативних положень кожного стандарту визначені ступені якості, або індикатори, за допомогою яких має визначатися, чи виконується це положення.

Висновки

Аналіз сучасного стану впровадження в систему охорони здоров'я в Україні медичних стандартів якості, зокрема у сфері паліативної та хоспісної допомоги, дає підстави зробити такі висновки:

– надання ПХД геріатричним пацієнтам потребує налагодження державного управління на нормативно-правовому та організаційному рівнях;

– шляхи впровадження медичних стандартів якості в медичну галузь потребують усунення та удосконалення низки недоліків;

– необхідність посилення координації діяльності та співпраці між усіма учасниками забезпечення та надання ефективної допомоги паліативним пацієнтам;

– у разі застосування стандартів у системі охорони здоров'я можуть бути використані лише ті технології, ефективність, безпека й економічна доцільність яких доведені, а стандартизація є реальним способом упровадження доказової медицини в практику охорони здоров'я.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Kurnytska HM. (2018). *Stratehiia rozvytku paliativnoi dopomohy v Ukraini na period do 2027 roku. Medsestrynstvo. 2: 42–45.* [Курницька ГМ. (2018). *Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 р. Медсестринство. 2: 42–45*].
2. *Medichna sprava. (2018). Palliativnaya pomoshch v Ukraine: zakonodatelstvo, printsipy, uhod.* [Медична справа. (2018). *Паліативна допомога в Україні: законодавство, принципи, уход*]. URL: <https://www.medsprava.com.ua/articles/1662-palliativnaya-pomoshch-v-ukraine-rus>.
3. *Natsionalnyi instytut stratehichnykh doslidzhen. (2017). Napriamky udoskonalennia sfery okhorony zdorov'ia v umovakh postarinnia naseleння Ukrainy: analitychna zarpyaska. Veb-storinka.* [Національний інститут стратегічних досліджень. (2017). *Напрямки удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України: аналітична записка. Веб-сторінка*]. URL: www.niss.gov.ua/articles/934.
4. *Tsarenko AV ta in. (2010). Zvit ta rezultaty doslidzhennia shchodo vprovadzhennia systemy paliativnoi dopomohy liudiam. Kyiv: VBO «Vseukrainska Merezha LZHV»: 117.* [Царенко АВ та ін. (2010). *Звіт та результати дослідження щодо впровадження системи паліативної допомоги людям. Київ: ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»: 117*].
5. *Ukrainskyi Tsentр suspilnykh danykh. (2022). 100 dniv.* [Український Центр суспільних даних. (2022). *100 днів*]. URL: <https://socialdata.org.ua/>.
6. *Voronenko YuV, Hubs'kyi YuI, Tsarenko AV. (2014). Stvorennia systemy paliativnoi i khospisnoi dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorov'ia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty. Nauka i praktyka: mezhydomochy med zhurnal. 1 (2): 63–75.* [Вороненко ЮВ, Губський ЮІ, Царенко АВ. (2014). *Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика: міжвідомчий мед журнал. 1 (2): 63–75*].

Відомості про авторів:

Величко Наталія Миколаївна – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». rublev@ukr.net.

Чайковська Віра Володимирівна – д.мед.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Москалюк С. В. – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

Вялик Тетяна Ігорівна – старший науковий співробітник лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», моб. +380958202701. tvial@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 11.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Тези до рубрики

УДК 616-08-039.15-053.9:159.9

М.А. Асімов, Ф.А. Багіярова, Б. Жантурієв

Надання психологічної підтримки у геронтологічній та паліативній практиці авторським методом самовладання

Казахський національний медичний університет імені С. Дасфендіярова, м. Алмати, Республіка Казахстан

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 87-89; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.87

Сучасні підходи, методи психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги вимагають швидкого та ефективного результату. У цьому плані нові методи короткострокової психотерапії найбільш привабливі при наданні медичної допомоги, зокрема, у геронтологічній та паліативній практиці, де потрібен особливий підбір прийомів та технік для підтримки та підвищення психічного стану пацієнтів та якості їх життя [10].

Відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів та форм інвалідності, це стан психічного благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок у суспільство [7,9].

Згідно з опитуванням, проведеним серед практикуючих лікарів, виявлено, що вони значну кількість часу (35-50%) витрачають на психотерапевтичні бесіди з пацієнтами похилого віку та вважають за необхідне (68% респондентів), що впровадження психотерапевтичного консультування для даної категорії осіб є обов'язковим у загальномедичній практиці [9].

Не менш актуальним є супровід пацієнтів хоспісу, термінальних пацієнтів онкологічного профілю, де роль психотерапевта надзвичайно важлива для надання підтримки у прийнятті реальності та покращення якості життя на будь-якому етапі [5].

Одним із підходів психологічного впливу автори пропонують застосування адаптаційних механізмів – копінг-стратегій (англ. coping, coping strategy), які допомагають пацієнтам адаптуватися і пристосовуватися до нових умов життя на фізичному, психологічному та соціальному рівні. Для осіб похилого віку і пацієнтів паліативної практики це означає впоратися зі своїми емоційними переживаннями і зберегти баланс між внутрішніми можливостями організму та зовнішніми соціальними потребами жити [4]. Необхідно відзначити, що внутрішнє ставлення до свого здоров'я, тобто переконання, установка, впливають на прогноз та перебіг будь-якого захворювання [3]. Неefективне застосування копінг-стратегій (таких як конфронтація, уникнення, дистанціювання) призводить до несприятливого перебігу захворювання та зниження якості життя [1,6]. Таким чином, вироблення нових психотерапевтичних підходів адаптації до нових умов виживання літніх та паліативних пацієнтів є актуальним та своєчасним [11].

Нами запропоновано новий інтегрований метод короткострокового психотерапевтичного впливу, названий на ім'я автора «Самовладання за Асімовим». Метод змодельований із кількох психотерапевтичних підходів – когнітивно-поведінкової психотерапії, нейролінгвістичного програмування, символодрами, гештальт-терапії, трансактного аналізу та інших психоаналітично орієнтованих напрямків. При цьому метод не потребує тривалого психоаналізу та глибокого занурення в минуле, а більше фокусується на актуальному стані пацієнта.

Основні постулати філософії методу самовладання включають:

1. Усвідомлену здатність самовладатися з душею (психікою), яка допомагає справлятися та вибрати оптимальну форму поведінки у реальній ситуації.
2. Для усвідомленого розуміння своєї душі необхідно знати складові психіки/душі. Вони мають бути простими та зрозумілими.

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

3. Душа (психіка) складається з певних станів: втома, сонливість, голод, занепокоєння та інше. Стани складаються з почуттів, відчуттів, образів.

4. Почуття конкретні (автентичні), а цій методиці їх використовуються одинадцять. Для зручності запам'ятовування вони розташовані на пальцях рук: великий палець – радість; вказівний – хвилювання, тривога, страх; середній – роздратування, агресивність, гнів; безіменний – сум, смуток, туга; мізинець – відносний спокій (коли важко підібрати почуття). Така послідовність допомагає краще розуміти зміну своїх почуттів.

5. Відчуття умовно перебувають у різних частинах тіла, оскільки нервові клітини передають тілу сигнали психічних процесів. Вони також конкретні: напруга, розпирання, стискання, здавлення, поколювання, скручування, серцебиття, оніміння, біль, жар, тепло, холод, легкість, тяжкість, сухість тощо.

6. Образи – це одиниця думки. Образи бувають незрозумілі (темрява, біла, сіра тощо), зрозумілі (як символи чи реальні картинки). Образи за правильною інтерпретацією можуть передавати розуміння психічних станів. Образи є причиною виникнення певного почуття та відчуття.

7. «Почуття – відчуття – образ» – це певний цикл. Усвідомлене спостереження зміни кожного циклу «почуття – відчуття – образ» дозволяє усвідомлювати та розуміти причини власних переживань. Спостереження та проживання цих процесів дозволяє не накопичувати їх у своїй психіці та не використовувати захисні механізми, які, у свою чергу, призводять до розвитку соматичних розладів, неврозів. Якщо не каже душа/психіка – то каже тіло, що проявляється у вигляді різних соматичних захворювань.

8. За певних так званих «застряганнях» або витісненнях послідовної зміни циклів «почуття – відчуття – образ» необхідно використовувати техніку діалогу, прийняття та ін.

9. Людина – істота розумна. Усвідомлене ставлення змін психіки, дозволяє жити з почуттями, справлятися, тобто самовладати (тримати себе в руках). Немає поганих почуттів, якщо вони допомагають нам, а не заважають. Важливо навчитися самовладати та справлятися зі складними ситуаціями [2].

У геронтологічній практиці необхідно враховувати обмеження застосування методики у разі психотичних станів, деменції, вкрай емоційної нестійкості, когнітивно-мнестичних розладів. Важливо відзначити, що застосування методу самовладання у зрілому віці дає позитивний результат терапії у випадках, коли спостерігаються такі особливості психіки, як ґрунтовність, ретельність, детальність тощо. Безумовно, від психотерапевта вимагається бути терплячим, уважним, регулярно практикувати психологічний тренажер, що допоможе опанувати навички усвідомленого спостереження за психічними процесами літніх пацієнтів. Особливість застосування методики в геронтології допоможе клієнту (тримати себе в руках), усвідомлювати внутрішні психологічні процеси, адаптуватися та впоратися з новими умовами життя.

У паліативній практиці застосування методу самовладання виявилось досить м'яким і підтримуючим. Пропонуємо опис клінічного випадку з пацієнткою в термінальній стадії онкозахворювання, з якою була проведена психотерапія за даним методом. Терапевтичний альянс був уже сформований, оскільки пацієнтка раніше відвідувала психотерапевта, що допомогло увійти у процес психологічної роботи. На питання психотерапевта: "Про що Ви хочете поговорити?" – Пацієнтка відповіла: «Я боюся помирати! Мені страшно». Психотерапевт запропонував слідувати його питанням і відповідати коротко, ясно і однозначно (що є особливістю методу та його гідністю). Лікар повільно, крок за кроком ставив запитання, а пацієнтка відповідала.

– Що ви відчуваєте?

– Страх.

– Що Ви ще відчуваєте?

– Біль.

– Що Ви бачите, який образ?

– Темно.

– Спробуйте пройти цю темряву, крізь... – продовжив лікар.

– Я бачу, що я померла, не дихаю, відчуваю смуток, відчуваю холод, – описала свій стан жінка.

– Ви молодець! – Підтримав її психотерапевт. – А що зараз?

– Земля. Мене поховали, відчуваю злість та відчуваю здавлювання у грудях, – відповіла пацієнтка.

– Ідіть далі за своїми образами... Що зараз? – продовжував психотерапевт.

– Світло, спокійно на душі і мені легко! – зазначила жінка.

Продовжуючи роботу, яка тривала лише кілька хвилин, пацієнтка видихнула і сказала, що вона готова вмирати і їй тепер не страшно.

Подякувавши лікарю, вона поклікала родичів і попросила запросити нотаріуса. У цей момент вона набула реальності. За кілька днів пацієнтка пішла з життя. Але пішла зі спокійною душею, мудро прийнявши реальність.

Навчання самовладній поведінці, іншими словами, освоєння навичок особистої психогієни – гієни душі, допоможе людям похилого віку і термінальним пацієнтам справлятися з новою життєвою ситуацією, навчитися приймати свій стан, вік, хворобу, бути готовими і усвідомленими, поліпшити якість життя [8].

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Литература

1. Andronnikova OO, Balatskaya NYa. (2018). *Issledovaniya koping-mehanizmov i reaktzii na bolezni u zhenshin s onkologicheskimi diagnozom*. [Андронникова ОО, Балацкая НЯ. (2018). Исследования копинг-механизмов и реакции на болезни у женщин с онкологическим диагнозом].
2. Asimov M, Bagiyarova F, Madaliev S i dr. (2020). *Rukovodstvo po samosovladaniyu*. [Асимов М, Багиярова Ф, Мадалиев С и др. (2020). Руководство по самосовладанию].
3. Grafkina ES. (2018). *Otnoshenie k zdorov'yu i sovladayuschee povedeniye meditsinskikh rabotnikov palliativnogo uchrezhdeniya*. Dis. Sibirskiy federalnyiy universitet. [Графкина ЕС. (2018). Отношение к здоровью и совладающее поведение медицинских работников паллиативного учреждения. Дис. Сибирский федеральный университет].
4. Isaeva ER. (2008). *Mehanizmy psihologicheskoy adaptatsii lichnosti: sovremennyye podhody k issledovaniyu kopinga i psihologicheskoy zaschityi*. Vestnik SPbGU. Seriya 12. Sotsiologiya: 2. [Исаева ЕР. (2008). Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к исследованию копинга и психологической защиты. Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология: 2].
5. Komkova EP, Kokorina NP, Magarill YuA. (2003). *Rol psihoterapii v okazanii palliativnoy pomoschi onkologicheskimi bolnyim*. Sibirskiy onkologicheskii zhurnal: 2. [Комкова ЕП, Кокорина НП, Магарилл ЮА. (2003). Роль психотерапии в оказании паллиативной помощи онкологическим больным. Сибирский онкологический журнал: 2].
6. Lazarus RS. (1966). *Psychological stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill: 257.
7. Lazebnik LB. (2009). *Zdorove, bolezni i promezhutochnyye sostoyaniya (k 60-letiyu prinyatiya VOZ formulyi zdorov'ya)*. Klinicheskaya gerontologiya: 1. [Лазебник ЛБ. (2009). Здоровье, болезнь и промежуточные состояния (к 60-летию принятия ВОЗ формулы здоровья). Клиническая геронтология: 1]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviebolezni-promezhutochnye-sostoyaniya-k-60-letiyu-prinyatiya-voz-formulyi-zdorov'ya>.
8. Lee S, Rozybakieva Z, Asimov M et al. (2020). *Coping strategy as a way to prevent emotional burnout in primary care doctors: a randomized controlled trial*. Arch Balk Med Union. 55 (3): 398–409. doi: 10.31688/ABMU.2020.55.3.04.
9. Maltsev SN. (2012). *Mnenie vrachey o neobходимosti uchastiya psihoterapevtov i gerontologov v lechenom protsesse u pozhilykh patsientov*. Sotsiologiya meditsiny: 1. [Мальцев СН. (2012). Мнение врачей о необходимости участия психотерапевтов и геронтологов в лечебном процессе у пожилых пациентов. Социология медицины: 1].
10. Solov'ev AG, Novikova IA, Mestechko VV. (2015). *Psihoterapiya lits pozhilogo vozrasta s pogranichnymi psicheskimi rasstroystvami*. Vestnik psihoterapii. 54: 19–32. [Соловьев АГ, Новикова ИА, Местечко ВВ. (2015). Психотерапия лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами. Вестник психотерапии. 54: 19–32].
11. Wild K et al. (2013). *Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology*. Ageing and Society. 33 (1): 137..

УДК 614.2:378(574)

Т.А. Ізмухамбетов^{1,2}, Б.М. Жантурієв^{1,2}, А.А. Йоукіна³

Досвід діяльності комітетів громадського здоров'я як інструменту розвитку громадської охорони здоров'я та допомоги літнім особам у Казахстані

¹Казахський національний медичний університет імені С. Асфендіярова, м. Алмати

²Громадська організація «Комітет громадського здоров'я Медеуського району м. Алмати»

³КП «Дніпропетровський центр громадського здоров'я» ДОЗ Дніпровської міської ради, м. Дніпро, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 90-92; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.90

Понад 40 років тому, в 1978 р. в м. Алмати відбулася епохальна подія – прийняття Алматинської декларації з первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка є конституцією світової охорони здоров'я [3]. У цьому документі вперше офіційно подано повне і вичерпне визначення здоров'я та підкреслено міжсекторальний підхід (залучення всіх галузей суспільства, а не лише охорони здоров'я) в охорону здоров'я людини. Так, згідно з Алматинською декларацією, «... здоров'я, будучи станом повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб чи фізичних дефектів, є основним правом людини, і досягнення можливо вищого рівня здоров'я становить найважливіше всесвітнє соціальне завдання, на виконання якого необхідні спільні зусилля багатьох соціальних та економічних секторів суспільства на додаток до сектору охорони здоров'я» (ст. I) [3].

Також вперше за всю історію медицини показано, що «люди мають право та обов'язок брати участь на індивідуальній та колективній основі у плануванні та здійсненні їх медико-санітарного обслуговування» (ст. II). Більше того, у декларації підкреслено величезну роль самого населення, громад на всіх рівнях та етапах діяльності ПМСД. Так, у ст. VII зазначено, що ПМСД «націлена на вирішення основних медико-санітарних проблем у громаді та забезпечує відповідно служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації» (п. 2), «вимагає максимальної самозабезпеченості громади та окремих осіб, сприяє цьому, забезпечуючи їх участь у плануванні, організації, здійсненні та контролі за медико-санітарною допомогою за найбільш повного використання місцевих, національних та інших наявних ресурсів для цього, розвиває шляхом відповідного просвітництва навички участі населення в цій роботі» (п. 5) [3].

Декларація чітко визначає основні фундаментальні елементи ПМСД, що включають «як мінімум: просвітництво з найбільш важливих проблем охорони здоров'я та методів їх попередження та вирішення, сприяння забезпеченню раціонального харчування, доброякісного водопостачання та проведення основних санітарних заходів; охорону здоров'я матері та дитини, у тому числі планування сім'ї; імунізацію проти основних інфекційних захворювань; профілактику ендемічних у даному районі хвороб та боротьбу з ними; відповідне лікування поширених захворювань та травм; та забезпечення основними лікарськими засобами». На всіх цих етапах має бути активно задіяна громадськість [3].

Міжнародні дані показують, що люди похилого віку, разом із дітьми та інвалідами, становлять до 20% популяції і споживають при цьому до 80% всіх медичних послуг. Зниження активної трудової діяльності, вихід на пенсію неминуче ведуть людину до самотності, зниження соціальної значущості та затребуваності. Погіршення фізичного та духовного здоров'я викликає фінансові та соціально-побутові труднощі, психологічні проблеми. Літні люди потребують, у першу чергу, не стільки фінансової та медичної допомоги, а соціальної та духовної підтримки та створення умов для реалізації їх активності [2].

Численні дослідження показують, що до 65% літнього населення відвідують амбулаторно-поліклінічні установи не тільки з метою отримання медичної допомоги, але і з метою спілкування з медичним персоналом, своїми однолітками та іншими пацієнтами з питань здоров'я та здорового способу життя. Цим самим дана категорія населення відволікає значні фінансові, людські та тимчасові ресурси на ті проблеми, які можуть бути вирішені іншими менш витратними методами, без звернення до спеціалізованих медич-

них установ. Літні люди гостро потребують ресоціалізації. З усіх опитаних осіб похилого віку 55,3% бажають працювати та брати участь у громадських заходах [1]. Старше покоління прагне більше принести допомоги, ніж отримати натомість.

Таким чином, парадигма, ідеологія сучасної громадської охорони здоров'я полягає в наступному постулаті – у медичному закладі пацієнт повинен отримувати необхідну лікарську, кваліфіковану або високоспеціалізовану медичну допомогу, а довготривалу інформаційно-просвітницьку, оздоровчу допомогу, формування установки на здоровий спосіб життя, підвищення рівня медичної грамотності він має отримувати через різні спеціалізовані немедичні організації, зокрема громадські, сформовані лише на рівні комун / громад.

З 2017 р. у м. Алмати за підтримки міської влади здійснюється робота в галузі громадської охорони здоров'я у вигляді громадських об'єднань «комітетів громадського здоров'я» (КГЗ) як соціального інструменту, спрямованого на профілактику захворювань, підвищення медичної грамотності, формування здорового способу життя та солідарної відповідальності за своє здоров'я серед дорослого та літнього населення м. Алмати.

Комітети громадського здоров'я, сформовані в усіх 8 територіальних утвореннях районів м. Алмати, створені з ініціативи самого населення та покликані підвищити відповідальність населення за своє здоров'я шляхом стимулювання здорового способу життя та докорінного покращення санітарної та медичної грамотності. Вони створюють стійкі та інституційні засади для забезпечення інтеграції діяльності держави, громадськості та населення через залучення до цього процесу громадян, зміцнення міжсекторального, мультидисциплінарного підходу з активною участю самого населення/громад у справі охорони здоров'я, солідарної відповідальності кожної людини за своє здоров'я.

Створені КГЗ, діючи в рамках правового поля та складаючись з волонтерів та активістів, які проживають на одній ділянці відповідного виборчого округу, допомагають у виявленні потреб мешканців у підвищенні поінформованості та грамотності у питаннях профілактики, збереженні та покращенні свого здоров'я, а також у наданні предметної долікарської медичної допомоги тим, хто її потребує.

Діяльність КГЗ ґрунтується на принципах мультидисциплінарного та міжсекторального співробітництва із залученням «ключових лідерів громадської думки» (КЛГД) з представників влади з різних структур та рівнів, громадських діячів, бізнесменів, активістів та волонтерів. Слід зазначити, що люди похилого віку, маючи немалий життєвий досвід, бажання продовжити продуктивні роки життя, підвищити якість свого життя, принести користь суспільству і реалізувати себе в новому соціальному плані, є найактивнішою частиною і двигунами даного проєкту.

У рамках реалізації цього проєкту активно використовуються такі стратегії просування проєкту та створення позитивних РК-комунікацій у суспільстві: проведення індивідуальних та групових занять з населенням з різних тематик та оздоровлення; організація конференцій із залученням представників влади, профільних міністерств, відомств, громадськості, бізнесу, волонтерських організацій; розробка відеороликів; робота у соціальних мережах; підготовка статей, довідкової літератури та навчально-методичних матеріалів тощо.

У даний час діяльність КГЗ спрямована на:

- 1) подальше нормативно-правове формування районних КГЗ;
- 2) об'єднання районних КГЗ, інших зацікавлених громадських та державних організацій у відповідну асоціацію, що просуває ідеї громадської охорони здоров'я на об'єднаному рівні;
- 3) навчання КЛГД: представників влади, державних службовців, громадських діячів, бізнесменів, представників населення, людей похилого віку і т. д. основним принципам і методам здорового способу життя, солідарної відповідальності, збережливої у сфері фізичного і ментального здоров'я, поведінки тощо, з тим, щоб вони просували ці навички та знання людям лише на рівні груп, громад (комун) і організацій;
- 4) пропаганда медичної та санітарної грамотності (health literacy) серед КЛГД та населення м. Алмати;
- 5) розробка принципів та підходів у наданні цільової допомоги на рівні громад (комун) цільовим «уразливим» соціальним групам населення з низьким рівнем здоров'я та достатку: малозабезпеченим, самотнім, інвалідам, пенсіонерам тощо з позицій суспільної охорони здоров'я;
- 6) розробка методичних рекомендацій та підходів у наданні екстреної медичної допомоги у випадках та станах, що загрожують життю (наприклад, синдром раптової зупинки серця тощо) у місцях масового скупчення народу (стадіони, торгові центри тощо) ;

Геріатрична складова надання паліативної допомоги

7) формування позитивного ментально-інформаційного поля серед населення та цільових груп з питань громадської охорони здоров'я.

Таким чином, створена в м. Алмати мережа КГЗ є новим соціальним та маркетинговим інструментом розвитку у широких верствах населення відповідальності з охорони та поліпшення свого здоров'я; профілактики захворювань; формування механізмів розвитку стійких, саморегулюючих та довгострокових партнерських відносин між державними, громадськими інститутами та бізнесом з лобювання інтересів громадського здоров'я на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади.

Приклад діяльності КГЗ в Республіці Казахстан активно вивчається та планується застосувати у розвитку громадської охорони здоров'я та допомоги людям похилого віку, в т. ч. і паліативним пацієнтам, у м. Дніпрі, Україна.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Литература

1. Eshmanova AK, Izmuhambetov TA, Ernazarova ZhSh i dr. (2016). Rezultaty sotsiologicheskogo oprosa lits starshe 60 let, prozhivayuschih v Medeuskom rayone. Vestnik KazNMU. 4: 451–455. [Ешманова АК, Измухамбетов ТА, Ернарарова ЖШ и др. (2016). Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе. Вестник КазНМУ. 4: 451–455].
2. Matveychik TV, Petsevich-Shchensna GE, Romanova AP. (2010). Osobennosti organizatsii pomoschi pozhilyim lyudyam za rubezhom. Zdravooohranenie. 7: 24–27. [Матвейчик ТВ, Пецевич-Шчэнсна ГЕ, Романова АП. (2010). Особенности организации помощи пожилым людям за рубежом. Здравоохранение. 7: 24–27].
3. Organizatsiya ob'edinennykh natsiy. (1978). Mezhdunarodnaya konferentsiya po pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoschi. Alma-Ata. [Организация объединенных наций. (1978). Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml.

УДК 616-08-039.15-053.9

М. Г. Ахаладзе, Л. М. Єна

Геріатричні синдроми в паліативній допомозі хворим старшого віку

ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 92-94; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.92

Постаріння населення – стабільний демографічний тренд упродовж не одного десятиліття. Специфікою нинішнього етапу постаріння є не тільки збільшення числа осіб віком від 65 років, але й виражене зростання чисельності людей віком від 80 років. Очікується не тільки зростання хронічних захворювань і поліморбідності, але й, так званих, геріатричних синдромів, пов'язаних із погіршенням функціонального стану. При цьому під функціональним станом розуміється не здатність органів і систем виконувати властиву їм діяльність, а функціонування індивідуума як біологічної і соціальної одиниці.

Стрімке зростання популяції літніх людей і асоційоване з цим зростання рівня поліморбідності, яка за поширенням перевищує найбільш розповсюджені види хронічної патології, розвиток геріатричних синдромів призвели до зміни як у діагностиці, так і в лікуванні.

У 40-х роках ХХ сторіччя відзначено, що функціональні порушення, зокрема, прикутість до ліжка, не завжди обумовлені класичними діагнозами. Так, уперше в історії медицини започатковано структуроване геріатричне обстеження. У центрі уваги опинилися не окремі хвороби, а поліморбідні стани і геріатричні синдроми, а менеджмент пацієнтів передбачає реалізацію комплексної геріатричної оцінки – сукупності

спеціальних методів обстеження (діагностика фізичного, психоемоційного і соціального статусу) із залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів на чолі з геріатром і передбачає розроблення індивідуальних програм ведення пацієнтів, контроль за їх імплементацією.

Діагностика геріатричних синдромів є обов'язковою складовою комплексної геріатричної оцінки. Геріатричні синдроми класифікують як соматичні (мальнутриція, пролежні, нетримання сечі і калу, падіння і порушення ходи, гіпомобільність, запаморочення, атаксія, больовий синдром, порушення слуху і зору); психічні (деменція, делірій, порушення поведінки, депресія); соціальні (соціальна ізоляція, повна залежність від сторонніх, втрата здатності до самообслуговування, порушення сімейних зв'язків). Сформувалася певна ієрархія з виділенням чотирьох-п'яти головних геріатричних синдромів. Особливе місце в цьому переліку посідає синдром Frailty, який перекладається як «дряхлість, немічність, крихкість, астения, вразливість». Розвиваючись зазвичай на тлі кількох співіснуючих геріатричних синдромів, він призводить до вираженої втрати функціональних можливостей і здатності до самообслуговування, до повної залежності від сторонньої допомоги.

Число осіб із синдромом немічності та іншими геріатричними синдромами збільшується не тільки у зв'язку зі старінням населення, але й безпосереднім впливом тяжких захворювань. Як приклад, можна навести ВІЛ-інфікованих пацієнтів: завдяки антиретровірусній терапії вони живуть значно довше, і первинна патологія трансформується в хронічні захворювання, які, своєю чергою, ведуть до розвитку геріатричних синдромів.

Геріатричні синдроми прогностично значущі щодо тривалості життя, функціонального стану, якості життя. Їх виявлення означає кардинальні зміни в тактиці й стратегії лікування/обслуговування людей похилого і старечого віку. Різновиди геріатричної оцінки з акцентом на той або інший старечий синдром у розвинутих країнах із розвинутими геріатричними службами використовуються в усіх галузях медичної практики – кардіології, онкології, ендокринології, урології, психіатрії тощо.

Важливість використання комплексної геріатричної оцінки загалом і діагностики геріатричних синдромів, зокрема, у паліативній геріатрії не викликає сумнівів. Виявлення певних геріатричних синдромів допомагає зробити висновок щодо функціонального статусу хворого, сприяє ефективному плануванню паліативних втручань і, головне, визначає основні напрями корекції порушень, що впливають на якість життя.

Паліативна допомога в геріатрії розцінюється як медико-соціальний підхід, спрямований на підвищення якості життя осіб старшого віку, що мають геріатричні синдроми медико-соціального та соціально-психологічного характеру, які зумовлюють обмеження функціонування і високий ризик летальності. Такий підхід дає змогу поліпшити і полегшити організацію якісної паліативної допомоги, зокрема, виділити провідні геріатричні синдроми для уніфікованого відбору пацієнтів.

Згідно з рекомендаціями міжнародної експертної групи Центру спостереження і догляду за людьми похилого віку та невиліковно хворими людьми (BOOЗ, 2011), критеріями для початку паліативного втручання в пацієнтів старшої вікової групи є прогностичні індикатори ризиків летального наслідку: втрата маси тіла понад 10% упродовж останніх 6 місяців, загальний занепад сил, рівень сироваткового альбуміну менше 25 г/л, погіршення загального стану за індексом Карновського або шкалою ECOG-BOOЗ менше 50%, повна залежність від сторонніх.

Але, виходячи із сучасних тенденцій розвитку геріатричної практики, зазначені вище критерії відбору пацієнтів для надання паліативної допомоги необхідно доповнити провідними геріатричними синдромами, які визначають тяжкість клінічної картини, а також життєвий прогноз – пролежні, падіння, мальнутриція тощо.

Для кожного геріатричного синдрому рекомендується спектр спеціальних досліджень, що підкреслює відсутність єдиних стандартів для їх діагностики. Це ілюструють розбіжності в їх визначенні залежно від реалізованих методів. При дослідженні хворих на артеріальну гіпертензію і з рівнем поліморбідності $4,6 \pm 1,2$ захворювань синдром немічності діагностовано у 17,5% пацієнтів – при використанні шкали FRAIL, і в 15% – за критеріями фенотипу Frailty; початкова дряхлість «prefrail» – 67,5% і 45,8% відповідно; синдром когнітивних порушень встановлено у 27% за швидким когнітивним тестом MINI-COG і тільки у 12% за результатами тесту MMSE. Наведені дані засвідчують необхідність розроблення стандартів діагностики геріатричних синдромів і їх менеджменту.

Поліморбідність значною мірою ускладнює критеріальний відбір пацієнтів. Тому надзвичайно важлива саме спеціалізована геріатрична оцінка з виділенням провідних геріатричних синдромів, розроблення уніфікованих критеріїв відбору для надання паліативної допомоги, заснованої не тільки на клінічних, але й на соціальних і функціональних характеристиках.

Висновки. Паліативна допомога в геріатрії є частиною системи спеціалізованої допомоги особам із крайнім ступенем старечої астенії. Це вказує на необхідність спеціалізованої геріатричної оцінки ступеня функціонального дефіциту, діагностики геріатричних синдромів, вік-асоційованих станів із високим ризи-

ком летального наслідку. У кінцевому підсумку все це спрямовано на формування індивідуального плану лікувальних і реабілітаційних заходів, а також плану соціальної та психологічної підтримки.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: *геріатричні синдроми, пацієнти старшого віку.*

УДК 616–053.9–08–039.75:303.022

О. І. Толстих¹, В. А. Толстих²

Складові якості життя паліативного пацієнта. Якість життя осіб похилого та старечого віку

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 94-95; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.94

Актуальність проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги населенню суттєво зросла вже у другій половині, а особливо – наприкінці ХХ сторіччя, у зв'язку з глибокими демографічними та соціальними змінами, що відбуваються в більшості постіндустріальних країн світу і полягають у постарінні населення зі значним накопиченням у популяціях осіб похилого та старечого віку та пов'язаними з цим суттєвими зрушеннями у структурі захворюваності та смертності, особливо серед осіб похилого і старечого віку.

З постарінням населення збільшуються тяжкість і тривалість хвороб, від яких страждають особи похилого та старечого віку, і змінюється розподіл нозологічних форм захворювань, що зумовлюють смертність. Епідеміологія захворюваності та смертності вже сьогодні накладає нові складні організаційні та фінансові проблеми на усі національні системи охорони здоров'я кран, яких це стосується. Особи, старші за 60 років, помирають від хронічних невиліковних хвороб, що тривають упродовж років, зокрема, гіпертонічної хвороби, наслідків інфаркту міокарда та інсульту, злоякісних пухлин, тяжкої патології легеневої системи, дегенеративних уражень головного мозку. Ці хвороби супроводжуються – тільки із суто медичної точки зору – як важкими фізичними і психологічними стражданнями самих пацієнтів, так і в багатьох випадках психічними порушеннями, аж до розвитку виражених депресивних станів. У цьому аспекті важливим стає питання: якими повинні бути дії лікарів у разі необхідності забезпечення довготривалого підтримання функцій хворого пацієнта при зниженні якості його життя.

У зв'язку з цим поняття «якість життя» набуває все більшого значення і використовується у формуванні медичної, соціальної політики та вирішенні проблем адаптації людини до умов існування, що змінилися при старінні та появі невиліковних захворювань, притаманних старості.

Отже, якість життя можна розглядати як інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливості виконання звичайних її функцій відповідно до її соціально-економічного положення. Як визначає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це не тільки відсутність хвороб, але й сукупність емоційного, соціального та фізичного комфорту. Близьке до цього визначення якості життя в Європі, а от американські спеціалісти додають до нього ще й поняття фінансового та духовного благополуччя.

ВООЗ розробила основні критерії якості життя та їхні складові:

1. **Фізичні:** сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок.
2. **Психологічні:** позитивні емоції, мислення, вивчення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання.

3. **Рівень незалежності:** повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків та лікування.

4. **Життя в суспільстві:** особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність.

5. **Навколишнє середовище:** благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність та якість медичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія.

6. **Духовність:** релігія, особисті переконання.

Оцінка якості життя базується на широкому охопленні критеріїв і визначається шляхом виявлення впливу симптомів на самостійність пацієнта, його фізичний, психологічний та духовний стан.

Головною складовою поняття якості життя для людей похилого віку є доступність медико-соціальної допомоги, що передбачає проведення лікувально-профілактичних заходів на підтримку оптимального фізичного, психологічного та соціального комфорту, навіть незалежно від результатів лікування. При цьому вирішальна роль повинна надаватися мультидисциплінарним бригадам, що складаються з лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, психологів, соціальних працівників і доглядальниць.

Особливістю дослідження якості життя пацієнтів похилого віку є те, що здебільшого застосовуються ті ж самі інструменти, що і для інших вікових груп. Окрім загальних опитувальників, використовуються і спеціфічні, розроблені для окремих захворювань, та візуальні аналогові шкали. Опитувальники повинні мати прості запитання, на які пацієнт спроможний відповідати сам і тільки в окремих випадках за допомогою лікаря або когось із членів сім'ї/доглядальників. Особливо слід ураховувати, що фізіологічні особливості людей похилого віку можуть накладати певні обмеження на дослідження якості життя. Найбільш придатним і розповсюдженим є опитувальник SF-36.

Взагалі, дослідження якості життя людей похилого віку становить інтерес для сучасної науки і має величезне практичне значення. Одержані дані дають змогу оцінити суб'єктивне сприйняття ситуації пацієнтами, можуть бути використані для відбору оптимальних лікарських засобів і схем для лікування хворих, що підвищувало б їхню якість життя. Крім того, це сприяло б більш цільовому використанню матеріальних ресурсів та підвищенню психологічного й соціально-економічного стану членів їхніх сімей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: старіння населення, якість життя, критерії життя, оцінка якості життя.

Components of a palliative patient the quality of life. Quality of life of elderly and senile persons

O. Tolstyh¹, V. Tolstyh²

¹Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

²D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the NAMS of Ukraine, Kyiv

In most of the post-industrial countries of the world, profound demographic and social changes are taking place, consisting in the aging of the population with a significant accumulation of elderly and senile people in the populations. This leads to significant shifts in the structure of morbidity and mortality, especially among the elderly and senile persons.

The epidemiology of morbidity and mortality among these patients already today imposes complex organizational and financial problems on all national health systems of the countries concerned. In this regard, the concept of «quality of life» is becoming increasingly important and is used in the formation of medical, social policy and their solution to the problems of human adaptation to living conditions, have changed with aging and the appearance of incurable diseases inherent in old age. Thus, the quality of life can be considered as an integral indicator reflecting the degree of adaptation of a person to a disease and the ability to perform its inherent functions in accordance with its socio-economic situation.

Assessment of the quality of life is based on a wide range of quality of life criteria developed by WHO, such as physical, psychological, level of independence, life in society, environment, spirituality.

The main component of the concept of quality of life for the elderly is the availability of medical and social assistance, which provides for the implementation of treatment and prophylactic measures to maintain optimal physical, psychological and social comfort. A feature of the study of the quality of life of elderly patients is that in most cases the same tools are used as for other age groups.

In general, the study of the quality of life of older people is of interest to modern science, and is of great practical importance. The data obtained can be used to select the optimal drugs and regimens for the treatment of patients, which would improve their quality of life. In addition, this would contribute to a more targeted use of material resources and an increase in the psychological and socio-economic condition of their family members.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: population aging, quality of life, criteria of life, assessment of quality of life.

Тези до рубрики

УДК 614.2:616–058+616–093.75

О. З. Децик, Р. М. Мельник, Ж. М. Золотарьова, З. О. Ціхонь, Р. Є. Ковальчук

Модель організації надання паліативної допомоги дітям

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 96-97; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.96

Вступ. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (2016, 2019), обмежений доступ до педіатричної паліативної допомоги (ППД) у багатьох країнах світу породжує щороку страждання мільйонів дітей, які потребують такої допомоги. На відміну від дорослих, ППД охоплює і дітей, що мають невиліковні захворювання, які закінчуються смертю, і дітей зі станами, що суттєво обмежують їхнє життя, але не обов'язково завершуються смертю, та потребують паліативної допомоги (ПД) поряд із лікуванням і реабілітацією.

Мета – науково обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну модель удосконалення надання паліативної допомоги дітям.

Матеріали та методи. Довідково-статистичні матеріали; дані медико-соціологічного опитування 372 осіб, які фактично здійснюють догляд за дітьми, що потребують ППД; анкетування 578 медичних працівників; дані експертних оцінок 40 незалежних висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров'я. Дослідження проведено на базі 15 закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області.

Результати. Встановлено, що, попри регіональні особливості (нижчі рівні дитячої смертності та вищі показники інвалідності й захворюваності дітей Івано-Франківської області порівняно із загальноукраїнськими), їх тренди та структура приблизно однакові і свідчать про позитивний прогноз щодо зниження смертності немовлят (темпи убутку за 2008–2017 рр. – 27% в Україні та 42% в області) на тлі незначного зростання загальної інвалідності (+5,6% та +4,6% відповідно) і практично незмінних рівнів поширеності хвороб серед дитячого населення. Виявлено, що при існуючій системі збору медичної статистичної інформації неможливо точно визначити популяційну потребу в ППД. Запропоновано спрощену формулу розрахунку потреби в ПД дітям як 30% загальної кількості дітей з інвалідністю на кінець звітного року.

Показано, що родичі важкохворих дітей мали високий рівень запиту на підтримку з боку медичних (88%) і соціальних (74%) працівників, священнослужителів (75%), психологів (72%), педагогів (72%), волонтерів (61%), на потребу в знаннях із догляду за хворою дитиною (48%). При цьому встановлено значний рівень незадоволеності (у середньому 3,31 бала з 5 максимально можливих) і відповідно неналежного використання ними при допомозі дітям послуг лікарів первинної медичної допомоги (45–61% зовсім не зверталися), медичних сестер (60%), реабілітологів (64%), психотерапевтів (71%), соціальних працівників (38%), спеціалізованих закладів паліативної допомоги (17–31%), при переважному зверненні до лікарів-спеціалістів (75%) та стаціонарної високоспеціалізованої допомоги (86%). Респонденти також висловлювали невдоволеність станом забезпечення їхніх важкохворих дітей медикаментами (62%) та засобами спеціального догляду (48–78%).

Виявлено, що наявність важкохворої дитини стає значним соціально-економічним та соціально-психологічним тягарем для суспільства і сім'ї, оскільки догляд за дитиною переважно припадає на плечі членів сім'ї, зокрема жінок (92%) працездатного віку (97%), із високим рівнем освіти (23% – з вищою, 40% – із середньою спеціальною), які змушені не працювати (73%) унаслідок хвороби дитини (87%). З появою такої дитини удвічі знижується матеріальний добробут сім'ї (з 32% до 68% – рівень, нижчий за середній), погіршується звична соціальна активність (60%), стан здоров'я (63,3%) та стосунки в сім'ї (34%), зменшується мотивація до народження інших дітей (42%), зростає незадоволеність життям (88%), страх втратити дитину (85%), невпевненість у майбутньому (66%), відчуття постійної тривоги (53%) та провини перед дитиною (50%).

Опитані медичні працівники показали дефіцит знань щодо змісту (25% опитаних не були достатньо поінформовані), об'єктів та контингентів (53–72%), початку надання ППД (47%) тощо.

Особливості надання паліативної допомоги та догляду в педіатрії

За результатами дослідження науково обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель удосконалення надання паліативної допомоги дітям. Особливостями запропонованої моделі стало внесення до неї, крім існуючих, інноваційних елементів (відділу організаційно-методичної та консультативної допомоги при обласному центрі медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям; реєстру дітей, що потребують паліативної допомоги; індивідуальної програми паліативної допомоги дитини), а також раніше існуючих, але функціонально змінених складових (узгодження дій з організації та надання ППД між медичними працівниками первинної медичної допомоги і спеціалізованої ПД дітям).

Результати експертної оцінки кваліфікованими незалежними експертами запропонованих нововведень засвідчили їх доцільність та вагомість (9,4–9,9 бала за десятибальною оцінкою) для удосконалення надання ППД.

Висновки. Запропоновану функціонально-організаційну модель удосконалення надання ПД дітям можна рекомендувати для впровадження в практику закладів охорони здоров'я України.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: педіатрична паліативна допомога, організація та управління охороною здоров'я.

The model of paediatric palliative care organization

O. Z. Detsyk, R. M. Melnyk, Zh.M. Zolotarova, Z. O. Tsikhon, R. E. Kovalchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Purpose – to substantiate and develop a functional and organizational model to improve the paediatric palliative care.

Materials and methods. It was conducted surveys of 372 relatives of seriously ill children and 578 medical workers in Ivano-Frankivsk region.

Results. The inability of the existing organizational forms of children's palliative care to meet the medical and non-medical needs of seriously ill children and their families has been established. The functional and organizational model of improving the paediatric palliative care is offered. The innovations of the model were: the department of organizational-methodical and consultative care at the regional center of medical rehabilitation and palliative care for children; register of children in need of palliative care; individual program of palliative care for a child. The results of peer review demonstrated the feasibility and predicted efficiency of the model.

Conclusions. To recommend the proposed functional and organizational model of improving the paediatric palliative care for implementation in the practice of health care facilities in Ukraine.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: *paediatric palliative care, health care management.*

Тези до рубрики

УДК 614.23:362.121:616–009.7–082–039.75–039.57

О. П. Брацюнь

Роль сімейного лікаря при наданні паліативної допомоги на амбулаторному рівні

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 98-99; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.98

Розвиток та впровадження паліативної допомоги у світі загалом та в Україні зокрема базується на концептуальних засадах Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо своєчасного лікування болю, зменшення тяжких розладів, пов'язаних із прогресуванням хвороби, надання інтегрованої медичної, психологічної, соціальної та духовної допомоги пацієнтам та членам їхніх сімей для поліпшення якості життя.

Послуги паліативної допомоги слід впроваджувати як у лікарнях, так і за місцем проживання пацієнтів або їхнього тимчасового перебування. У разі надання медичної допомоги на амбулаторному рівні роль надавачів послуг паліативної допомоги покладена переважно на сімейних лікарів.

В Україні на законодавчому рівні роль лікарів загальної практики в наданні паліативної допомоги закріплена у двох документах галузевого рівня: наказах Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 №504 та від 04.06.2020 №1308. Чинні норми вітчизняного законодавства базуються на визначених у всьому світі підходах до надання паліативної допомоги, одним з яких є доступ до ліків для усунення болю, що є додатковим фактором страждання пацієнтів та негативно впливає на якість життя у процесі прогресування хвороби. Відповідно однією з основних функцій лікарів загальної практики в наданні паліативної допомоги визначені оцінка ступеня болю, призначення і виписування рецептів на наркотичні анальгетики для його усунення.

Слід зауважити, що чинними нормами затверджені критерії визначення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, та визначений алгоритм комплексної допомоги та догляду, що передбачає складання плану спостереження, планування супроводу, навчання і консультування доглядальників щодо догляду за пацієнтом та включає визначення потреб, як власне пацієнта, так і його сім'ї. До функцій сімейного лікаря також входить виписування лікарських засобів на пільговій та безоплатній основі відповідно постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 №1303 щодо впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань. Слід зазначити, що в результаті проведеної в Україні реформи охорони здоров'я закріплене отримання послуг паліативної допомоги за рахунок державного бюджету. Заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу і уклали декларацію з Національною службою охорони здоров'я України, отримують кошти для кожного окремого випадку надання послуг паліативної допомоги.

Незважаючи на певний поступ щодо законодавчого врегулювання надання паліативної допомоги в Україні, все ж і надалі існують виклики практичного характеру. Серед них – складність забезпечити лікування больового синдрому через побоювання лікарів призначати морфін, застарілий страх лікарів щодо перевірок правоохоронних органів, відсутність ліцензій в аптеках на обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів; відсутність алгоритму взаємодії на практиці між медичними та соціальними службами, психологами та священнослужителями для надання психологічної та духовної підтримки пацієнтам та членам їхніх сімей тощо.

Дослідження якості життя пацієнтів м. Ужгорода Закарпатської області, яким паліативну допомогу надають сімейні лікарі, показує, що пацієнти, крім страждань від симптомів тяжкої хвороби – болю, закріпів, нудоти, задухи, безсоння – у значній кількості (близько 80%) випадків потребують психологічної, духовної та соціальної допомоги. Низький рівень фізичного, рольового, когнітивного та соціального функціонування пацієнтів вказує на незадовільні можливості сімейних лікарів у забезпеченні комплексних потреб

пацієнтів. Проте, коли у процесі дослідження до надання паліативної допомоги пацієнтам були залучені спеціалісти мобільної паліативної бригади, які у своїй роботі застосовують цілісний мультидисциплінарний підхід та комплексне забезпечення потреб пацієнтів, функціональний стан пацієнтів поліпшився, зріс рівень якості їхнього життя.

З огляду на цей досвід певним поступом до зміни теперішньої ситуації можна вважати те, що з 01 квітня 2020 року 203 комунальні некомерційні заклади охорони здоров'я – мобільні паліативні бригади – уклали контракт із Національною службою здоров'я України з надання послуг паліативної допомоги на амбулаторному рівні. У перспективі співпраця між лікарями загальної практики та командами мобільних паліативних бригад може сприяти цілісному забезпеченню потреб пацієнтів, які потребують паліативної допомоги за місцем перебування. При цьому для надання якісної допомоги слід звернути особливу увагу на обов'язкову підготовку з питань паліативної допомоги всіх спеціалістів новостворених мобільних паліативних бригад.

Отже, правове врегулювання ролі та функцій сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги на амбулаторному рівні є безсумнівно прогресивним кроком у розвитку паліативної допомоги в Україні. Проте існуючий алгоритм надання паліативної допомоги сімейними лікарями на практиці не відповідає забезпеченню комплексних проблем пацієнтів і потребує удосконалення. Тому під час планування надання паліативної допомоги на амбулаторному рівні необхідно налагодити взаємодію сімейних лікарів із мобільними паліативними бригадами, соціальними службами, медичними капеланами тощо для підвищення якості життя пацієнтів та членів їхніх сімей.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: сімейні лікарі; пацієнти, які потребують паліативної допомоги; паліативна допомога на амбулаторному рівні.

Functions of the family doctor in providing palliative care at the outpatient level

O. P. Bratsiun

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

An analysis of the legislative regulation of the functions of a family doctor when providing palliative care at the outpatient level, identification of obstacles and ways to improve care.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: family doctors, patients which need palliative care, palliative care at the outpatient level.

О. М. Рекалова

Віддалені наслідки COVID-19 (огляд літератури)

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 100-104; DOI 10.15574/IJRP.2023.8.100

COVID-19 є особливою новою коронавірусною інфекцією, яка відрізняється від інших сезонних респіраторних вірусних інфекцій та може обумовлювати ураження багатьох органів та систем організму з довготривалими наслідками. У типових випадках гострий період захворювання триває до 2 тижнів, у 35% хворих період одужання подовжується до 6 тижнів, у частини хворих – спостерігається місяцями. Найчастішими скаргами після перенесеного COVID-19 є респіраторні симптоми (у >50% хворих), у 35% – серцеві, у 13% – психоневрологічні симптоми. Основними факторами патогенезу COVID-19 є: блок коронавірусом рецепторів АПФ2; неадекватна реакція імунної системи на вірусну інфекцію («цитокіновий шторм») із розвитком синдрому гіперактивності макрофагів та одночасним пригніченням ключових ланок імунної системи; розвиток васкуліту з гіперкоагуляцією та пошкодженням багатьох органів (синдром позалегенового системного гіперзапалення) на тлі ендотеліальної дисфункції, яка може бути важливим фактором тяжкості перебігу та тривалості симптомів COVID-19. Організуюча пневмонія з порушенням дифузії газів є найпоширенішим ураженням легень після COVID-19. До 30% госпіталізованих пацієнтів мають ознаки ураження міокарда. Нерідко спостерігається патологія центральної нервової системи через потенційні прямі та непрямі механізми ураження, а також пошкодження нирок. SARS-CoV-2 може бути тригером для хвороби Кавасакі. Складність подальшого спостереження за пацієнтами з довгостроковими наслідками COVID-19 обумовлена потребою в спеціалістах різних медичних спеціальностей та багатопрофільній організації, яка б адекватно відповідала потребам сьогодення. Віддалені наслідки COVID-19 продовжують вивчатися.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: коронавірусна інфекція, COVID-19, ускладнення, віддалені наслідки.

Long-term consequences of COVID-19 (review)

E. M. Rekalova

F. G. Yanovsky National Institute of Tuberculosis and Pulmonology of the NAMS of Ukraine, Kyiv

COVID-19 is a new especial coronavirus infection that differs from other seasonal respiratory viral infections and can cause damage to many organs and body systems with long-term consequences. In typical cases, the acute period of the disease lasts up to 2 weeks, the recovery period increases to 6 weeks in 35% of patients, and it is observed for months in some patients. Respiratory symptoms (in >50% of patients), 35% – cardiac and 13% – neuropsychiatric symptoms are the most common after COVID-19. The main factors in the pathogenesis of COVID-19 are: block of ACE2 receptors by coronavirus; inadequate response of the immune system to infection («cytokine storm») with macrophage hyperactivity syndrome and simultaneous suppression of key parts of the immune system; the development of vasculitis with hypercoagulability and damage to many organs (extrapulmonary systemic hyperinflammation syndrome) with endothelial dysfunction, which may be an important factor in the severity and duration of COVID-19 symptoms. Organizing pneumonia with impaired diffusion of gases is the most common lung injury after COVID-19. Up to 30% of hospitalized patients show signs of myocardial damage. Often pathology of the central nervous system is observed due to potential direct and indirect mechanisms of damage, kidney pathology is too. SARS-CoV-2 may be a trigger for Kawasaki disease. The difficulty of further monitoring of patients with long-term consequences of COVID-19 is due to the need for specialists from various medical specialties and a multidisciplinary organization that would adequately meet today's needs. The long-term effects of COVID-19 continue to be studied.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: coronavirus infection, COVID-19, complications, long-term consequences.

Небезпечне захворювання COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), спричинене новим коронавірусом SARS-CoV-2, уже за 7–8 місяців після початку пандемії стало більш зрозумілим для лікарів і вчених

усього світу, при цьому ще не вивчено багато питань, у тому числі віддалені наслідки COVID-19. На початок жовтня 2020 року у світі, за найменшими оцінками, на COVID-19 захворіло понад 33 млн осіб,

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

загибло понад 1 млн в Україні – відповідно понад 200 тис. і 4 тис. осіб.

Установлено, що 50% інфікованих коронавірусом мають безсимптомний перебіг [20]. Серед осіб із симптомами COVID-19 легкий перебіг (у вигляді респіраторної інфекції, іноді – з легкою пневмонією) мають приблизно 81%, тяжке захворювання (із задишкою, гіпоксією або >50% ураження легень) – 14%, критичне захворювання (із дихальною недостатністю, шоком або поліорганною дисфункцією) – 5% хворих, з яких помирають 20% [31]. За досвідом спостережень за хворими на тяжкий гострий респіраторний синдром (SARS), повністю одужало 30–50% пацієнтів, але у 36–62% залишився фіброз легень, а також інші ознаки хвороби [5,23]. За попередніми даними телефонних опитувань, пролонговані симптоми після COVID-19 можуть спостерігатись у 25% молодих людей (віком від 18 до 35 років) без супутньої патології [30]. У типових випадках гострий період захворювання триває до 2 тижнів, у 35% хворих період одужання збільшується до 6 тижнів, у частини хворих – спостерігається місяцями. Найчастішими скаргами після перенесеного COVID-19 є респіраторні симптоми (задишка, кашель, біль у грудях) – понад 50%, серцеві (біль у ділянці серця, порушення ритму, задишка) – у 35%, психоневрологічні (слабкість, запаморочення, ослаблення пам'яті) – у 13%.

Щоб зрозуміти, як лікувати, потрібно знати патогенез захворювання. Дві основні фази, що перекриваються, становлять ключові патогенні події при COVID-19: гостра фаза, представлена вірусною інфекцією з подальшою імунною/запальною реакцією та наступними наслідками [27].

Вірус SARS-CoV-2 проникає в організм людини через зв'язування з рецепторами клітин господаря. Так, глікопротеїн-шип SARS-CoV-2 зв'язується з АПФ2 (ангіотензинперетворюючим ферментом 2), рецептором сілової кислоти, трансмембранною сериною протеазою 2 (TMPRSS2) та індуктором металопротеїнази позаклітинної матриці (CD147) і через них проникає в клітини [7]. Основний – це трансмембранний рецептор АПФ2, який найширше експресується в різних легеневих клітинах, у тому числі альвеолярних клітинах II типу, макрофагах, ендотеліальних, гладком'язових клітинах і периваскулярних перичитах [8]. Але рецептор АПФ2 широко представлений також у верхніх дихальних шляхах, серці, центральній нервовій системі, нирках, печінці, очах, кишечнику, кровоносних судинах. Тому, як вважають, при COVID-19 можуть уражатися різні органи.

Основними факторами патогенезу COVID-19 є:

– блок рецепторів АПФ2 коронавірусом SARS-CoV-2 (із накопиченням ангіотензину II) викликає

множинні патології в різних органах та спричиняє розвиток фіброзу, гіпертрофії та запалення, гострого респіраторного дистрес-синдрому, набряку легень, міокардиту тощо;

– неадекватна реакція імунної системи на вірусну інфекцію – «цитокіновий шторм» – з виділенням у кров надмірної кількості прозапальних факторів із розвитком синдрому гіперактивності макрофагів і гемофагоцитарного синдрому (гемофагоцитарного лімфогістоцитозу) з одночасним пригніченням ключових ланок імунної системи: з атрофічними змінами селезінки та лімфатичних вузлів, паралельно зі зниженням у них кількості лімфоцитів [9,20]. Це провокує бурхливий напад імунної системи на організм із некрозом уражених клітин, подальшим збільшенням проникності кровоносних судин, прогресуванням запалення та призводить до розвитку гострого респіраторного дистрес-синдрому, поліорганної недостатності;

– розвиток васкуліту з гіперкоагуляцією та пошкодженням багатьох органів (синдром позалегенового системного гіперзапалення), що може бути обумовлене прямим пошкодженням ендотеліальних клітин вірусом (може призводити до інфаркту, інсульту, синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання, антифосфоліпідного синдрому, васкуліту) [1,4,14]. Пряме інфікування ендотеліальних клітин через рецептор АПФ2 та вивільнення запальних цитокінів призводять до активації та дисфункції ендотелію, активації тромбоцитів, утворення фібринового згустку. Перехрещування запалення та тромбозу призводить до тяжкої запальної реакції, що виникає в альвеолах [13].

Розвиток ендотеліальної дисфункції при COVID-19 може пояснити, чому найтяжчими пацієнтами є особи похилого віку за наявності певних супутніх захворювань, при яких відмічається системна ендотеліальна дисфункція: гіпертонія (17–57%), ожиріння (41%), цукровий діабет (8–34%), серцево-судинні та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), нирок, онкологічні захворювання (гематологічні, рак легень, метастатичні захворювання) [10,12]. Установлено, що факторами ризику смерті (після коригування віку та статусу куріння) є злоякісні пухлини, хронічне обструктивне захворювання легень, діабет, гіпертонія [15,27,29]. Отже, ендотеліальна дисфункція може бути важливим фактором тяжкості перебігу та тривалості симптомів COVID-19.

A. Carfi та співавт. (2020) провели дослідження стосовно віддалених наслідків у 143 хворих за 2 місяці після перенесеного COVID-19 (серед них 73% перенесли пневмонію, 5% були на інвазивній вентиляції; жоден із пацієнтів не мав температури або будь-яких ознак чи симптомів гострого захворюван-

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

ня) та встановили, що 13% перехворілих осіб не мали симптомів, у 32% визначалися 1 або 2 симптоми, 55% мали понад 3 симптоми, а у 44% пацієнтів погіршилася якість життя [3].

У хворих, які перебували у відділенні інтенсивної терапії, відмічалися додаткові симптоми [20,21]. Пролонгована штучна вентиляція легень часто спричиняла недостатність харчування з втратою м'язової маси і функцій та асоціювалася зі зниженням якості життя і втратою автономності. Когнітивні порушення (мислення, свідомість) були у 30% хворих, психічні (тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад) – у 30%, фізичні порушення спостерігалися протягом 2–4 тижнів після виписки. Близько половини людей отримали нову серйозну інвалідність і не повернулись до роботи.

Серед наслідків пневмонії при COVID-19 може відмічатися майже повне розсмоктування легеневих інфільтратів протягом 6 тижнів, а також ознаки організуючої пневмонії з бронхоектазами вже за 3 тижні, залишкові паренхіматозні ущільнення часто з формуванням фіброзу (організуюча пневмонія) – від невеликих зон до тотального інвалідизуючого інтерстиціального пневмофіброзу [24]. Але довгостроковий ефект COVID-19 все ще значною мірою не відомий. Організуюча пневмонія з порушенням дифузії газів є найпоширенішим ураженням легень після COVID-19 [26]. Порушення дифузії газів у крові (TLCO <80%) спостерігається в половини пацієнтів після пневмонії та у 80% після важкого ураження легень, на тлі нормальних показників спірометрії в 90% випадків. Рентгенологічні та функціональні ознаки uszkodження легень можуть не корелювати з клінічною симптоматикою. Більшість пацієнтів можуть повернутися до роботи і нормального життя.

До 20–30% пацієнтів, госпіталізованих із COVID-19, мають ознаки ураження міокарда, що маніфестує підвищенням рівня тропоніну, ускладнює стан хворих та обумовлює наявність довготривалих наслідків [22]. Ураження серця можуть бути представлені широким спектром uszkodжень міокарда, зокрема, розвитком гострого міокардиту, субклінічних систолічних/діастолічних відхилень, інфарктами та мікроінфарктами, вентрикулярним та артеріальним фіброзом унаслідок ішемічної та неішемічної кардіопатії, фібриляцією передсердь [6,17,25]. Також можливий ризик зупинення серця у зв'язку з виникненням передчасного шлуночково-го комплексу та вентрикулярної тахікардії. Серцеві ускладнення при COVID-19 можуть виникати при різній тяжкості перебігу інфекції (як при легкій, так і тяжкій формах) та обумовлюватися іноді II типом інфаркту міокарда на тлі кисневої недостатності, з гострим підйомом ST-сегмента на тлі інфаркту,

тромбозами/емболіями, мікроемболіями, гіперадренергічним статусом, виділенням прозапальних та інших факторів при «цитокіновому штормі», прямою вірусною інвазією, взаємодією з жировою тканиною епікарда. Іноді клінічні прояви COVID-19 починаються з клінічної картини інфаркту міокарда.

Інфікування вірусом SARS-CoV-2 нерідко може призводити до патології головного мозку через потенційні прямі та непрямі механізми: 1) речовини «цитокінового шторму» можуть пошкодити інтактний гематоенцефалічний бар'єр і судини; 2) унаслідок протромботичного стану мозкових судин з ураженням головного мозку; 3) шляхом безпосередньої інвазії коронавірусу в нейрони, ендотеліальні клітини [2].

Унаслідок перелічених процесів можуть виникати клінічні симптоми у вигляді: 1) проявів із боку центральної нервової системи (запаморочення, головного болю, порушення свідомості), що може спричинити довгострокові когнітивні порушення (зокрема, дефіцит пам'яті); 2) гострих цереброваскулярних захворювань (атаксії, судом); 3) проявів із боку периферичної нервової системи (порушення смаку, нюху, погіршення зору, нервового болю, м'язової слабкості, оніміння, печіння або поколювання) [25]. Деякі ускладнення можуть виникати навіть за дватри тижні після початку захворювання.

У пацієнтів старшого віку може спостерігатися атипова картина захворювання без лихоманки, кашлю, задишки, але з делірієм, маренням, падіннями, виразною слабкістю, а також із кон'юнктивітом, тахікардією та зниженням артеріального тиску [20]. Симптоми COVID-19 при цьому можуть бути легкими і не відповідати тяжкості захворювання та серйозності прогнозу. Під час тривалого одужання в пацієнтів старшого віку спостерігається високий ризик падіння, пов'язаний з низькою толерантністю до фізичного навантаження, загальною слабкістю, астеноїєю, зниженням сили у зв'язку з нейропатією, міопатією, порушеннями координації.

Аносмія (відсутність нюху) при COVID-19 зустрічається у 34–68% хворих із переважанням жінок. Аносмія є дуже специфічним симптомом COVID-19 (особливо, коли відсутні закладеність носа або ринорея) і може тривати кілька місяців [6,18]. Аносмія і дисгевзія (порушення смаку) можуть виникати самі по собі або супроводжуватися іншими симптомами (сухий кашель). Передбачається, що ці стани пов'язані з вірусним ураженням мозку, куди SARS-CoV-2 потрапляє через порожнину носу та нюхову цибулину.

Гостре пошкодження нирок визначають у понад 20% тяжкохворих або померлих пацієнтів із COVID-19, що також пов'язано з uszkodженням

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

коронавірусами ендотеліальних клітин капілярів клубочків у хворих на COVID-19, часто – у разі відсутності інтерстиціальних запальних інфільтратів у нирках [27,28]. Це також може призводити до тривалого патологічного стану та обумовлює необхідність реабілітаційних заходів у періоді реконвалесценції.

Останнім часом показано, що SARS-CoV-2, може бути тригером для хвороби Кавасакі – гострого гарячкового системного дитячого васкуліту, найчастішими скаргами при якому є лихоманка понад 3 дні, біль у животі, блювання, діарея, почервоніння очей і висипання на тулубі, частіше – з легкими респіраторними симптомами або без них [11,16]. Діти, які страждають на це захворювання, є дуже хворими і мають ознаки та симптоми запалення в багатьох внутрішніх органах (кишечник, серце, легені, нирки).

Отже, легені є першим органом-мішенню для інфекції SARS-CoV-2, проте патологічні зміни можуть поширюватися на різні органи, у тому числі серце, мозок, кровоносні судини, нирки, кишечник тощо. При цьому для лікування таких хворих з ураженням

багатьох органів, викликаним COVID-19, потрібний мультидисциплінарний підхід [25].

Складність подальшого спостереження за пацієнтами з довготривалими наслідками COVID-19 обумовлена потребою в спеціалістах різних медичних спеціальностей та багатопрофільній організації, яка б адекватно відповідала потребам сьогодення. Денні стаціонари для таких хворих Італії та США [2,25]. Клініки надають інгалятори, пропонується легенева реабілітація, у тому числі поступові аеробні вправи з контролем кисню, фізіотерапія, трудотерапія, а також інгаляції муколітиків і дренажні дихальні вправи. Проводиться нейропсихологічна оцінка та корекція когнітивних функцій (уваги, пам'яті, мови), особливо в молодих пацієнтів.

Отже, COVID-19 є новою особливою коронавірусною інфекцією, яка відрізняється від інших сезонних респіраторних вірусних інфекцій та може обумовлювати ураження багатьох органів і систем організму з довготривалими наслідками, які продовжують вивчатися.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Abou–Ismail MY, Diamond A, Kapoor S et al. (2020). The hypercoagulable state in COVID-19: Incidence, pathophysiology, and management. Review Article. 194: 101–115. doi: 10.1016/j.thromres.2020.06.029.
2. Aghagoli G, Marin BG, Katchur NJ et al. (2020). Neurological Involvement in COVID-19 and Potential Mechanisms: A Review. Neurocritical Care. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12028-020-01049-4>.
3. Carfm A, Bernabei R, Landi F et al. (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 324 (6): 603–605. doi: 10.1001/jama.2020.12603.
4. Costanzo L, Palumbo FP, Ardita G et al. (2020). Coagulopathy, thromboembolic complications, and the use of heparin in COVID-19 pneumonia. Venous and lymphatic disease in the COVID-19 pandemic. 8 (5): 711–716.
5. DePinho R. (2020). Looming Health Crisis: Long Term Effects from Covid-19. URL: <https://rondepinho.com/insight/looming-health-crisis-long-term-effects-from-covid-19/>.
6. ESC. (2020). Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. URL: <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>.
7. Estipona D. (2020). The Molecular Targets of SARS-CoV-2. URL: <https://www.biocompare.com/Editorial-Articles/563489-SARS-CoV-2-Molecular-Targets>.
8. Gheblawi M, Wang K, Viveiros A et al. (2020). Angiotensin-Converting Enzyme 2: SARS-CoV-2 Receptor and Regulator of the Renin-Angiotensin System. Circulation Research. 126: 1456–1474. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.120.317015.
9. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y et al. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 55 (5): 2000547. doi: 10.1183/13993003.00547-2020.
10. Huang C, Wang Y, Li X et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 395: 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
11. Khan KS, Ullah I. (2020). SARS-CoV-2 causes Kawasaki-like disease in children: Cases reported in Pakistan. J Med Virol. doi: 10.1002/jmv.26340.
12. Kincaid E. (2020). COVID-19 Daily: Doctor Support Hotline. New Mortality Data. URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/929383>.
13. Labm N, Ohnuki H, Tosato G. (2020). Vasculopathy and Coagulopathy Associated with SARS-CoV-2 Infection. Cells. 9 (7): 1583. doi: 10.3390/cells907158.
14. Lemke G, Silverman GJ. (2020). Blood clots and TAM receptor signalling in COVID-19 pathogenesis. Nature Reviews Immunology. 20: 395–396.
15. Leung JM, Yang X, Tam A et al. (2020). ACE-2 Expression in the Small Airway Epithelia of Smokers and COPD Patients: Implications for COVID-19. Eur Respir J. 55 (5): 2000688.

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

16. Link springer. (2020). Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. *Aging Clinical and Experimental Research*. 32: 1613–1620. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01616-x>.
17. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. (2020). Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System. *A Review*. *JAMA Cardiol*. 5 (7): 831–840. doi: 10.1001/jamacardio.2020.1286.
18. Meng X, Deng Y, Da Z et al. (2020). COVID-19 and anosmia: A review based on up-to-date knowledge. *Am J Otolaryngol*. 41 (5): 102581. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102581.
19. Mikkelsen ME, Still M, Anderson BJ, Bienvenu OJ. (2020). Society of Critical Care Medicine's International Consensus Conference on Prediction and Identification of Long-Term Impairments After Critical Illness. *Crit Care Med*. 48 (11): 1670–1679. doi: 10.1097/CCM.0000000000004586.
20. Minzdrav. (2020). Vremennyye metodicheskie rekomendatsii «Profilaktika, diagnostika i lechenie novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19»: 8. [Минздрав. (2020). Временные методические рекомендации «Профилактика диагностики и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19»: 8]. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attachements/000/051/777/original/030902020_COVID-19_v8.pdf.
21. Mitrani RD, Dabas N, Goldberger JJ. (2020). COVID-19 cardiac injury: Implications for long-term surveillance and outcomes in survivors. *Contemporary Review*. *Heart Rhythm Society*: 1547–5271.
22. Ngai JC, Ko FW, Ng SS et al. (2010). The long-term impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity and health status. *Respirology*. 15 (3): 543–50. doi: 10.1111/j.1440-1843.2010.01720.x.
23. Ouldali N, Pouletty M, Mariani P et al. (2020). Emergence of Kawasaki disease related to SARS-CoV-2 infection in an epicentre of the French COVID-19 epidemic: a time-series analysis. *The Lancet*. 4 (9): 662–668. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30175-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30175-9/fulltext).
24. Rouger M. (2020). Why we need a global view of COVID-19. URL: <https://healthcare-in-europe.com/en/news/why-we-need-a-global-view-of-covid-19.html>.
25. Salehi S, Reddy S, Gholamrezanezhad A. (2020). Long-term Pulmonary Consequences of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of Thoracic Imaging*. 35 (4): W87-W89. doi: 10.1097/RTI.0000000000000534.
26. Sardu C, Gambardella J, Morelli MB et al. (2020). Hypertension, Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. *J Clin Med*. 9 (5): 14–17. doi: 10.3390/jcm9051417.
27. Su H, Yang M, Wan C et al. (2020). Renal histopathological analysis of 26 postmortem findings of patients with COVID-19 in China. *Kidney Int*. 98 (1): 219–227. Epub 2020 Apr 9. doi: 10.1016/j.kint.2020.04.003.
28. Sun X, Wang T, Cai D, Hu Z. (2020). Cytokine storm intervention in the early stages of COVID-19 pneumonia. *Journal Pre-proof*. *Cytokine & Growth Factor Reviews*: 53. doi: 10.1016/j.cytogfr.2020.04.002.
29. WHO. (2022). What we know about Long-term effects of COVID-19. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2.
30. Wu Z, McGoogan JM. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
31. Yang X, Yu Y, Xu J et al. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

Відомості про автора:

Рекалова Олена Михайлівна — д.мед.н., ст.н.с., зав. лабораторією клінічної імунології ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Тези до рубрики

УДК 616.36-002+616.36-004-036.8-089.843-089.168.85

І. А. Зайцев

Противірусна терапія хворих на декомпенсований цироз унаслідок хронічного гепатиту С: за і проти

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 105-106; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.105

Поява препаратів прямої дії (ППД) зняла обмеження на проведення етіотропної терапії гепатиту С у хворих на декомпенсований цироз печінки (дЦП). Причому ймовірність розвитку стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) лише на 5–10% нижча за таку у хворих із компенсованим захворюванням печінки. Тільки в частки хворих на дЦП після лікування від гепатиту С настає зворотний розвиток симптомів. У більшості ж лікування від гепатиту С мало змінює прогноз, який, як і раніше, визначається ризиком розвитку ускладнень ЦП і ГЦК. У зв'язку з цим виникає питання про доцільність противірусної терапії хворих на дЦП, яке в Україні має деякі, відмінні від розвинених країн, особливості.

За кордоном питання про лікування ППД хворих на дЦП розглядають лише в плані першочерговості противірусної терапії або виконання трансплантації печінки. Лікування до трансплантації дає змогу запобігти ризику інфікування трансплантата, однак дефіцит часу не завжди дозволяє зробити це вчасно. У такому разі лікування проводять після трансплантації печінки, що є складнішим, але ж цілком імовірним завданням. Отже, лікування ППД за кордоном завжди має сенс, запобігаючи інфікуванню трансплантата або ж дозволяючи попередити швидкий розвиток цирозу на тлі імуносупресивної терапії в трансплантованій печінці. В Україні, де трансплантацію печінки, як і раніше, виконують невинувато рідко, доцільність лікування дЦП ППД визначають виключно їх здатністю впливати на майбутню тривалість життя.

В одному з останніх опублікованих досліджень на цю тему [1] з 642 пацієнтів із дЦП померли під час лікування 7 осіб, протягом першого року спостереження – 44, ще 22 пацієнтам провели трансплантацію печінки (5 – під час лікування, 17 – після). Отже, виживання в наведеному дослідженні у хворих із вихідним MELD 10–15 становило 96,0%, 93,6%, 89,7% протягом, відповідно, 1, 2, 3 років після лікування ППД, а у хворих з MELD ≥ 16 –85,9%, 82,4%, 71,7%, відповідно. У 13 пацієнтів з MELD 10–15 і 3 пацієнтів з MELD > 16 розвинулася ГЦК.

Незважаючи на високі показники УВО, зміни показників MELD і печінкових проб при короткостроковому і довгостроковому спостереженні в пацієнтів із дЦП незначні. У цитованому дослідженні загальна середня короткострокова зміна MELD становила < 1 бал, а клінічно значуще поліпшення ≥ 3 балів MELD відбулося тільки у 24% пацієнтів. Предикторами цього поліпшення були жіноча стать, вік < 60 років, високий вихідний рівень АЛТ (≥ 60 Од/мл) і вихідний MELD ≥ 16 . За даними інших досліджень, поліпшення в межах 2 балів MELD зустрічалось у 40% хворих на дЦП з УВО. У решти 60% ситуація порівняно з вихідною не змінювалася або погіршувалася, тобто противірусна терапія набуває рис паліативної, яка поліпшує якість життя пацієнтів, але не впливає на результат захворювання.

Висновки. При короткочасному спостереженні за хворими на дЦП, яких вилікували від гепатиту, зниження MELD ≥ 3 балів спостерігається в чверті пацієнтів, однак при подальшому довгостроковому спостереженні середні зміни MELD, білірубину і альбуміну є мінімальними. У зв'язку з тим, що такі хворі схильні до високого ризику розвитку ускладнень цирозу, вони повинні перебувати під постійним медичним наглядом.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: вірусний гепатит, цироз, противірусний препарат прямої дії, трансплантація печінки, смертність, виживаність, прогноз.

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

Antiviral therapy for patients with decompensated cirrhosis due to chronic hepatitis C: pros and cons

I. A. Zaitsev

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The effectiveness of hepatitis C treatment in patients with decompensated cirrhosis is about 90%. Further prognosis of the disease depends on liver cirrhosis. Since in Ukraine liver transplantation is not available to most patients, the question of the economic feasibility of treating such patients remains open.

According to the literature data, the survival rate in patients with cirrhosis and baseline MELD 10–15 is 96.0%, 93.6%, 89.7% within, respectively, 1, 2, 3 years after PPD treatment, and in patients with MELD ≥ 16 —85.9%, 82.4%, 71.7%, respectively. The overall mean short-term change in MELD was less than one point, and a clinically significant improvement of 3 MELD points occurred in only 24% of patients. According to other studies, an improvement within 2 points of MELD occurs in 40% of patients with decompensated cirrhosis with SVR. In the remaining 60%, the condition does not change or worsens, i. e. antiviral therapy acquires the features of a palliative therapy that improves the quality of life of patients, but does not affect the outcome of the disease.

The feasibility of prescribing antiviral therapy in patients with decompensated liver cirrhosis can be determined using the calculator, which assesses the likelihood of reaching CPT-A and the risk of death during the first year of follow-up.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: viral hepatitis, cirrhosis, direct acting antiviral drug, liver transplantation, mortality, survival, prognosis.

References/Література

1. Verna EC et al. (2020). DAA therapy and long-term hepatic function in advanced / decompensated cirrhosis: Real-world experience from HCV-TARGET cohort. *J hepatology*. 73: 540–548.

УДК 616.98:616-08-039.15

С. В. Рябоконь

Паліативна допомога хворим на СНІД. Міфи та реалії

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 106-107; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.106

Перші звістки про випадки ВІЛ-інфекції з'явилися близько 40 років тому. За цей час хворобу встигли охарактеризувати від «епідемії найстрашнішого захворювання нового покоління – вірус СНІДу» та «чуми ХХ століття» до «хронічного інфекційного контрольованого захворювання» з надзвичайно широким поліморфізмом клінічних проявів. Ще 20–30 років тому вважали, що всі ВІЛ-інфіковані люди рано чи пізно потребуватимуть паліативної допомоги, проте сьогодні, з появою надзвичайно ефективних, нетоксичних, зручних для застосування схем антиретровірусної терапії (АРТ), стало зрозуміло, що люди, які мають ВІЛ та отримують АРТ, доживають до старості та помирають від причин, безпосередньо не пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Слід зауважити, що шанси на відновлення імунної системи і тривалість якісного життя в людей, які мають ВІЛ, прямо залежать від вчасності початку АРТ і прихильності пацієнта до лікування.

Серед особливостей клінічного перебігу ВІЛ-інфекції та трактувань і міфів, які оточують сферу ВІЛ, слід зазначити:

1. ВІЛ-інфекція не має безпосередньо «своїх» клінічних проявів, вона характеризується прогресивним ураженням імунної системи і зниженням здатності організму «опиратись» іншим, здебільшого інфекційним агентам (бактеріям, вірусам, грибкам тощо). Прояви інших інфекційних захворювань і є «клінічними проявами ВІЛ».

2. Починати лікування ВІЛ потрібно якомога раніше, проте ніколи не пізно. Описано безліч випадків, коли в пацієнтів навіть із нулем клітин СД4 в мкл на тлі АРТ відновлюється імунна система.

3. Термін «СНІД» ще вживається в загальноінформаційних матеріалах для широкого кола населення та в епідеміологічних термінах, як маркер пізніх стадій ВІЛ-інфекції, проте вже не несе клінічної цінності і не характеризує тяжкість стану пацієнта або прогноз захворювання. Пацієнт зі СНІДом може успішно прожити десятки років на АРТ.

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

4. Люди з ВІЛ-інфекцією не є якоюсь окремою віддаленою групою, вони є серед наших друзів, знайомих, колег. На сьогодні, за різними даними, в Україні кількість осіб, які мають ВІЛ-інфекцію, але не знають про власний статус коливається в межах між 70–100 тис. Середньостатистичний пацієнт із ВІЛ-інфекцією, який не знає про власний статус, не належить до представників уразливих груп населення (ЧСЧ, РКС, ЛВІН), не має жодних (або легкі неспецифічні) клінічних проявів інфекції та інфікувався статевим шляхом.

5. Випадки інфікування ВІЛ під час надання меддопомоги вкрай рідкісні. В Україні щороку документується близько 1000 травм, пов'язаних із ризиком інфікування ВІЛ, проте жодного випадку інфікування після курсу ПКП ще не зафіксовано.

Отже, надання паліативної допомоги для пацієнта з ВІЛ-інфекцією має певні особливості:

– спектр і обсяг паліативної допомоги значно варіюють залежно від тієї інфекції/захворювання, яке має пацієнт. За частотою випадків смерті серед пріоритетних – туберкульоз, ураження центральної нервової системи (менінгоенцефаліти різних етіологій, у тому числі церебральний токсоплазмоз), пневмоцистна пневмонія, онкологічні захворювання;

– одночасно з паліативною допомогою пацієнтові надається АРТ (етіотропне лікування ВІЛ);

– у більшості випадків люди, які мають ВІЛ, потребуватимуть паліативної допомоги у зв'язку з іншим інфекційним захворюванням, яке теж потребує етіотропного лікування;

– величезною перешкодою для пацієнта, який потребує паліативної допомоги і планує звернутися по неї, є страх розголошення ВІЛ-статусу, тобто профілактика стигматизації і дискримінації мають бути невід'ємними компонентами паліативної допомоги.

Під час підготовки огляду використано такі сучасні міжнародні джерела:

- <https://www.intechopen.com/books/palliative-care/palliative-care-in-hiv-aids>;
- <https://www.uptodate.com/contents/issues-in-hiv-aids-in-adults-in-palliative-care>;
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956685/>;
- <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-03-05>.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, паліативна допомога.

УДК 614.2:616–082:616–08.039.75:616–036.17

Я. С. Терлеєва, О. С. Зайцева, І. В. Кузін

Сучасний стан паліативної допомоги при туберкульозі: бар'єри та перспективи

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 107-110; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.107

Туберкульоз (ТБ) залишається однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я і є однією з 10 провідних причин смерті у світі. ТБ – головна причина смертності ВІЛ-позитивних людей. У 2018 р. у світі на ТБ захворіли близько 10 млн осіб, і 1,45 млн осіб померли від цієї хвороби, при цьому ТБ є виліковною хворобою [7].

Упродовж останніх п'яти років в Україні зберігалася стійка тенденція до поступового зниження рівня смертності від ТБ у середньому на 8% на рік, із 10,8 на 100 тис. населення в 2015 р. до 8,8 на 100 тис. населення у 2019 р., за даними офіційної статистики (рис.).

Туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), як і раніше, є кризою в галузі охорони здоров'я. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), із 558 тис. нових випадків ТБ зі стійкістю до рифампіцину (ефективного антимікобактеріального препарату першого ряду) у 82% випадків був МЛС-ТБ [7].

Майже 90% усіх випадків МЛС-ТБ у світі реєструється в 20 країнах: Бангладеш, Китай, Корейська Народно-Демократична Республіка, Демократична Республіка Конго, Ефіопія, Індія, Індонезія, Казахстан, Кенія,

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

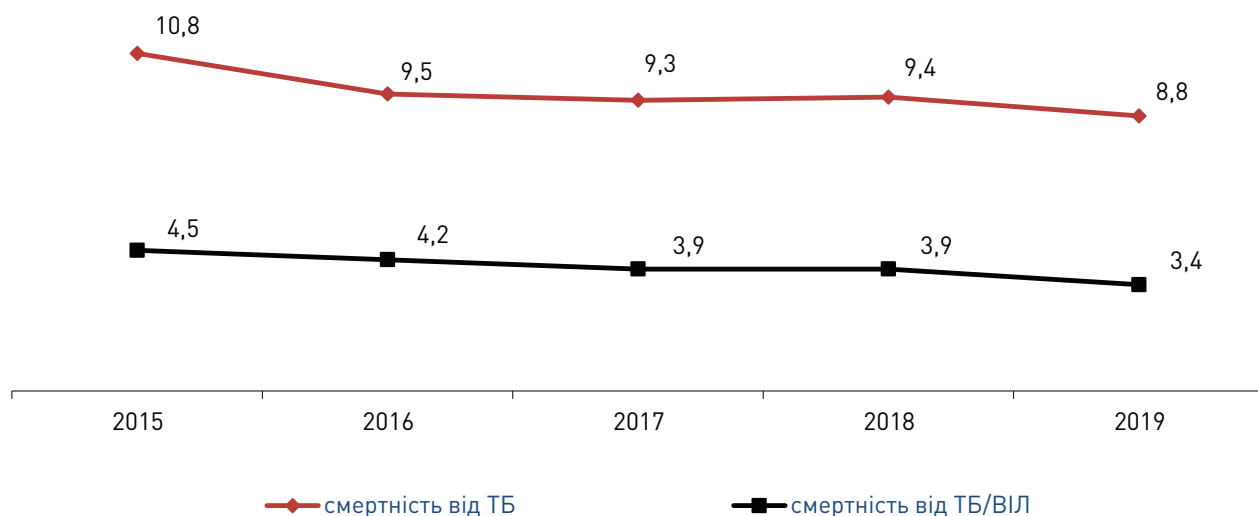


Рис. Смертність від туберкульозу та туберкульозу/ВІЛ на 100 000 населення в Україні за період 2015–2019 рр.

Мозамбік, М'янма, Нігерія, Пакистан, Філіппіни, Російська Федерація, Південна Африка, Таїланд, Україна, Узбекистан, В'єтнам [7].

За даними 2019 р., в Україні у 5908 осіб уперше в житті зареєстровано МЛС-ТБ. Цей показник на 100 000 населення знижується в середньому на 7% упродовж останніх трьох років [5].

Незважаючи на застосування комплексного підходу щодо забезпечення доступу до якісного лікування, ефективність лікування залишається недостатньою. Відсоток успішного лікування серед нових випадків і рецидивів по країні становить 76% (в Європейському регіоні – 76%, у світі – 85%), а серед раніше пролікованих хворих – 59% (в Європейському регіоні – 59%, середньосвітовий – 61%). Відсоток успішності серед МЛС-ТБ – 49%, в Європейському регіоні – 57%, середньосвітовий показник – 56%. Відсоток успішного лікування серед ТБ із широкою лікарською стійкістю – 37%, в Європейському регіоні – 39%, у світі – 39% [6]. Основні причини низького результату лікування МЛС-ТБ – високий рівень невдач лікування, втрат від подальшого спостереження та смертність в Україні (18%, 15% і 15% відповідно) [5].

За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, серед випадків МЛС-ТБ, які перебувають на паліативному лікуванні, є некурабельні випадки захворювання у зв'язку з пізнім виявленням, випадки з вичерпаними резервами хіміотерапії через високі рівні стійкості мікобактерій ТБ (МБТ) до наявних лікарських засобів із неможливістю призначити лікування або випадки з низькою прихильністю до лікування, яким потенційно можливо призначити повторний курс лікування.

Уперше за останні десятиліття доступність нових препаратів, таких як бедаквілін та деламанід, дає змогу застосовувати ефективні та безпечні схеми лікування МЛС-ТБ та охопити лікуванням переважну більшість випадків МЛС-ТБ.

Тягар випадків із невиліковними формами МЛС-ТБ, у яких зберігається бактеріовиділення, становить загрозу поширення резистентних штамів МБТ у суспільстві (п'ятирічний рівень виживання за широкої лікарської стійкості становить 23%).

Основними цільовими групами, які потребують паліативного догляду, є люди з МЛС-ТБ, при цьому паліативний догляд може бути необхідним для всіх категорій пацієнтів на будь-якому етапі надання медичної допомоги у зв'язку з вираженим впливом на якість життя пацієнта. У 2010 р. за ініціативи туберкульозного співтовариства створено партнерство між ВООЗ, Всесвітнім альянсом паліативної допомоги в хоспісах та Міжнародною ініціативою Фонду відкритого суспільства щодо паліативної допомоги для вивчення способів підвищення рівня компетенції фахівців із ТБ для надання паліативної допомоги своїм пацієнтам.

Глобальна програма проти ТБ ВООЗ закликає до досягнення нульового рівня нових випадків ТБ, смертності та нульового рівня страждання людей з ТБ. Відповідно до Цілей Стійкого Розвитку, країнам необхідно ліквідувати епідемію ТБ до 2030 р.

Право на паліативну допомогу та полегшення болю є зобов'язанням систем охорони здоров'я відповідно до міжнародного законодавства про права людини. В Україні впровадження сучасних підходів до орга-

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

нізації надання паліативної допомоги хворим на ТБ є складовою державної політики щодо забезпечення якісної і доступної протитуберкульозної медичної допомоги. Відповідно до Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам, на період до 2030 р. заходи з реалізації державних стратегічних цілей у сфері протидії ТБ передбачають удосконалення системи організації та надання протитуберкульозної допомоги за всіма напрямками, у тому числі паліативної допомоги, що потребує гармонізації із законодавством Європейського Союзу та впровадження політик ВООЗ [1].

Загальні принципи щодо організації паліативної допомоги передбачають комплекс заходів для всіх програмних напрямів з урахування особливостей нозологій. Впровадження принципів доказової медицини в сучасну медичну практику регламентовано можливістю застосування міжнародних джерел клінічних настанов, у тому числі з питань паліативної допомоги, відповідно до наказу МОЗ України від 28.09.2012 №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України» [3].

Поточні рекомендації ВООЗ з організації надання паліативної допомоги регламентовані програмним керівництвом із планування та впровадження послуг із паліативної допомоги від 2016 р. [6] (український переклад доступний на сайті Центру громадського здоров'я за посиланням <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/kerivni-dokumenty-z-tb>).

Вузькопрофільні питання профілактики, діагностики, лікування та догляду при ТБ, у тому числі з лікарською стійкістю, з урахуванням сучасних настанов та керівництв ВООЗ, кращих практик ВООЗ, урегульовані Стандартами охорони здоров'я при ТБ [4].

При цьому рівний доступ до належного рівня контролю болю та дихальної недостатності є обмеженим у зв'язку з недостатнім рівнем знань і ресурсного забезпечення. Залишаються суттєві бар'єри, включаючи недостатню компетенцію персоналу з питань паліативної допомоги пацієнтам та сім'ям, наприклад, щодо фізичних, психосоціальних, соціальних і духовних аспектів, а також незабезпечену потребу в ресурсах.

Під час надання паліативної допомоги пацієнтам із ТБ слід дотримуватися вимог безпеки з урахуванням ризиків інфікування медичних фахівців і членів родини відповідно до наказу МОЗ від 01.02.2019 №287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17.04.2019 за №408/33379. В умовах сучасних реалій запровадження заходів інфекційного контролю обмежується недостатніми політичною прихильністю та фінансуванням галузі для модернізації протитуберкульозних закладів.

Станом на 01.01.2020 у протитуберкульозних закладах України функціонувало 927 ліжок для надання паліативної допомоги, створених на рівні кожного регіону, проте їхнє матеріально-технічне забезпечення потребує перегляду з урахуванням сучасного уявлення про паліативну допомогу та заходів з інфекційного контролю.

У 2014 р. перша у світі Глобальна резолюція ВООЗ щодо паліативної допомоги закликала держави-члени поліпшити доступ до паліативної допомоги як основного компонента систем охорони здоров'я, з акцентом на первинну медичну допомогу та догляд у громадах/вдома. Зазначена інтеграція послуг із ТБ із сектором первинної медичної допомоги відповідає моделі протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей, що впроваджується відповідно до Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню [2]. На виконання заходів цього документа передбачене розроблення системи паліативної допомоги протягом 2021–2023 рр. з урахуванням програми державних медичних гарантій. У рамках реалізації програми державних медичних гарантій із 48 закладів, які надають медичну допомогу при ТБ і уклали угоду з Національною службою здоров'я, тільки 16 закладів отримали пакети медичних послуг «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям» та 3 заклади – «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям», що свідчить про обмежений доступ у масштабах країни.

Висновки

Запровадження нових підходів до організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню з акцентом на впровадження людиноорієнтованих моделей лікування, інтеграції протитуберкульозної медичної допомоги населенню до загальної системи охорони здоров'я та впровадження міжсекторальних підходів потребує консолідації зусиль державних інституцій, партнерів, суспільства з формуванням стійких моделей паліативного догляду, що забезпечують основні права пацієнта.

Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

Для подальшого розвитку системи паліативної допомоги при ТБ на державному рівні слід вирішити такі питання:

- забезпечення інтеграції послуг паліативної допомоги в структуру і фінансування національної системи охорони здоров'я на всіх рівнях допомоги;
- зміцнення та розширення кадрового потенціалу з питань паліативної допомоги;
- розроблення керівних документів із питань інтегрованої паліативної допомоги при ТБ на всіх рівнях допомоги;
- інтеграція паліативної допомоги в систему програмного управління лікарсько-стійкого ТБ із першої доби встановлення діагнозу;
- забезпечення всеосяжного доступу хворих на ТБ до основних лікарських засобів для надання паліативної допомоги;
- розвиток системи моніторингу та оцінка системи паліативної допомоги при ТБ на національному і регіональному рівнях.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2019). Pro skhvalennia Derzhavnoi stratehii u sferi protydii VIL-infektsii/SNIDu, tuberkulozu ta virusnym hepatytam na period do 2030 roku. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27.11.2019 r. №1415-r. [Кабінет Міністрів України. (2019). Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. №1415-р]. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-derzhavnoyi-strategii-a1415r>.
2. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2019). Pro skhvalennia Derzhavnoi stratehii rozvytku systemy protytuberkuloznoi medychnoi dopomohy naselenniu. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27 lystopada 2019 r. №1414-r. [Кабінет Міністрів України. (2019). Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1414-р]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>.
3. MOZ Ukrainy. (2012). Pro stvorennia ta vprovadzhenia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy v systemi MOZ Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 r. №751 (iz zminamy, vnesenomu zhghidno z nakazamy MOZ vid 29.12.2016 r. №1422; vid 26.09.2018 r. №1752). [МОЗ України. (2012). Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 (із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ від 29.12.2016 р. №1422; від 26.09.2018 р. №1752)]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>.
4. MOZ Ukrainy. (2020). Pro zatverdzhennia standartiv okhorony zdorovia pry tuberkulozi. Nakaz MOZ Ukrainy vid 25.02.2020 №530. [МОЗ України. (2020). Про затвердження стандартів охорони здоров'я при туберкульозі. Наказ МОЗ України від 25.02.2020 №530]. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-25022020-530-pro-zatverdzhennja-standartiv-okhoroni-zdorov%e2%80%99ja-pri-tuberkulozi>.
5. MOZ Ukrainy. (2022). Analitichno-statystychni materialy z TB сайту Tsentru hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2022). Аналітично-статистичні матеріали з ТБ сайту Центру громадського здоров'я МОЗ України]. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statystychni-materiali-z-tb>.
6. World Health Organization. (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>.
7. World Health Organization. (2019). Global tuberculosis report 2019. URL: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

УДК 616.89–008.19:615.214

Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, В. М. Пострелко, А. Галаченко, А. Васильєва

Особливості психотерапевтичного супроводу в структурі паліативної допомоги хворим, які страждають на злоякісні новоутворення

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 111-115; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.111

Паліативна медицина спрямована на досягнення якнайкращого в конкретній ситуації рівня якості життя пацієнта.

Мета – дослідження реакції горя – одне з найсильніших і найболючіших переживань людини.

Матеріали та методи. Обстежено 120 хворих на рак. Реакція горя складається з чотирьох стадій: шок і протест – оніміння, недовіра та гостра дисфорія; поглинання – гостра туга, пошук і гнів; дезорганізація – почуття відчаю та прийняття втрати і вирішення.

Результати. Початкова реакція горя – шок, емоційне оніміння і недовіра. Хвилювання найбільш виражене протягом приблизно двох тижнів, а потім симптоми депресії, які досягають піку 4–6 тижнів. Згодом колишній інтенсивний біль при сильних втратах починає стихати. Окрім реакції горя, існує патологічна, яка поділяється на пригнічену (загальмовану), відстрочену та хронічну. Роль психотерапевта на цьому етапі полягає в наданні психологічної підтримки та допомоги як пацієнтові, так і його оточенню впоратися з цією ситуацією.

Висновки. Принципом концепції паліативної допомоги є необхідність забезпечення психологічного комфорту пацієнта.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна допомога, психотерапевтичний супровід, хоспіс, онкологічні хворі, психотерапія.

Psychotherapeutic support peculiarities' in palliative care structure for cancer patients

B. Mykhaylov, V. MishiyeV, V. Postrelko, A. Galachenko, A. Vasilyeva

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Palliative medicine is aimed at achieving the best possible in a particular situation the level of quality of life of the patient.

Purpose – to investigate that the grief reaction is one of the strongest and most painful human experiences.

Materials and methods. There were 120 cancer patients observed. The reaction of grief consists of 4 stages: shock and protest – numbness, disbelief and acute dysphoria; absorption – acute longing, search and anger; disorganization – a sense of despair and acceptance of loss and decision.

Results. The initial reaction of grief – shock, emotional numbness and disbelief. The excitement is most pronounced within about two weeks, followed by symptoms of depression, which reach its peak 4–6 weeks. Eventually, the former intense pain of severe loss begins to subside. In addition to the reaction of grief, there is a pathological, which is divided into suppressed (inhibited), delayed (delayed) and chronic. The role of the psychotherapist at this stage is to provide psychological support and assistance to both the patient and his environment to cope with this situation.

Conclusions. The principle of the concept of palliative care is the need to ensure the psychological comfort of the patient.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: palliative care, hospice, the cancer patients, psychotherapy.

Незважаючи на значні досягнення сучасної медичної науки і практики в Україні, як і в більшості розвинених країн світу, швидкими темпами зростає кількість невиліковних хворих. За даними Всесвіт-

ньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більшість людей, яким необхідна паліативна допомога, страждають на захворювання серцево-судинної системи і на злоякісні новоутворення. Проблема онкологіч-

Психологічні та соціальні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги та догляду

них захворювань у світі визнана фахівцями ВООЗ однією з пріоритетних у медицині – від різних форм онкологічних захворювань щорічно у світі помирає близько 4 млн осіб. Тільки в Україні фіксується понад 150 тис. вперше виявлених випадків онкологічної патології і понад 90 тис. хворих, які страждають на злоякісні новоутворення, помирають щорічно [6]. Особливістю онкологічних захворювань є те, що вони ставлять перед хворим і його родиною серйозні психологічні проблеми. Діагноз «рак» викликає дуже сильний стрес, оскільки є синонімом смертельного вироку без зазначення строку. Незважаючи на потужні можливості сучасної онкології, більшість хворих на злоякісні новоутворення приречені померти від прогресування пухлинного процесу.

За визначенням ВООЗ (2002) [8], паліативна допомога – це «... підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів і членів їхніх сімей, які зіткнулися з проблемою смертельного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точній оцінці виникаючих проблем і проведенню адекватних лікувальних втручань, а також надання психосоціальної і моральної підтримки». Надання паліативної медико-соціальної допомоги хворим на поширені форми злоякісних новоутворень є однією з важливих проблем системи охорони здоров'я [3,4,7]. Паліативна медицина спрямована на досягнення, за можливості, оптимального в конкретній ситуації рівня якості життя хворого і його родини, вирішення психологічних, соціальних, правових і духовних проблем [4,7]. Однією з актуальних науково-практичних проблем паліативної медицини є психологічний і психотерапевтичний супровід онкологічних хворих.

Мета роботи – дослідити реакцію горя – однієї з найсильніших і найболучіших переживань людини.

Матеріали та методи дослідження

Досліджено 120 хворих на рак. За допомогою нарративного інтерв'ю структуровано реакцію горя, яка складається з чотирьох стадій: шок і протест – оніміння, недовіра та гостра дисфорія; поглинання – гостра туга, пошук і гнів; дезорганізація – почуття відчаю і прийняття втрати та вирішення.

Результати дослідження та їх обговорення

Принциповим положенням концепції надання паліативної допомоги є необхідність забезпечення психологічного комфорту хворого, що, своєю чергою, передбачає комплексний психотерапевтичний супровід, який включає роботу не тільки з пацієнтами, але й з родичами онкохворих і медичним персоналом закладів охорони здоров'я онкологічного профілю.

У психологічному стані людини, яка дізналася про наявність онкологічного захворювання, виділено п'ять основних стадій за Е. Кюблер–Росс [2]: заперечення або шок; гнів; «торгівля»; депресія і прийняття. Перша стадія дуже типова. Пацієнт не вірить, що в нього є потенційно смертельна хвороба. Заперечення діє як психологічний захисний механізм, що оберігає свідомість від нестерпних думок і переживань. Пацієнт починає звертатися від фахівця до фахівця, перевіряючи отримані дані, або, відчувши шоківу реакцію, взагалі більше не звертається до лікарів. Друга стадія характеризується вираженою емоційною реакцією, зверненою на лікарів, суспільство, родичів. Хворого охоплює гнів: він може вилитися в лють, обурення або заздрість до тих, хто здоровий. Третя стадія – це спроба «виторгувати» якомога більше днів життя, укласти угоду з долею. На четвертій стадії пацієнт розуміє всю тяжкість ситуації. Як правило, настає депресія: він впадає у відчай і жах, у нього «опускаються руки», він перестає боротися, втрачає інтерес до життєвих проблем, залишає звичайні справи, віддаляється від людей, закривається вдома і оплакує власну долю. П'ята стадія – це найбільш раціональна психологічна реакція, але до неї далеко не кожен доходить. Хворі мобілізують власні зусилля, щоб, незважаючи на захворювання, продовжувати жити з користю для близьких. Лише не багатьом хворим вдається дожити до завершальної стадії – прийняття. Слід зазначити, що перераховані вище стадії не завжди йдуть в установленому порядку. Хворий може зупинитися на якійсь стадії або навіть повернутися на попередню. Однак знання цих стадій необхідно для правильного розуміння того, що робиться в душі людини, яка зіткнулася зі смертельною хворобою, і відповідної психологічної та психотерапевтичної корекції.

Встановлено, що можливості пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями справлятися з психологічними проблемами залежать від багатьох факторів: вік, тривалість захворювання, культурні традиції, виховання і оточення, релігійні переконання і погляди тощо. Невиліковне захворювання і швидку смерть літня людина сприймає спокійніше і розглядає як частину життєвого циклу: коли помирає літня людина, яка прожила довге життя, її смерть, частіше за все, очікувана, прийнятна і зрозуміла. Чим молодша людина, тим драматичніше і неприродно здається самому пацієнту та його близьким смертельне захворювання, а особливо тяжкими переживаннями супроводжується смерть дітей, яка сприймається як несправедлива трагедія. Отримані результати співпадають із літературними даними [5].

Чим довше і тяжче хворіє людина, тим легше сприймається повідомлення про наближення смерті,

як позбавлення від нестерпних страждань, як фізичних, так і емоційних. Звістка про невиліковне захворювання і швидку смерть завжди звертає людину до вічних, глибоких і основоположних питань буття. У цій ситуації духовне життя має особливо велике значення: навіть багато невіруючих людей перед «лицем» смерті шукають сенс прожитого ними життя. Навколишні, у тому числі медичний персонал, повинні усвідомлювати, в якому сум'ятті перебуває хворий, і бути готовими простягнути йому руку допомоги. Величезна роль належить релігії – віруючій людині його віра дає сили і розраду в цей складний час. У віруючої людини виникає гостра потреба в спілкуванні зі священником, потреба в підготовці своєї душі до зустрічі з Богом. Її турбує не стільки питання про те, як вона буде вмирати, скільки питання про те, що можна встигнути зробити в цьому житті, щоб підготуватися до іншого життя.

Для того щоб ефективно допомогти вмираючому онкологічному хворому, необхідно усвідомлювати, які серйозні і специфічні проблеми виникають. Вмираюча людина відчуває сильні емоційні переживання. Дізнаючись про діагноз і прогноз, хворий часто відчуває страх. Страх можливого болю, який почнеться або посилиться в подальшому; страх болісно тяжких фізичних і душевних переживань у момент смерті; страх самотності – хворий боїться залишитися в момент смерті на самоті; страх невідомості, пов'язаної з моментом вмирання – невідомість завжди лякає, і особливо лякає невідомість тих станів і переживань, які будуть супроводжувати саме вмирання; жаль із приводу втрати – людині не хочеться йти від тих, кого вона любить і з ким пов'язана найміцнішими узами; занепокоєння, що залишаються обов'язки і незакінчені справи – ненаписаний заповіт, невиконані обіцянки, недороблена робота; переживання з приводу взаємин із людьми: потрібно встигнути пробачити, примиритися, порозумітися тощо. Вмираючий хворий хоче відчувати себе захищеним, хоче, аби його заспокоїли, сказали, що він не страждатиме в момент смерті.

Роль психотерапевта на цьому етапі полягає в наданні психологічної підтримки та допомоги як самому пацієнтові, так і його оточенню впоратися з цією ситуацією. Не можна обходити тему наближення смерті мовчанням, треба обговорювати з хворими їхні страхи і побоювання, запитувати, слухати і намагатися зрозуміти, що вони відчувають. Пацієнти з поширеними формами злоякісних новоутворень не повинні відчувати себе в ізоляції, не повинні відчувати, що від них щось приховують. Не можна використовувати і помилкові обіцянки одужання, як спосіб не обговорювати з пацієнтами складні теми. До недавнього часу тема смерті в медицині була закрита. Існувала й існує негласна заборона на повідомлення хворому смертельного діагнозу.

Не знаючи власного діагнозу і не уявляючи, що чекає його попереду, хворий виявляється в психологічній ізоляції і не має змоги брати активну участь у процесі лікування і приймати рішення в таких важливих для себе питаннях, як лікуватися чи ні, оперуватися чи ні, помирати вдома або в лікарні тощо. Ні медичні працівники, ні родичі смертельно хворих людей зазвичай не вміють розмовляти з такими хворими і не знають, про що з ними говорити. У спілкуванні панують обман і нещирість. У силу неправильного уявлення, усі хворі можуть бути вилікувані сучасними методами лікування, люди, що вмирають, часто розглядаються як результат медичної невдачі. Унаслідок цього вмираюча людина відчуває незручність в обговоренні з медичними працівниками власних почуттів про смерть і її наближення.

«Прийняття», як фінал психологічної переробки особистістю вмираючого свого діагнозу, і є тією духовною основою, яка дає змогу хворому померти спокійно і з гідністю. Ось чому «принцип відкритості діагнозу» є одним із ключових у концепції хоспісів [1,9]. Повідомлення діагнозу – тяжке випробування не тільки для пацієнта, але й для того, хто це робить, чи то лікар, чи близький родич пацієнта.

До догляду за хворим і спілкування з ним у цей період повинні бути залучені родичі і близькі, медичні та соціальні працівники, медичні психологи і психотерапевти, представники релігійних конфесій. Основна допомога вмираючим хворим полягає в спілкуванні з ними, у спільному проживанні останнього періоду їхнього життя. Пацієнти мають знати, що в момент смерті вони не залишаться на самоті і хтось допомагатиме прожити цей період. Сама по собі присутність поблизу ліжка важкохворого родичів і медичного персоналу, у тому числі медичного психолога і психотерапевта, може чинити заспокоїливу дію. Багато хворих потребують тілесного контакту з близькими людьми в момент смерті.

Хворим із поширеними формами злоякісних новоутворень важливо відчувати, що для них робиться все можливе, у них зростає або знову з'являється необхідність у підтвердженні значущості, любові і прийнятті близькими; у прощенні і примиренні з самими собою, з оточуючими і Богом, у розумінні сенсу життя і смерті. Одним із важливих розділів психологічної підтримки хворих є невербальна психотерапія, особливо фізичний контакт. Дуже часто саме тримання за руку і дотик дають змогу побудувати емоційний контакт із хворими, які вважають себе заразними і недоторканими, і є одним із важливих психотерапевтичних моментів.

Психотерапевтичний супровід пацієнтів із поширеними формами злоякісних новоутворень спрямований на корекцію емоційних порушень, формування

Психологічні та соціальні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги та догляду

адекватної оцінки хворими власного стану, зниження негативних побічних ефектів при проведенні протипухлинної терапії психотерапевтичними методами; створення в онкологічних хворих позитивної установки на продовження лікування; формування нових психологічних установок і додаткових психологічних ресурсів із метою адаптації онкологічних хворих та їхніх близьких до нових життєвих умов; вирішення внутрішньосімейних конфліктів, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням.

Одним з актуальних щодо соціальної значущості завдань організації паліативної допомоги є надання допомоги родичам, які перебувають у різному ступені тяжкості психологічної травматизації: почуття провини перед хворим, почуття агресії до медицини, депресія, канцерофобія, суїцидальні думки. Серед оточення хворого формується так званий хронічний дистрес (за деякими даними, смертність серед близьких родичів онкологічного хворого зростає на 40%). Дуже часто члени сім'ї надто зайняті увагою, яка приділяється онкохворому, і також потребують уваги і підтримки. Родичі можуть переживати важко прихований гнів від почуття безсилля і відсутності контролю над ситуацією. Як правило, під цим лежить почуття провини і відчуття, що вони зробили в житті щось неправильно. Слід пам'ятати, що догляд за вмираючим, його супровід на всіх етапах вмирання – тяжке випробування для тих, хто в цьому бере участь. Турбота про родичів є важливою складовою частиною комплексного психотерапевтичного супроводу вмираючого. Допомога родичам хворого полягає в підтримці, а за необхідності – у коригуванні емоційних порушень, що виникають під час догляду за хворими. У таких випадках самі родичі потребують індивідуальної допомоги психотерапевта або психолога.

Після смерті близької людини родичі потребують психологічної підтримки, тому що переживання горя після втрати стає частиною їхнього існування, що співпадає з даними літератури [6]. Реакція горя – одне з найсильніших і болісних переживань людини. Нормальна реакція горя передбачає чотири стадії: **шок і протест** – заціпеніння, невіра і гостра дисфорія; **поглинання** – гостра туга, пошук і гнів; **дезорганізація** – відчуття відчаю та прийняття втрати і **вирішення**.

Первинна реакція горя – шок, емоційне заціпеніння і невіра – протягом декількох днів змінюється збудженням і тугою за померлою людиною, причому збудження найбільш виражене приблизно протягом двох тижнів, після чого нерідко виникають симптоми депресії, що досягають піку через 4–6 тижнів після смерті близької людини. Болісні прояви реакції горя можуть виникати в будь-який час, при цьому їх провокують люди, обстановка або речі, які пробуджують спогади про померлу людину. Згодом ко-

лишній інтенсивний біль тяжкої втрати починає згасати. Зменшуються прояви депресії і з'являється можливість думати про інші речі і навіть знову дивитись у майбутнє. У більшості людей реакція на тяжку втрату зникає протягом одного-двох років.

Крім нормальної реакції горя, досліджено й патологічну, яка поділяється на **«подавляєму»** (інгібовану), **запізнілу** (відставлену в часі) і **хронічну**. «Подавляєма» реакція горя – відсутність очікуваних симптомів горя в усіх стадіях; запізнiла – відсутність (уникнення) тяжких симптомів протягом двох тижнів після втрати; хронічна – постійно виражені симптоми горя протягом шести місяців після втрати. «Подавляєму» і запізнiлу реакцію горя можна охарактеризувати як «занадто слабкі», а хронічну – як «занадто сильну». Запізнiла реакція горя частіше виникає в людей з «уникаючим» стилем прихильності. Вони нерідко вважають прояв почуттів ознакою слабкості або приводом для глузувань. Зазвичай в їхньому ранньому дитинстві прояви почуттів або не заохочувалися, або вважалися небезпечними через несприйнятливості інтенсивних переживань. Хронічна реакція горя частіше буває в людей, у яких були надмірно залежні відносини з померлим і амбівалентний стиль прихильності.

Тим, хто переніс тяжку втрату, необхідно дати можливість відчувати, що про горе можна говорити, і вони будуть почуті. Вони можуть використовувати різні способи уникаючої поведінки, щоб захиститися від болісних переживань. Ці способи необхідно аналізувати, відкрито визнаючи їхню захисну функцію.

Великий психотерапевтичний вплив має проведення груп підтримки та взаємодопомоги або тематичних зустрічей для родичів і членів сімей онкологічних хворих. Такі зустрічі присвячені темі переживання горя і дають змогу виявити стримувані, а часом і неусвідомлені, почуття гиркоти і смутку. Також ефективна короткострокова психодинамічна психотерапія, така техніка поведінкової терапії, як керована скорбота. Відповідно до цього методу «недозволена реакція горя прирівнюється до інших форм зникаючої поведінки при фобіях, які успішно лікують методом впливу уникаючої ситуації (експозиційна психотерапія)».

До однієї з найбільш стресогенних медичних спеціальностей належить онкологія, основним фруструючим фактором якої є необхідність працювати з хворими, що страждають на практично некурабельні захворювання. Як слід поводитися з вмираючою людиною? Як реагувати, стикаючись з реакцією горя його родичів? Відчуття власної безпорадності призводить до погіршення як соматичного, так і психічного здоров'я медперсоналу, розвитку схильності до вживання різних психоактивних речовин, а також розчарування в професії, втрати професійних інтересів і прагнення до подальшого професійного росту, по-

яви черствості у ставленні до пацієнтів, зневажливого ставлення до колег, тобто — емоційного вигорання.

Проблема надання паліативної допомоги хворим з поширеними формами злоякісних новоутворень накладає величезний психологічний тягар на плечі персоналу, який також потребує кваліфікованої психологічної допомоги і підтримки. Комплексний психотерапевтичний супровід у структурі паліативної допомоги має на увазі надання цього виду допомоги медичним працівникам установ онкологічного профілю, у тому числі і хоспісів.

Висновки

Підсумовуючи викладене вище, слід зазначити, що у світі спостерігається неухильне зростання рівня онкологічної захворюваності, а результати радикаль-

ного лікування раку не дають змоги стримати зростання смертності від цього тяжкого захворювання. Питома вага невиліковних хворих не тільки висока, але з року в рік зростає. Це положення робить актуальними проблеми, пов'язані з паліативним лікуванням і доглядом. Паліативна медицина неможлива без ретельно відпрацьованого комплексного психологічного і психотерапевтичного супроводу онкологічних хворих із поширеними формами захворювання, їхніх близьких і медичного персоналу закладів онкологічного профілю. Цю проблему необхідно радикально вирішувати, і від того, як буде реалізований цей бік паліативного лікування та догляду, залежатиме в кінцевому підсумку його успішність.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Erugina MV, Krom IL, Shmerkevich AB. (2016). Dostupnost palliativnoy meditsinskoj pomoschi dlya naseleniya. Pravovyye vopr. v zdavoohranenii. 1: 54–61. [Еругина МВ, Кром ИЛ, Шмеркевич АБ. (2016). Доступность паллиативной медицинской помощи для населения. Правовые вопр. в здравоохранении. 1: 54–61].
2. Gnezdilov AV. (1991). Put na Golgofu. SPb: Klint: 136. [Гнездилов АВ. (1991). Путь на Голгофу. СПб.: Клинт: 136].
3. Kniazevych VM, Tsarenko AV, Yakovenko IV, Bratsiun OP. (2013). Stan, problemy i perspektivy vprovadzheniya Natsionalnoy stratehii rozvytku systemy paliatyvnoy dopomohy v Ukraini do 2022 roku. Fitoterapiia. 4: 4–7. [Князевич ВМ, Царенко АВ, Яковенко ИВ, Брацунь ОП. (2013). Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року. Фітотерапія. 4: 4–7].
4. Knyazevych V, Tsarenko A, Bratsiun O. (2013). Palliative and hospice care on the right track in Ukraine. European Journal of Palliative Care. 20 (4): 202–205.
5. Novikov GA. (2020). Metodologicheskie podhody k okazaniyu spetsializirovannoy palliativnoy meditsinskoj pomoschi. Metodicheskie rekomendatsii. Pod red professora GA Novikova. Moskva: Meditsina za kachestvo zhizni: 208. [Новиков ГА. (2020). Методологические подходы к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации. Под ред профессора ГА Новикова. Москва: Медицина за качество жизни: 208].
6. Ukrstat. (2022). Derzhavnyi komitet statystyky Ukrainy. [Укрстат. (2022). Державний комітет статистики України]. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
7. Voronenko YuV, Hubsykyi YuI, Tsarenko AV. (2014). Stvorennia systemy paliatyvnoy ta khospisnoy dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorov'ia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty. Nauka i praktyka. Mizhvidomchy med. zhurn. 1 (2): 63–75. [Вороненко ЮВ, Губський ЮІ, Царенко АВ. (2014). Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика. Міжвідомчий мед. журн. 1 (2): 63–75].
8. VOZ. (2005). Palliativnaya pomoshch. Pod red E Davies, IJ Higginson: 32. [ВОЗ. (2005). Паллиативная помощь. Под ред E Davies, IJ Higginson: 32].
9. Vvedenskaya ES, Varenova LE. (2012). Kompleksnyiy podhod pri vyibore optimalnoy organizatsionnoy formy palliativnoy pomoschi v kontse zhizni. Sovremennyye problemy sotsialno-demograficheskogo razvitiya. Moskva: 67–84. [Введенская ЕС, Варенова ЛЕ. (2012). Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни. Современные проблемы социально-демографического развития. Москва: 67–84].

Відомості про авторів:

Михайлов Борис Володимирович — д.мед.н., проф., засл. діяч науки і техніки України, проф. каф. загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Мишиєв В'ячеслав Данилович — д.мед.н., проф., заслужений лікар України, зав. каф. загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Пострелко В. М. — НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Галаченко А. — НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Васильєва А. — НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 30.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Н. О. Венгрин

Особливості надання медсестринської допомоги та догляду за паліативним хворим

Відокремлений підрозділ «Рівненська обласна організація ГО «Українська ліга розвитку паліативної і хоспісної допомоги», Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 116-119; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.116

Висвітлено особливості діяльності медичних сестер у наданні паліативної допомоги та догляду, зазначено сутнісні складники професіоналізму.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна допомога і догляд, медична сестра, пацієнт, професійна кваліфікація.

Peculiarities of nursing care for palliative patients

N. A. Vengryn

Separate subdivision «Rivne regional organization of the PO «Ukrainian League for the Development of Palliative and Hospice Care», Ukraine

In the article the peculiarities of nurses' activities while palliative care are presented, and the essential components of their professionalism are highlighted.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: palliative care, nurse, patient, professional qualification.

Паліативна допомога в Україні є відносно новим напрямом у вітчизняній охороні здоров'я. З року в рік вона все ширше інтегрується в офіційну медицину. Змінюється ставлення суспільства до турботи про страждальчих і вмираючих. Запроваджуються нові організаційні форми надання паліативної допомоги (лікарні «Хоспіс», відділення паліативної допомоги, центри реабілітації та паліативної допомоги дітям, мобільні служби, служби респіраторної підтримки, кабінети хронічного болю) [8], які потребують праці кваліфікованих фахівців. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі паліативної допомоги потребують близько 40 млн осіб, з яких 2,1 млн – діти, і лише 14% хворих від потреби отримують адекватну паліативну допомогу [4]. Серед суттєвих факторів, що визначають її ефективність, є забезпеченість професійними кадрами, у тому числі медичними сестрами.

Досвід багатьох країн світу свідчить, що фундаментальну і важливу роль у наданні паліативної допомоги і догляду відіграє медична сестра. Професія медичної сестри інтегрує в собі всі методи лікування, усі спеціалізації в галузі охорони здоров'я, усі технології догляду, усю інформацію щодо пацієнта. Саме вона найдовше контактує з пацієнтом, надає йому активну підтримку та медичну допомогу, координує лікування й оптимальне середовище його життя.

Для того, щоб глибше зрозуміти філософію паліативної допомоги і медсестринського догляду, слід навести слова засновниці сучасної моделі сестринської справи Вірджинії Хендерсон: «Унікальна роль медсестри полягає в допомозі людині – хворій або здоровій – і зводиться до підтримання здоров'я, або його відновлення, або сприяння мирній смерті і тому, що людина могла б зробити сама, без сторонньої допомоги, якби в неї були необхідні сили, воля і знання» [7].

Особливість медсестринської допомоги та догляду за важкохворими пацієнтами визначається цілями, завданнями і функціями паліативної допомоги, метою якої є підтримка максимально можливої якості життя. Паліативна допомога – вид комплексної допомоги, яка за методологією є мультидисциплінарним підходом і об'єднує медико-соціальну роботу, психологічні аспекти, духовний супровід, волонтерську службу [3]. Тому паліативний догляд потребує спеціальних здібностей, знань, умінь і навичок.

Медичній сестрі з паліативної допомоги доводиться зустрічатися з широким спектром найбільш тяжких і різноманітних симптомів. Розвиток нових технологій в охороні здоров'я і їхній вплив викликають зростаючі вимоги до рівня медичної опіки. Постає нелегке завдання вміло поєднати використання тех-

нологій з гуманним ставленням до пацієнта, що потребує значних моральних сил, мобілізації досвіду і знань, розвитку певного клінічного мислення, володіння цілим рядом компетенцій: професійною, загальнокультурною, здоров'язбережувальною, комунікативною, інформаційною, соціальною, психологічною, етико-деонтологічною, особистісною [6].

Доречно згадати відоме висловлювання основоположниці сестринської справи, медичної сестри світу Флоренс Найтінгел, сказане нею майже 100 років тому: «Сестра повинна мати потрійну кваліфікацію: серцеву – для розуміння хворих, наукову – для розуміння хвороб, технічну – для догляду за хворими» [2].

Ефективність паліативної допомоги і догляду залежить значною мірою від особистісних якостей та професійної кваліфікації медсестри. Особливість роботи медичних сестер у допомозі важкохворим полягає в:

- дотриманні морально-етичних принципів із високим рівнем емпатії;
- володінні навичками міжособового спілкування;
- проведенні медсестринської діагностики;
- здійсненні спостереження для визначення догляду за пацієнтом;
- ранньому виявленні симптомів;
- оцінці і знятті болю та інших дошкуляючих симптомів;
- володінні знаннями клінічної медицини, фармакології, психотерапії;
- вмінні працювати в команді;
- володінні психологічними прийомами;
- педагогічних навичках щодо навчання молодших медичних сестер, самого пацієнта та його родичів;
- обізнаності в нормативно-правових документах.

Суть паліативного лікування визначається не лише медичними процедурами, але є своєрідною філософією медичної допомоги, мета якої – домогтися максимальної гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням до безнадійно хворої людини. Робота медсестри супроводжується великим фізичним та емоційним навантаженням і не обмежується вузькою лікувально-профілактичною діяльністю.

Першочерговими завданнями медичної сестри в наданні допомоги і догляду за паліативними пацієнтами є:

- полегшення болю і пом'якшення інших тяжких проявів (симптомів) захворювання;
- психологічна, фізична і духовна підтримка пацієнта;
- підтримання в пацієнта здатності вести активний спосіб життя;

- створення в родині системи підтримки хворого під час його хвороби і підтримки членів сім'ї після його смерті;
- створення в пацієнта відчуття необхідності сім'ї – хворий не повинен відчувати себе тягарем;
- прояв любові, уваги до пацієнта і спілкування з ним;
- розуміння, пов'язане з поясненням розвитку симптомів і перебігом хвороби;
- підтримка самооцінки хворого на певному рівні, у тому числі залучення пацієнта до прийняття рішень (особливо в разі зростання ступеня його фізичної залежності від оточуючих).

У цій допомозі роль медичної сестри є унікальною, оскільки кожна людина, якій потрібна її допомога, чекає від неї не тільки високого професіоналізму, але й великого співчуття, чуйного ставлення, тієї душевної теплоти, яка так необхідна в боротьбі з недугою пацієнтові та його родині [1].

Слід зазначити важливість особистих якостей медичних сестер, що надають паліативну допомогу на останньому етапі життя пацієнта:

- милосердя, доброта, сердечність;
- безкорисливість;
- турботливість, людяність;
- гармонійність;
- тактовність, уважність;
- співчуття до чужих труднощів, здатність до співпереживання;
- добросовісність;
- самовладання;
- висока культура;
- охайність.

Цим якостям не можна навчитися. Вони повинні бути в серці кожного, хто здійснює опіку над важкохворим.

Мистецтво медсестринської допомоги полягає в гармонійному поєднанні творчого підходу та наукової обґрунтованості процедур, посібників, словесних впливів і бесід у процесі догляду за хворим, в умінні захистити пацієнта від негативних думок і почуттів, які його хвилюють [6]. Медична сестра повинна чітко уявляти обсяг і термін опіки над пацієнтом, техніку виконання тієї чи іншої маніпуляції, уміло розподіляти обов'язки між персоналом, знати стандарти своєї діяльності.

Для забезпечення кваліфікованого догляду за паліативними хворими медична сестра повинна володіти рядом практичних умінь:

- раціонально розподіляти робочий час та планувати роботу;
- визначати проблеми пацієнта, виділяючи з них пріоритетні;

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

- проводити сестринське обстеження (анамнестичне і фізикальне), складати план догляду і виконувати його;
- кваліфіковано контролювати больовий синдром, застосовувати знеболювальні лікарські засоби за призначенням лікаря, спостерігати ефективність знеболювальної терапії, вміти застосовувати немедикаментозні методи тамування болю;
- вміти визначати дошкуляючі симптоми, спостерігати за їх проявами, приймати самостійні рішення для їх полегшення;
- знаходити оптимальний вихід у складних життєвих і клінічних ситуаціях та приймати виважені рішення;
- якісно виконувати медичні маніпуляції згідно з протоколами;
- проводити щоденну оцінку можливих ризиків різних симптоматичних ускладнень та попереджати їх виникнення;
- володіти навичками надання інформації про стан пацієнта в межах своєї компетенції, не порушуючи його прав;
- навчати основам догляду родичів пацієнта, уміти пояснити про зміни, що відбуваються в його стані;
- володіти навичками догляду за пацієнтом, що помирає, створюючи полегшення страждань та догляду «постмортем»;
- надавати психологічну підтримку пацієнтові та його родині в період хвороби та після смерті;
- проводити гігієнічний догляд, забезпечувати підручні засоби для створення комфортних умов пацієнтові;
- організовувати їхнє дозвілля;
- задовольняти нагальні потреби.

Аналізуючи визначення паліативної допомоги, догляду, опіки, слід зазначити: робота медсестри з надання допомоги паліативним хворим є складною і кропіткою, потребує великого фізичного і психоло-

гічного навантаження, великої самовіддачі, терпіння, примирення і всепрошення, вимагає, крім професійної майстерності, надзвичайного душевного тепла, максимальної широти і співчуття, вміння «лікувати собою» – і за це усе отримувати мізерну заробітну плату, без будь-яких стимулів матеріального і морального заохочення.

У системі паліативного догляду постійне психічне навантаження медичних сестер приводить до підвищення емоційної напруги – стресу, тому увага до власного здоров'я повинна стати частиною професійної культури та показником її професійної компетентності. Для розвитку професійних компетенцій необхідно:

- володіти прийомами взаємного співробітництва;
- поєднувати професійні якості з особистісними;
- прагнути до безперервного саморозвитку і самореалізації як професіонала.

Висновки

Враховуючи особливості в роботі медичних сестер у наданні паліативної допомоги та догляду, з метою підвищення її ефективності слід: розробити і запровадити стандарт медичної послуги з паліативної допомоги з урахуванням компетентнісного підходу; запровадити короткотермінові програми підвищення кваліфікації медичних сестер з удосконалення важливих компетенцій у наданні паліативної допомоги; охопити базовою підготовкою з питань паліативного догляду усіх без винятку медичних сестер, фельдшерів; переглянути організаційні форми і функції діяльності медичних сестер відповідно до завдань і широко запроваджувати модель сестринського процесу в різних організаційних формах надання паліативної допомоги; запровадити реальні засоби заохочення, мотивації і стимулювання праці медичних сестер із паліативної допомоги, для збереження їхнього кваліфікованого потенціалу.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Abashnyk NM. (2019). Rol medychnoi sestry v Ukraini i sviiti. Medsestrynstvo. 4: 7. [Абашник НМ. (2019). Роль медичної сестри в Україні і світі. Медсестринство. 4: 7].
2. Gribanov ED. (1995). Zhenschina so svetilnikom. K175 letiyu so dnya rozhdeniya Florens Naytigel. Meditsinskaya pomoshch. 3: 54. [Грибанов ЕД. (1995). Женщина со светильником. К175 летию со дня рождения Флоренс Нейтигел. Медицинская помощь. 3: 54].
3. Herasymova N. (2013). Svitova ta vitchyzniana praktyka vprovadzhennia paliativnoi dopomohy na domu osobam pokhyloho viku. Aspekty pratsi. 7: 44. [Герасимова Н. (2013). Світова та вітчизняна практика впровадження паліативної допомоги на дому особам похилого віку. Аспекти праці. 7: 44]. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/.../gliirbis_64exe.
4. Kubareva IV, Kotvitska AA, Beketova MS. (2017). Analiz normatyvno-pravovoho rehulivannia nadannia paliativnoi dopomohy v Ukraini. Scientific Journal ScienceRise: Pharmaceutical Science. 4 (8): 27. [Кубарева ІВ, Котвіцька АА,

- Бекетова МС. (2017). Аналіз нормативно-правового регулювання надання паліативної допомоги в Україні. *Scientifik Journal ScienceRise: Pharmaceutical Science*. 4 (8): 27]. URL: [journals.urau.ua /sr_pharm/article/download/108902/104344/](http://journals.urau.ua/sr_pharm/article/download/108902/104344/).
5. Liashok OM. (2020). Rol medychnoi sestry v nadanni paliativnoi i khospisnoi dopomohy. *Vseosvita* [Ляшок ОМ. (2020). Роль медичної сестри в наданні паліативної і хоспісної допомоги. *Всеосвіта*]. URL: <https://vseosvita.ua/library/rol-medichnoi-sestri-v-nadanni-paliativnoi-ta-hospisnoi-dopomogi-289752.html>.
6. Lytvynova AE. (2017). Formivannia kompetentnosti medychnykh sester. *Medsestrynstvo*. 4: 17. [Литвинова АЕ. (2017). Формування компетентності медичних сестер. *Медсестринство*. 4: 17].
7. Medynska AV, Konovalenko SO. (2016). Profesiinist medychnoi sestry u spilkuvanni z patsientom. *Medsestrynstvo*. 3: 9. [Мединська АВ, Коноваленко СО. (2016). Професійність медичної сестри у спілкуванні з пацієнтом. *Медсестринство*. 3: 9].
8. MOZ Ukrainy. (2020). Pro udoskonalennia orhanizatsii paliativnoi dopomohy v Ukraini. Nakaz MOZ Ukrainy vid 04.06.2020 No.1308. [МОЗ України. (2020). Про удосконалення організації паліативної допомоги в Україні. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 №1308]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0609-20>.

Відомості про автора:

Венгрин Надія Олексіївна – к.мед.н., голова Відокремленого підрозділу «Рівненська обласна організація ГО «Українська ліга розвитку паліативної і хоспісної допомоги». Адреса: Рівненська область, м.Дубно, вул. К. Острозького, 25.

Стаття надійшла до редакції 01.10.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 378.147.091.33: [614.253.52:616–083–039.75]

І. Я. Губенко, Т. І. Чернишенко, Л. П. Бразалій

Актуальні питання підготовки медичних сестер з паліативної допомоги

Черкаська медична академія, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 120-124; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.120

Мета – поліпшити якість підготовки медичних сестер на до- і післядипломному рівнях шляхом розвитку мотивації у студентів, а також шляхом створення та удосконалення навчальних програм і впровадження нових форм, методів викладання питань надання паліативної і хоспісної допомоги паліативним пацієнтам.

Матеріали та методи. Розроблення навчально-методичного забезпечення для підготовки медичних сестер з паліативної допомоги; організація відповідного навчання медсестер на до- та післядипломному рівнях; організація волонтерського руху студентів для розвитку мотивації щодо роботи в галузі паліативної медицини.

Результати. Якщо пацієнта не можна вилікувати, то слід зробити все можливе, щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя йому і його близьким, полегшити біль і страждання. Тому якісна освіта медичних сестер є одним із пріоритетних напрямів стратегії успішного розвитку паліативної допомоги як галузі охорони здоров'я.

Висновки. Отже, необхідно: формувати мотивацію студентів через кращу поінформованість про майбутню професійну діяльність у сфері паліативного догляду; для підвищення якості надання паліативної допомоги та мотивації медичних працівників до навчання та роботи – ввести в номенклатуру спеціальностей медичних сестер спеціальність та спеціалізацію «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох країн світу; ввести до переліку баз проходження практики студентами обов'язковий цикл з паліативної допомоги в закладах охорони здоров'я, що обслуговують невиліковно хворих; збільшити загальну кількість годин для вивчення цієї дисципліни і ввести в курс теми з надання паліативно-хоспісної допомоги дітям.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна допомога, медсестри, мотивація, освіта, викладачі, академія, пацієнти.

Current issues of nurses training in palliative care

I. Ya. Gubenko, T. I. Chernyshenko, L. P. Brazaliy

Cherkasy Medical Academy, Ukraine

Purpose – to improve the quality of nurses training at the undergraduate and postgraduate levels by developing students' motivation, creating and improving curricula and introducing new methods of teaching palliative and hospice care.

Materials and methods. Development of the teaching methodology for the palliative care nurses training; organization of the corresponding nurses training at the undergraduate and postgraduate levels; organization of the student volunteer movement to develop work motivation in the field of palliative medicine.

Results. Every effort should be made to help and ensure a decent quality of life, to alleviate pain and suffering for terminally ill patients and their loved ones. Therefore, qualified nurses education is one of the priorities for successful development of palliative care.

Conclusions. Thus, it is necessary: to shape students' motivation through better awareness of future professional activity in the field of palliative care; to improve the quality of palliative care and motivate health professionals to study and work, there should be an introduction to the nomenclature of specialties of nurses specialization and specialization «Palliative Medicine»; to introduce the obligatory cycle on palliative care in the list of students' practices at health facilities for terminally ill patients; to increase the number of hours devoted to studying this discipline and introduce the topic of palliative and hospice care for children.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: palliative care, nurses, motivation, education, teachers, academy, patients.

Вступ

Пріоритетним напрямом стратегії успішного розвитку паліативної допомоги як галузі охорони здоров'я є освіта медичних сестер. Враховуючи те, що саме медичні сестри є найбільшою ланкою медич-

них фахівців із догляду за пацієнтами, то вони мають бути добре обізнані з усіма аспектами надання паліативної допомоги пацієнтам. І основним напрямом є впровадження медсестринського процесу в паліативну медицину, що сприятиме забезпеченню якіс-

ного догляду за пацієнтами, наступності і безперервності догляду, створюватиме доброзичливі, чуйні взаємини медсестри і пацієнта та членів його сім'ї [1,4]. Отже, безперечно, якість наданої допомоги не може бути вищою за якість отриманої освіти.

Мета роботи – поліпшити якість підготовки медичних сестер на до- і післядипломному рівнях шляхом розвитку мотивації у здобувачів освіти, а також шляхом створення та удосконалення навчальних програм і впровадження нових форм, методів викладання питань надання паліативної та хоспісної допомоги паліативним пацієнтам.

Основні завдання та методи дослідження:

- розробка навчально-методичного забезпечення для підготовки медичних сестер із паліативної допомоги;
- організація відповідного навчання на до- та післядипломному рівнях;
- організація волонтерського руху студентів для розвитку мотивації щодо роботи в галузі паліативної медицини.

Результати дослідження та їх обговорення

Паліативна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнта із захворюваннями, що обмежують життя, або із захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд [9].

Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, планування, безперервності та наступності, відповідно до побажань пацієнта щодо вибору місця лікування та місця смерті із забезпеченням можливості отримання куративного лікування паралельно з паліативною допомогою, з урахуванням етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, упродовж 7 днів на тиждень [9].

Першочерговим актуальним завданням у цій роботі є створення у студентів мотивації щодо опанування знаннями та навичками з паліативної допомоги. Значущим є визначення медсестринської справи, що дала у своїй книзі «Основні принципи діяльності медичної сестри по догляду за пацієнтами» (1981 р.) В. Хендерсон – американська медична сестра, викладачка та дослідниця: «... Унікальним завданням медичної сестри є надання допомоги людині, хворій чи здоровій, у межах усього, що стосується здоров'я, одужання або спокійної смерті, того, що зробив би собі сам хворий, маючи необхідні

сили, знання та волю...». А роль медичної сестри в процесі догляду за хворими В. Хендерсон визначила так: «Сестра – це «ноги безногого», «очі сліпого», опора дитині, джерело знань і впевненості для молодої матері, вуста тих, хто дуже слабкий, щоб говорити...» [2].

Власне тут і розкривається суть та філософія паліативної допомоги – поліпшити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини.

В Етичному кодексі медичної сестри України (стаття 10. Медична сестра та помираючий хворий) зазначено: «Медична сестра повинна володіти знаннями, уміннями та навичками в обсязі паліативної допомоги, що дає змогу полегшити страждання помираючого. Медична сестра повинна надати помираючому і його сім'ї психологічну підтримку. Пацієнт має право на гідну людини смерть, право на застосування всіх сучасних засобів, що зменшують передсмертні страждання, право скористатися морально-психологічною підтримкою сім'ї, родичів, друзів, співробітників, а також духовного служителя будь-якої віри» [3].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила методологічні основи паліативної допомоги:

- підтримка прагнення хворого до життя;
- забезпечення зменшення інтенсивності болю та інших симптомів, що турбують хворого;
- надання психологічної та духовної підтримки хворому;
- підтримка здатності у хворого якомога довше вести активне життя;
- надання допомоги сім'ї пацієнта під час його хвороби, а також після його смерті.

Варто зупинитися на організаційних формах надання паліативної допомоги хворим, де можуть проходити практику студенти та будуть затребувані медичні сестри, які мають паліативні компетентності:

- патронажна служба вдома;
- відділення паліативної допомоги;
- виїзні бригади;
- денні і нічні стаціонари;
- спеціалізовані і хоспісні відділення в багатопрофільних лікарнях;
- лікарні і відділення медсестринського догляду;
- центри паліативної допомоги;
- кабінети протибольової терапії;
- відділення милосердя установ соціального захисту населення;
- хоспіси.

Особливого значення набувають вміння та навички медичної сестри, від чого залежить якість життя паліативного пацієнта і членів його сім'ї:

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

- розуміння форм невербальної поведінки пацієнта в термінальній стадії захворювань – міміка, погляд, жести, що відображають його потреби;
- проведення адекватної початкової оцінки стану пацієнта, ранньої та точної діагностики порушених або втрачених функцій: ковтання, мовлення, координації рухів і рухової активності, сприйняття і мислення, порушення функцій органів малого таза тощо;
- навчання пацієнта і його родичів елементам догляду, гігієни та контролю симптомів, використовуючи необхідні педагогічні вміння та навички;
- інформування та спілкування з пацієнтом і родичами.

Медсестри повинні виступати в ролі кваліфікованих:

- спеціалістів, які надають послуги в охороні здоров'я;
- осіб, які приймають рішення;
- комунікаційних ланок;
- лідерів колективу;
- керівників.

Якщо пацієнта не можна вилікувати, то слід зробити все можливе, щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя йому і його близьким, полегшити біль і страждання. Тому якісна освіта медичних сестер є однією з пріоритетних напрямів стратегії успішного розвитку паліативної допомоги як галузі охорони здоров'я.

Медсестринська освіта з паліативної допомоги повинна:

- базуватись на сучасних програмах, які відповідають вимогам часу та регулярно переглядаються;
- бути ступеневою;
- тривати впродовж життя;
- надаватися досвідченими медсестрами-практиками та медсестрами, які мають ступінь магістра;
- готувати майбутніх медсестер до дослідницької роботи.

Для підготовки спеціалістів у цій галузі медико-соціальної опіки викладачі академії розробили та затвердили на рівні Міністерства охорони здоров'я України програму «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (для слухачів відділення післядипломної освіти циклу спеціалізації, тематичного удосконалення медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги).

Крім того, розділи «Паліативна та хоспісна допомога» вивчаються на випускних курсах освітньо-професійних програм «Лікувальна та Сестринська справа»; до навчального плану додипломної підготовки бакалаврів введено предмет та укладено відповідну програму «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі»; на додипломному рівні підготовки

магістрів медсестринства вивчається предмет «Паліативна та хоспісна допомога» [5,6].

Навчальні програми передбачають вивчення:

- питань організації паліативної та хоспісної допомоги;
- етико-деонтологічних особливостей спілкування з родичами безнадійно хворих пацієнтів;
- особливостей надання паліативної допомоги пацієнтам, які мають онкологічні захворювання;
- особливостей надання паліативної допомоги пацієнтам із туберкульозом та вірусом імунодефіциту людини;
- техніки безпеки та охорони праці в медичній галузі;
- організації роботи відділення паліативної медицини та хоспісів;
- надання невідкладної та спеціалізованої медичної допомоги;
- дезінфекції та стерилізації, асептики та антисептики у відділеннях паліативної допомоги та хоспісах.

Практичні заняття зосереджені на:

- вивченні надання паліативної допомоги у відділеннях паліативної допомоги, хоспісах і вдома;
- особливостях здійснення медсестринського процесу в паліативній медицині;
- впровадженні в практику сучасних методів паліативної допомоги або симптоматичного лікування, контролю хронічного болю та догляду за пацієнтом у термінальній стадії захворювання;
- навчанні членів родини (опікунів, осіб, що забезпечують догляд) пацієнта навичкам догляду за тяжко хворими.

До викладання профільних предметів із паліативної допомоги залучені провідні спеціалісти Центру паліативної допомоги Черкаського обласного онкологічного диспансеру.

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» необхідно ввести до курсу теми з надання паліативно-хоспісної допомоги дітям, яка має свої організаційні, психологічні, медичні та інші аспекти.

Як свідчить міжнародний і вітчизняний досвід, волонтерська діяльність студентів є потужним мотиваційним фактором щодо роботи в галузі паліативної медицини. Так, студенти та викладачі академії щорічно спільно з Черкаським обласним художнім музеєм реалізують тематичні мистецько-соціальні проекти до Міжнародного дня паліативної та хоспісної допомоги [7]. Проводяться благодійні ярмарки, вичерпані кошти з яких передаються на потреби дітей онкогематологічного відділення онкодиспансеру. Організуються виставки художніх робіт студентів

як в академії, так і в Черкаському обласному художньому музеї [7].

У 2018 р. в рамках тижня паліативної та хоспісної допомоги започаткована волонтерська робота на базі новоствореного Центру паліативної допомоги Черкаського обласного онкологічного диспансеру, до якої долучилися емпатійні студенти. Тут проведена активна робота зі створення зимового саду, облаштований акваріум, укомплектована бібліотека. Учасники гуртка художньої самодіяльності – часті гості центру, що докладають емоційну часточку в забезпечення належної якості життя паліативного пацієнта. Майбутні медики спілкуються з пацієнтами центру, будучи терплячими слухачами. Адже пацієнтові часто необхідно поговорити з кимось, і участь волонтера просто неоціненна. А для майбутньої медичної сестри це важлива, неоціненна навичка бути терплячим слухачем і співрозмовником, говорити про речі сьогодення без поглядів у безперспективне майбутнє, давати змогу пацієнтові жити «тут і зараз» [8].

Крім того, волонтери академії інформують населення про паліативну і хоспісну допомогу: інформаційні листи про те, де можна отримати роз'яснення та високопрофесійну паліативну допомогу, розповсюджуються за місцем проживання студентів.

Висновки

Отже, актуальні питання підготовки медичних сестер із паліативної допомоги:

- формування мотивації студентів через кращу поінформованість про майбутню професійну діяльність у сфері паліативного догляду;
- для підвищення якості надання паліативної допомоги та мотивації медичних працівників до навчання і роботи – введення до номенклатури спеціальностей медичних сестер спеціальності та спеціалізації «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох країн світу;
- введення до переліку баз проходження практики студентами обов'язкового циклу з паліативної допомоги в закладах охорони здоров'я, що обслуговують невиліковно хворих (центри паліативної допомоги, хоспіси, паліативні відділення тощо);
- збільшення загальної кількості годин для вивчення цієї дисципліни і введення до курсу теми з надання паліативно-хоспісної допомоги дітям.

References/Література

1. Brazaliy LP. (2016). Professional training of nurses in palliative and hospice care in Cherkassy Medical College. *International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 1 (3): 45–48. [Бразалій ЛП. (2016). Професійна підготовка медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги у Черкаському медичному коледжі. *Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина*. 1 (3): 45–48]. doi: 10.15574/IJRP.2016.01.45.

Перспективи подальшого розвитку:

- поліпшувати алгоритми надання паліативної допомоги та значно поширювати їх серед усіх медичних працівників, що формуватиме основу навчання і діяльності медпрацівників у цій сфері медичної опіки;
- удосконалювати викладання паліативної допомоги у складі навчальних програм для медичних сестер; встановити чіткий стандарт освіти в галузі паліативної допомоги та знеболювання для забезпечення отримання, принаймні, базових знань із цієї дисципліни усіма медичними фахівцями;
- запроваджувати для медичних сестер–слухачів відділень післядипломної освіти стажування з паліативної допомоги до відділення паліативної допомоги, хоспісах;
- на базі існуючих хоспісів, паліативних відділень розвивати навчально-тренінгові центри з паліативної допомоги для медичних сестер із можливістю підготовки немедичних працівників та волонтерів із питань догляду за паліативними пацієнтами;
- удосконалювати післядипломну освіту медичних сестер із паліативної допомоги та знеболювання, ввівши ці питання до програм післядипломної освіти і до переліку питань екзаменів, які складаються медичними сестрами після закінчення курсів спеціалізації чи вдосконалення;
- поліпшувати підготовку викладачів вищих медичних навчальних закладів із паліативної допомоги шляхом проведення не тільки циклів удосконалення, але й короткострокових курсів, особливо це стосується викладачів клінічних дисциплін;
- розробляти та впроваджувати навчальні програми для різних категорій медичних сестер із надання паліативної допомоги;
- враховуючи міжнародний та вітчизняний досвід, організувати ґрунтовне навчання фахівців роботі та взаємодії в складі мультидисциплінарної бригади шляхом розроблення та впровадження навчальних модулів для медичних сестер, соціальних працівників, консультантів і волонтерів у співробітництві з хоспісами, організаціями громадянського суспільства і міжнародними експертами з паліативної медицини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

2. Chernyshenko TI. (2015). Training of nurses for palliative medicine in Ukraine. *International journal Rehabilitation and Palliative Medicine*. 2 (2): 78–82. [Чернишенко ТІ. (2015). Підготовка медичних сестер в Україні. Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. 2 (2): 78–82]. doi 10.15574/IJRPM.2015.2.78
3. Etychnyi kodeks medychnoi sestry Ukrainy. (2016). *Osnovy medsestrynstva*. [Етичний кодекс медичної сестри України. (2016). Основи медсестринства]. URL: http://medmedsestrynstvo.blogspot.com/2016/03/blog-post_16.html.
4. Hubenko Ia, Shevchenko OT, Brazalii LP, Apshai VH. (2001). *Medsestrynskyi protses*. Kyiv: Zdorov'ia: 208. [Губенко ІА, Шевченко ОТ, Бразалій ЛП, Апшай ВГ. (2001). Медсестринський процес. Київ: Здоров'я: 208].
5. Hubenko IYa, Radziievska IV, Brazalii LP. (2011). *Medsestrynstvo v paliatyvni i khospisni dopomozі: prohrama dlia vyshchych medychnykh (farmatsevychnykh) navchalnykh zakladiv I–III rivniv akredytatsii za spetsialnistiu 5.12010102 «Sestrynська справа»*. Kyiv: Medytsyna: 11. [Губенко ІА, Радзієвська ІВ, Бразалій ЛП. (2011). Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа». Київ: Медицина: 11].
6. Hubenko IYa, Radziievska IV, Brazalii LP. (2011). *Medsestrynstvo v paliatyvni i khospisni dopomozі: prohrama tsykladu spetsializatsii dlia slukhachiv viddilen pislyadyploynoї osvity*. Kyiv: Medytsyna: 12. [Губенко ІА, Радзієвська ІВ, Бразалій ЛП. (2011). Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма циклу спеціалізації для слухачів відділень післядипломної освіти. Київ: Медицина: 12].
7. Medcollege. (2018). *Vsesvitnii den khospisnoi ta paliatyvnoi dopomohy*. [Medcollege. (2022). Всесвітній день хоспісної та паліативної допомоги]. URL: <http://medcollege.ck.ua/vsesvitnij-den-khospisno%d1%97-ta-paliativno%d1%97-dopomogi.html>.
8. Medcollege. (2022). *Ya maiu pravo na opiku*. [Медколедж. (2022). Я маю право на опіку]. URL: <http://medcollege.ck.ua/ya-maiu-pravo-na-opiku.html>.
9. MOZ Ukrainy. (2020). *Pro udoskonalennia orhanizatsii nadannia paliatyvnoi dopomohy v Ukraini. Nakaz MOZ Ukrainy vid 04.06.2020 No. 1308*. [МОЗ України. (2020). Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 №1308]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.

Відомості про авторів:

Губенко Інна Яківна — ректор Черкаської медичної академії, доктор філософії, професор, академік Української академії наук, заслужений лікар України. Адреса: м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел. (04722) 37–33–10.

Чернишенко Тетяна Іванівна — к. наук з держ. управл., Президент Асоціації медичних сестер України. Адреса: м. Київ, вул. Є. Сверстюка, 23.

Бразалій Людмила Павлівна — голова циклової комісії фахових медсестринських дисциплін Черкаської медичної академії. Адреса: м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел. (04722) 35–24–80.

Стаття надійшла до редакції 26.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

УДК 159.944:616–083–039.75

П. Є. Мазур, О. В. Батюх

Профілактика професійного вигорання медичних сестер при наданні паліативної і хоспісної допомоги

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 125-128; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.125

Ризик виникнення синдрому емоційного вигорання посідає одне з провідних місць у медичних сестер, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги та у відділеннях паліативної та хоспісної допомоги. У статті висвітлено результати дослідження емоційних ресурсів, «організаційних попередників вигорання», розглянуто клінічні прояви та описано методи профілактики синдрому професійного вигорання медичних сестер. У рамках освітнього процесу для профілактики цього стану першочерговим завданням є підготовка студентів, медичного персоналу, допомога в організації роботи в конкретних закладах для проведення профілактичних чи корекційних заходів.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду анкетованих.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, медичні сестри, синдром професійного вигорання.

Prevention of professional burnout of nurses while palliative and hospice care delivering

P. Ye. Mazur, O. V. Batiukh

Kremenets Medical Professional College named after Arsen Richinsky, Ukraine

The risk of burnout syndrome ranks one of the leading places among nurses, especially at the primary care level and in palliative and hospice care units. In the article are reflected results of the study of emotional resources, «organizational precursors of burnout», also are discussed clinical manifestations and methods of prevention of professional burnout syndrome in nurses. As a part of the educational process for the prevention of this condition, the primary task is to train students and medical personnel, help in organizing work in specific institutions in order to carry out preventive or corrective measures.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: palliative and hospice care, nurses, professional burnout syndrome.

Вступ

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це реакція організму, яка виникає внаслідок довготривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. Процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відчуженості та зниження задоволення від виконаної роботи. З одного боку, синдром вигорання – це певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дає змогу людині дозувати й економно витратити енергетичні ресурси [4]. Але з іншого – соматичні, психопатичні та психопатологічні дисфункції мають несприятливі наслідки для здоров'я і професійної діяльності спеціаліста.

Процес вигорання виникає внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» і розвивається поступово. Спочатку у «вигораючого» починає зростати напруга в спілкуванні. Далі емоційна перевага переходить у фізичну, людина не відчуває в собі сил для виконання навіть дріб'язкових справ, доводиться докладати чимало зусиль, щоб змусити себе розпочати роботу. Така втома може провокувати стан пригніченості, апатію, роздратування, відчуття постійної напруги, дискомфорту; стає все складніше зосередитися на роботі [5]. Людина вже не завжди здатна стримати спричинене навколишніми роздратування, виникає потреба усамітнитися, обмежити контакти. Якщо це не вдається, тоді спрацьовує певна захисна реакція організму, яка може проявитися у байдужості до людей, цинізмі та навіть агресії.

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

Перші дослідницькі праці з вивчення СЕВ опубліковані у США ще у 1974 р. Американський психіатр Герберт Фреденберг цим терміном характеризував психологічні стани здорових людей, які перебували в емоційно напруженій атмосфері в момент надання професійної допомоги [3]. Спочатку під СЕВ фахівці розуміли стан знемоги і виснаження, поєднаний з відчуттям марності зусиль і власної непотрібності, однак із часом симптоматика цього синдрому значно розширилася за рахунок психосоматичних компонентів. Сучасні дослідження дедалі частіше пов'язують СЕВ із психосоматичним самопочуттям, а відтак – станом, що передує хворобам.

Одне з перших місць за ризиком виникнення СЕВ посідає професія медичної сестри. Робочий день у професіоналів цієї спеціальності – це спілкування з людьми, переважно хворими, що потребують постійної турботи та уваги. Стикаючись із негативними емоціями, медсестра мимоволі залучається до них, через що і сама починає відчувати підвищену емоційну напругу.

Робота в групі паліативної допомоги передбачає постійний контакт із людською трагедією й стражданнями. За словами американського соціального психолога Христини Маслач, професійне вигорання – це розплата за співчуття.

Мета роботи – дослідити емоційні ресурси, виявити «організаційних попередників вигорання», розглянути клінічні прояви та методи профілактики синдрому професійного вигорання медичних сестер.

Матеріали та методи дослідження

У Тернопільській області з 2016 р. діє тільки один хоспіс та декілька відділень паліативного догляду. Така критично мала кількість медико-соціальних закладів є недостатньою для забезпечення якісного догляду за пацієнтами саме на завершальному етапі життя. Зокрема, це стосується населення сільської місцевості, яке не має доступу до спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги. Тому найчастіше паліативна допомога надається хворим на первинному рівні медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах або вдома лікарями загальної практики – сімейної медицини, медичними сестрами або фельдшерами.

Експериментальне дослідження проведено на базі відділення підвищення кваліфікації молодших спеціалістів із медичною освітою Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського. У дослідженні взяли участь 137 молодших спеціалістів із медичною освітою (з 5 районів Тернопільської області), віком 20–69 років, серед них було 133 жінки, 4 чоловіки. З усіх респондентів 20 осіб працюють медсестрами терапевтичних відділень і кабінетів, 9 –

у відділенні хоспісної та паліативної допомоги, 32 – фельдшерами ФАПів і амбулаторій, 31 – медсестрами загальної практики – сімейної медицини, 8 – акушерками пологових відділень і жіночих консультацій, 12 – медсестрами медичних дитячих відділень і кабінетів, 15 – головними й старшими медсестрами, 10 – медсестрами хірургічних відділень і кабінетів.

Перед початком анкетування учасників дослідження поінформовано про умови його проведення, їм надано гарантії нерозголошення отриманої інформації щодо учасників дослідження, що відповідає принципам інформованої згоди. Респонденти не залежали від дослідників. З метою дослідження рівня емоційного вигорання в медичних спеціалістів застосовано тестову методику визначення психічного «вигорання» А. А. Рукавішнікова [2]. Методика націлена на інтегральну діагностику психічного вигорання. Результати отримані за трьома шкалами: особистісне віддалення, психоемоційне виснаження, професійна мотивація. За такою методикою автор виділяє 5 рівнів градації в кожній шкалі.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження, сумарний індекс вигорання в досліджуваних розподілявся так: 7,0% опитаних мали дуже високий рівень вигорання, 12,0% – високий рівень, 45,0% – середній рівень, 34,0% – низький, 2,0% – вкрай низький рівень вигорання. При цьому високий рівень емоційного вигорання спостерігався переважно в медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, відділення хоспісної та паліативної допомоги та фельдшерів ФАПів.

Серед причин емоційного вигорання медичних сестер можна виділити конфлікти різного характеру, психологічну перевтому, високе робоче навантаження, некоректні та невизначені вимоги, одноманітну працю протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку, участь у прийнятті рішень, особистісні якості, недостатність професійної підготовки, брак досвіду, невміння долати труднощі, наявність сімейної чи особистісної кризи.

Основні складові вигорання: *емоційна виснаженість* (відчуття спустошеності та втоми, викликане власною роботою), *деперсоналізація* (цинічне ставлення до роботи та до її об'єктів, тобто виникає байдуже, негуманне, цинічне ставлення до людей, з якими працюють), *редукція професійних досягнень* (виникнення у працівників почуття некомпетентності у професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній) [1].

Емоційне вигорання характеризується такою сукупністю синдромів:

- **Психофізичний синдром:** симптом хронічної втоми, відчуття емоційного і фізичного виснаження, постійні розлади шлунково-кишкового тракту, частий безпричинний головний біль, повне чи часткове безсоння, різка втрата чи різке збільшення ваги, задишка або порушення дихання під час фізичного чи емоційного навантаження, помітне зниження зовнішньої й внутрішньої сенсорної чутливості.

- **Соціально-психологічний синдром:** байдужість, нудьга, пасивність і депресія, підвищена дратівливість на незначні, дрібні події, постійне переживання негативних емоцій.

- **Поведінковий синдром:** співробітник помітно змінює власний робочий режим дня, з'являються невиконання важливих, пріоритетних завдань, дистанціювання від співробітників.

Для подолання СЕВ пропонуються такі способи:

1. Слід навчитися впливати на власний емоційний стан:

- Слухати музику (у численних дослідженнях виявлено, що під впливом музики пам'ять поліпшується на 45–50%, увага зростає на 25–30%. Музика активізує розумові здібності, а також працездатність і зосередженість, здатна розвивати і підвищувати інтелект людини. Звукові вібрації стимулюють кровообіг, емоційний тонус. Під дією ритму активізується дихання, збільшується вентиляція легень. Головне правило – музика не повинна бути занадто швидкою, гучною і дисонансною. Тому рекомендовано застосовувати таку індивідуальну «музичну аптечку», яка показана щоденно усім:
 - Соната для двох фортепіано до мажор (Andante) Вольфганга Амадея Моцарта;
 - «Угорський танець», симфонія 3–4, скрипковий концерт Йоганнеса Брамса;
 - Симфонія «Зимові мрії», увертюра до фантазії «Ромео та Джульєтта», опера «Євгеній Онегін» Петра Ілліча Чайковського;
 - «Весняна пісня» Фелікса Мендельсона;
 - «Гумореска» Антоніна Леопольда Дворжака;
 - «Медитація» Жуля Массне;
 - «Американець у Парижі» Джорджа Гершвіна;
 - «Полонез» Міхала Клеофаса Огінського;
 - «Пори року» Антоніо Вівальді;
 - Органна музика Йоганна Себастьяна Баха;
 - гурт ДахаБраха.

- Стати волонтером, адже турбота про інших – це і турбота про самого себе.

- Відвідувати культурні заходи. Регулярно ходити на виставки або концерти – це ще один спосіб відчувати себе щасливим. Люди, які знаходять час

на музеї, театри та клуби за інтересами, менш тривожні й більш задоволені якістю життя.

- Медитувати. Медитація – це цілеспрямована зміна свідомості. Численні дослідження показують, що, входячи в стан внутрішнього спокою, можна зменшити відчуття депресії й тривоги, поліпшити пам'ять і підвищити емоційний самоконтроль. Фізіологічною користю для організму є: зменшення швидкості метаболізму, зниження рівня стресу, стабілізація кров'яного тиску, поліпшення прохідності повітря до легень, уповільнення процесу старіння.

2. Необхідно навчитися впливати на думки, змінити світогляд:

- Рекомендується фіксувати речі, за які людина вдячна. Необхідно завести блокнот, до якого щодня вносити інформацію про те, у чому сьогодні пощастило. Це чудовий спосіб завжди перебувати в гарному настрої.

3. Корисно навчитися впливати на організм:

- Достатньо висипатися, використовувати у повсякденному житті ароматерапію, масаж, фітотерапію, терапію кольором. Людина сприймає колір як хвили з певними характеристиками, що викликають резонанс у всіх клітинах тіла. Вплив кольоровою гамами буває надзвичайно сильним. Жовтий колір – веселий, активний, сприяє спілкуванню. Зелений колір надає відчуття впевненості, наполегливості, активності. Фіолетовий викликає прагнення до злагоди й гармонії. Синій колір допомагає людині зануритися у внутрішній світ і залишитися наодинці з собою.

- Дотримуватися збалансованого харчування. Їжа не тільки доставляє смакову насолоду, але й стимулює роботу мозку і приносить фізичну насолоду. Наприклад, регулярне вживання чорного гіркого шоколаду відновлює фізичні й душевні сили, сприяє виробленню в організмі людини ендорфінів («гормонів щастя»), додає позитивних емоцій і бадьорості. Насіння соняха й гарбуза насичує організм рослинними оліями, здійснює заспокійливий ефект. Брокколи насичена мікроелементами, є найкращим засобом подолання тривоги, паніки, нудьги. Чудовий антистресовий засіб – чорниця. Полуниця долає безсоння, дратівливість, втому, допомагає підтримувати настрій. Отже, додавши до щоденного раціону ці корисні, звабливі на смак та аромат природні антидепресанти, можна забезпечити не лише хвилини, але й години радості та позитиву.

- Займатися спортом, фізичною культурою та танцями. Танці не тільки додають життю яскравих фарб, але й позитивно впливають на здоров'я. Танцювальні рухи підвищують терпимість до болю, допомагають соціалізуватися і дають людині відчуття щастя.

Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі

Ні для кого не секрет, що робота, навіть та, яка є покликанням людини, має здатність виснажувати. Щоб медпрацівник не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід усвідомити, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить насамперед самому пацієнтові. Найкращою профілактикою професійного вигорання є адекватне ставлення до роботи та відведення їй належного місця в житті. Науковці із США стверджують, що місце роботи бажано змінювати кожні 5–7 років. Але це в наших умовах зробити неможливо, хоча через 5–7 років можна змінити відділення стаціонару.

Особисте душевне благополуччя людини значною мірою залежить від того, як вона керує власними почуттями, думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не змінює навколишнього світу людини, але змінює та організовує саму людину в потрібному їй напрямку. Адже відомо, що вплив будь-якої події на людину залежить не стільки від характеру самої події, скільки від глибини її переживання. Високий інтелект, толерантність, духовна витривалість, досконале володіння власними емоціями, настроями та вчинками – усі ці якості не допомагають розвитку синдрому вигорання.

References/Література

1. Boyko VV. (1999). *Sindrom «emotsionalnogo vyigoraniya» v professionalnom obschenii*. SPb.: Piter-Press: 105. [Бойко ВВ. (1999). Синдром «емоціонального вигорання» в професійному общенні. СПб.: Питер-Пресс: 105].
2. Fetiskin NP, Kozlov VV, Manuylov GM. (2002). *Opređenje psihicheskogo vyigoraniya (A. A. Rukavishnikov)*. *Sotsialno-psihologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i mal'yx grupp*. M.: 357–360. [Фетискин НП, Козлов ВВ, Мануйлов ГМ. (2002). Определение психического выгорания (А. А. Рукавишников). Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: 357–360].
3. Firsov MV, Studenova EG. (2001). *Teoriya sotsialnoy raboty. Uchebnoe posobie dlya studentov vyisshih uchebnykh zavedeniy*. Moskva: Vlados: 432. [Фирсов МВ, Студенова ЕГ. (2001). Теория социальной работы. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Владос: 432].
4. Roginskaya TI. (2002). *Sindrom vyigoraniya v sotsialnykh professiyah*. *Psihologicheskii zhurnal*: 3. [Рогинская ТИ. (2002). Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал: 3].
5. Trunov DG. (1998). «*Sindrom sgoraniya*». *Pozitivnyiy podhod k probleme*. *Zhurnal prakticheskogo psihologa*. 5: 84–95. [Трунов ДГ. (1998). «Синдром сгорания». Позитивный подход к проблеме. Журнал практического психолога. 5: 84–95].

Відомості про авторів:

Мазур Петро Євстахійович – к.мед.н., директор Кременецького медичного фахового коледжу імені А. Річинського. Адреса: м. Кременець, вул. Словацького, 12.

Батюх Оксана Володимирівна – магістр медсестринства, зав. медсестринсько-акушерського відділення Кременецького медичного фахового коледжу імені А. Річинського. Адреса: м. Кременець, вул. Словацького, 12.

Стаття надійшла до редакції 06.10.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Висновки

Доведено, що ризик виникнення синдрому емоційного вигорання посідає одне з провідних місць у медичних сестер, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги та у відділеннях паліативної та хоспісної допомоги.

Завдяки організації та проведенню дослідження доведена потреба розповсюдження знань у галузі вигорання – роз'яснення предикторів, стадій розвитку, основних складових та наслідків саме на освітньому рівні. Першочерговим завданням для профілактики цього стану є підготовка студентів, медичного персоналу, допомога в організації роботи в конкретних закладах для проведення профілактичних або корекційних заходів.

Вигорання – це криза, конфлікт між внутрішніми та зовнішніми стандартами. Лише збереження та володіння власною життєвою енергією, ентузіазм та здоровий «апетит» до життя забезпечать гармонію особистості.

Прості речі підвищують якість життя, тому слід бути соціально активними та цінувати себе.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

УДК 165.745:128:141.32

С. В. Пустовіт

Філософія та паліативна медицина: питання природи людини, смерті та вмирання

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 129-134; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.129

Філософські питання паліативної та хоспісної допомоги, смерті та вмирання людини – надання їй на термінальних стадіях медичної та соціальної допомоги – тісно пов'язані з розвитком філософської антропології, аксіології, біоетики, з ідеями та концепціями гуманітаристики, філософськими, соціологічними, психологічними вченнями про природу людини. У контексті філософських проблем смерті та вмирання аналізуються ідеї сприйняття часу, крихкості людини, сенсу життя, травми, гідності особистості, які формують сучасне розуміння феноменів смерті та вмирання в медичному дискурсі. Роблять висновок, що під впливом ключових ідей філософії, психології, психотерапії паліативна та хоспісна допомога мають перетворюватися на багатоаспектну діяльність, яка включає не тільки медичну допомогу, але й духовну та психотерапевтичну підтримку, розуміння унікальності та духовних вимірів життя особистості.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: філософська проблема смерті та вмирання, природа людини, хоспісна та паліативна допомога.

Philosophy and palliative medicine: questions of human nature, death and dying

S. V. Pustovit

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

The philosophical issues of palliative and hospice care, death and dying of a person – the provision of medical and social care at the terminal stages – are closely related to the development of philosophical anthropology, axiology, bioethics, ideas and concepts of humanities, philosophical, sociological, psychological doctrines of human nature. In the context of philosophical problems of death and dying, the ideas of perception of time, human fragility, the meaning of life, trauma, dignity of the individual, which form the modern understanding of the phenomena of death and dying in medical discourse, are analyzed. It is concluded that under the influence of the key ideas of philosophy, psychology, psychotherapy, palliative and hospice care should be transformed into a multidimensional activity that includes not only medical care, but also spiritual and psycho-corporeal, psychotherapeutic support, understanding of the uniqueness and spiritual dimensions of human life.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: philosophical problem of death and dying, human nature, hospice and palliative care.

Світова цивілізація створила достатньо гнучку систему соціальних інституцій, яка дає змогу громадянину гармонізувати власні цілі, цінності та норми із загальноприйнятими в демократичних суспільствах. Ринкове суспільство, парламентська демократія, національна державність є реалізацією принципів свободи, справедливості й солідарності, гідності особистості. Однак у житті будь-якого суспільства завжди існує ризик інтертності, нетолерантності, стигматизації, коли йдеться про такі сакральні речі, як смерть і вмирання людини. Саме тому пошук та розкриття філософських засад сучасної медичної теорії та практики – барометр здорового стану соціуму, свідчення усвідомлення, неприховування го-

стрих теоретичних і практичних проблем у сфері охорони здоров'я, намагання підійти впритул до їх вирішення. Філософські питання паліативної та хоспісної допомоги, смерті й вмирання людини – особливості та принципи надання їй на термінальних стадіях медичної і соціальної допомоги – це питання філософської антропології, аксіології, біоетики щодо природи людини та її місця у світі.

У чому полягає природа людини? У Давній Греції вважалося, що людська природа міститься виключно в її розумових здібностях, здатності до логічних суджень та узагальнень. За доби Середньовіччя завдання для людини ускладнюється тим, що для реалізації своєї «розумової» природи їй ще потрібно долучити-

ся до Бога і отримати спасіння в день Страшного суду, а драма людської історії, її метафізичний зміст набувають кульмінації в парадигмі «гріхопадіння-спокутування». За часи Просвітництва та в Новий час філософська проблема природи людини починає розглядатися в соціально-правовому контексті, суспільство перетворюється на гаранта дотримання справедливості, а людина — на носія природних прав, вона отримує право використовувати власні сили та розум для збереження своєї особистості й життя.

У ХХ ст. під впливом ідей філософської антропології, психоаналізу, феноменології та екзистенціалізму вкотре переглядається концепція людини. Людина починає розглядатися як істота вразлива, незахищена, самотня, що страждає від об'єктивізації та раціоналізації з боку суспільства її неповторного, унікального особистісного світу, її переживань та тілесності. Але, прагнучи розкрити та описати природу людини, філософи неминуче стикаються з непереборними антиноміями: нескінченності та скінченності, дискретності та безперервності, причинності та свободи, необхідності та випадковості у світі.

Коли йдеться про смерть та вмирання людини, увага акцентується передусім на тому, що соціокультурні умови в країні, організація медичних закладів, етико-правові норми та етичні принципи поведінки працівників охорони здоров'я і соціальних працівників мають будуватися на сучасних наукових уявленнях про сутність і природу людини, її життя та смерті. У контексті сучасної філософської думки проблема смерті та вмирання в першому наближенні постає як:

1) онтологічна проблема буття та небуття, здоров'я та хвороби, вмирання та смерті людини;

2) гносеологічна проблема меж нашого пізнання феноменів смерті та вмирання;

3) аксіологічна, моральна та етико-правова проблема автономії і гідності людини, її права не тільки на гідне життя, але й на його гідне закінчення.

У багатьох сучасних цивілізованих суспільствах, незважаючи на прискорений прогрес біомедичної науки та технології, панують ідеї класичного раціоналізму і модерну з їхньою методологічною настановою на представлення всього суцього в збалансованому, співмірному, гармонізованому, усередненому, симетричному стані. У доказовій медицині такий методологічний спосіб організації пізнавальної діяльності отримав назву статистичного методу. «За бортом» уваги медиків залишається все, що не вписується в парадигму наукової медицини як вчення про нозологічні одиниці, а саме, усе нефізіологічне, нетипове, аномальне, незакономірне, те, що не відповідає стандартам емпіричних наук, науковим за-

кономірностям, існуючій систематичності хвороб. З'ясується, що смерть і вмирання — це не хвороби, вони поза хворобами, понад хворобами, як предмету медичної науки, вони є кульмінаційним моментом життєвого шляху, життєсвіту пацієнта, остаточним акордом його долі. І в цьому сенсі вони не можуть бути включеними в суто медичний дискурс, бути медичними явищами та подіями, предметом емпіричного дослідження.

Сучасна парадигма наукової медицини виходить з ідеї середньостатистичної психофізіологічної норми як абстракту та ідеалу математизованої людської природи, у світлі якого відбувається стигматизація всього ненормального, хворобливого, нездатного до життя, вмираючого. З цієї точки зору, вмираюча людина — вже не справжній пацієнт, це «недопацієнт», не отримувач медичних послуг, не споживач, не активний громадянин, не соціальна істота.

Між тим, в історії філософії було багато досліджень — філософських, психологічних, соціокультурних, що наголошували на важливості немедичного, філософського погляду на феномени вмирання та смерті, на онтологічному значенні факту смерті, спілкування з вмираючим, турботи про нього для конституювання сенсу людського життя.

Ще за часи античності сформувалася європейська настанова ставлення до смерті як частини ноуменального світу, який неможливо досягнути за допомогою почуттів: коли ми є, то смерті ще немає, а коли смерть настає, то нас вже немає. Таким чином, смерть не існує ні для живих, ні для мертвих (відомий вираз Епікура). І. Кант вважав, що причинно-наслідковий раціоналізм описує явища феноменального світу, того світу, який нам являється, про який ми можемо щось сказати та констатувати; навпаки, заглиблюючись у ноуменальний світ — світ у собі, ми опиняємось віч-на-віч зі свободою та світом можливого. Смерть є віддзеркаленням ноуменального світу, немає слів і відчуттів, щоб виразити знайомство зі світом потойбічного, про смерть нічого сказати, бо можна відчутти тільки життя, а смерть — це те, що його обмежує, відділяє від небуття.

За останні майже три століття, після виникнення та формування природничих наук як окремих дисциплін, зокрема наукової медицини, яка взяла свій курс на емпіричний метод та експериментальне підтвердження медичних явищ, ця настанова значною мірою зміцнює свої позиції, а смерть людини як особистості остаточно зникає з поля зору лікарів та науковців як феномен, що можна вивчати та розуміти поза фізіологічним контекстом.

Французький філософ постмодерніст Ж. Бодріяр вважав, що в сучасному світі порушується символіч-

ний обмін життя і смерті, який був притаманний суспільствам домодерної епохи, коли ще зберігалось сакральне ставлення до померлих та смерті як таїнств і соціальних явищ. Сьогодні стає непристойним говорити про смерть і вмирання, суспільство та його інститути нібито дистанціюються від них як природних явищ: кладовища виносяться за межі міст, люди соромляться носити траур за померлими, контакти з вмираючим мінімізуються у зв'язку з тим, що люди все частіше вмирають у закритих від зовнішнього погляду медичних закладах. Порушення символічного обміну життя й смерті призводить до того, що смерть усе частіше «знаходить» місце в самому житті, що перетворюється на доживання, симулякр-подобу життя.

Оскільки кінцева мета медицини – перемога над хворобами, то лікарю немає що сказати та чим втішити вмираючого пацієнта, бо лікарі не вірять у диво та «світ можливого», а вірять тільки в біомедичні технології, які на сьогодні, на жаль, не здатні врятувати життя всіх хворих на рак, лейкоз, серцево-судинні захворювання, тих, хто має рідкісні, невиліковні орфанні захворювання тощо. Смерть кожного пацієнта – підтвердження безсилля медицини як теорії та практики, лікаря – як спеціаліста та вченого, це свідчення нестачі наукових знань і «неспроможності» методичних підходів, недосконалості сучасних технологій, а також обмеженості існуючих наукових парадигм хвороби та здоров'я.

Природничі науки, у тому числі медицина, не містять ідей крихкості людського життя, принципової неунікненості хвороб, непереборності вмирання, смерті як невід'ємних органічних частин соціокультурного, духовного, психотілесного життя людини. Ці ідеї метафізично позбавляються свого органічного субстрату – особистості, суб'єкта, втрачають зв'язок із ним. З точки зору наукової медицини, пацієнт може перебувати тільки у двох можливих станах: хворобливому або біляхворобливому (передхвороби або ремісії). Смерть та вмирання пацієнта як межа, перехід, духовне та екзистенційне явище вилучаються з простору конструювання сенсів у науковій медицині.

Філософські інтелектуальні рухи, такі як екзистенціалізм і феноменологія, разом із психоаналізом та іншими психологічними теоріями ХХ ст. (глибина та екзистенційна психологія) сприяли перегляду уявлень про природу людини, її повсякденний світ, самість, індивідуальне життя та смерть. Природним є не тільки світ, де панує раціональна логіка, а також і ноуменальний світ, логіка якого здається неопанованою, де діє вільний вибір людини. Людина – єдина жива істота, яка усвідомлює свою смертність, скінченність та страждає від цього, бо водночас є ро-

зумною та духовною істотою (що прагне до пошуку сенсу життя) і тілесною, смертною; вона також страждає від крихкості та недосконалості власного життя, від неповаги до гідності й свободи вибору її як особистості з боку медичного персоналу та соціального оточення, навіть тоді, коли її життєвий шлях завершується. Але одночасно в мужньому прийнятті людиною страждань життя набуває і зберігає свій сенс до кінця. Сенс життя є безумовним, бо включає і сенс страждань. Від людини потрібна не здатність витримувати абсурдність життя, а скоріше здатність досягнути її безумовний сенс.

У ХХ–ХХІ ст. саме поняття природи людини докорінно переосмислюється у світлі досягнень філософської антропології, герменевтики, феноменології та екзистенціалізму, а есенціалістські, «сутнісні» підходи до визначення природи людини поступаються місцем: «екзистенціалам»; модусам співіснування людини разом з іншими людьми, тваринами, природою, суспільством; феноменології тілесності та уявленням про відкритість життєвого світу людини зовнішнім небезпекам. У центрі філософії медицини опиняються такі феномени людського життя, як співпереживання, тілесність, біль, страждання, вина, травма, вмирання, смерть. Стає зрозумілим, що людське життя на завершальних етапах не закінчується одночасно з «банкрутством» медичної допомоги. Навпаки, саме на завершальних стадіях життя розкривається різноманітна палітра людських екзистенціалів, життя особистості набуває своєї завершеності та осмисленості. Але водночас останні роки та місяці життя вмираючих людей проходять під знаком тривоги, травми та переживань особливого досвіду.

Характерною особливістю буття людини, яка свого часу розглядалася екзистенційними філософами М. Гайдеггером, Т. Адорно, Х. Арендт, є антропологічна вразливість, слабкість або крихкість. Вони обмежують та формують можливий життєвий досвід, що втілює в собі ідеї спорідненості життя та смерті, свободи та несвободи, добра та зла. Три головних прохань вмираючого пацієнта – «вислухай мене»; «допоможи мені»; «не залишай мене» – свідчать про відчуття станів незахищеності, вразливості, самотності.

Перед обличчям незворотної біологічної смерті кожна людина потребує збереження нерозривного зв'язку, безперервності з тим, що було до того, та з тим, що буде після (відчуття символічного безсмертя) [3]. Прагнення до творчого ставлення, переоцінки сенсу життя та смерті, нарративної цілісності життя є основою буття до смерті, для справжнього життя. Медико-соціологічні та психологічні дослідження уявлень людини про час, сприйняття часу

показали, що в пацієнтів із тяжкими невиліковними хворобами ці уявлення мають критичний вплив на індивідуальне психологічне та соціальне існування, стосуються почуття ідентичності, самооцінки особистості, моральної відповідальності [3]. Коли людина живе з думкою про майбутнє, у неї є відчуття базової, онтологічної безпеки. Людина вірить у те, що її дії, поведінка мають сенс і власні плоди, а вона несе свою частку відповідальності як соціальна істота за власні вчинки. Час відіграє фундаментальну роль для розуміння людського досвіду тільки тоді, коли людина проєктує себе, трансцендує себе, «кидає себе в майбутнє», можливе справжнє людське буття.

Під впливом несприятливого діагнозу або тяжкого стану відбуваються руйнування, деструкція фундаментального індивідуального відчуття часу життя. Початок будь-якої серйозної хвороби — це зупинка в часі, коли нормальне сприйняття часу закінчується, починається життя зовсім іншого гатунку та виміру. Перед обличчям неминучої смерті відбувається переоцінка ставлення до часу: переглядаються як орієнтація на майбутнє, так і недооцінка теперішнього. Відбувається інверсія сприйняття цінності часу, вивільнення від повсякденного існування як «боротьби за майбутнє» та поява можливості насолоджуватися, не перейматися упущеними можливостями, більш повноцінно жити теперішнім. Інші два сценарії мають деструктивний вплив на особистість. Перший — для людини виявляється життєво важливим вхопитися за те, що є, і забезпечити це від шкідливого впливу ззовні. Безпека, яка вибудовується, подібна безпеці у в'язниці: це обмеження всіх відкритих ще можливостей розвитку особистості, відмова від професійних проєктів, обмеження кола знайомств, згортання повноцінної соціальної реалізації і соціальних комунікацій. Друга деструктивна настанова — підвищена увага, зацікнення на минулому, марне бажання повернути минуле і те, як усе було раніше, до страшного діагнозу, наполегливі роздуми, як усе могло би бути.

Людське життя є не тільки те, що відбувається тут і зараз. Сьогодні, кожна мить людського життя містить компоненти майбутнього. У надії й побоюваннях, у планах та проєктах або в очікуванні життя завжди вже виявляється поза справжньої миті, адже власний напрямок і характер поточне життя отримує тільки у зв'язках із майбутнім, без чого воно не може відбутися. Якщо сьогодні таким чином формується у співвіднесенні з майбутнім, то смерть повинна включатися в поточне життя як граничний момент цього співвіднесення. І хоча, з точки зору екзистенціалізму, ставлення до смерті не є обов'язковою складовою будь-якої миттєвої свідомості, проте воно

є необхідною умовою для досягнення справжнього існування [1]. Співвіднесеність життя зі смертю визначає будь-яку співвіднесеність людини з майбутнім. Відповідальне планування життєвих справ завжди передбачає врахування часу та одночасно загрозу смерті. *Mors certa, hora incerta* — смерть — неминуча, її час невизначений. Отже, життя має бути організоване в такий спосіб, щоб воно не стало безглуздом за рахунок смерті, яка може раптово втрутитися. Отже, необхідно організувати життя так, щоб виконання сенсу досягалося цілком уже зараз, ось тут, тепер. Отже, знання про смерть, розкриття сенсу смерті, як зворотного боку життя, дуже важливе з онтологічної точки зору для ствердження гуманітарних та філософських підходів до розуміння цього феномену.

В екзистенційній філософії велике значення приділяється страху «перед смертю». Страх смерті змушує людину проживати кожен мить так, щоб не відчувати більше загрози, обумовленої можливістю смерті. Тепер, коли можливість будь-якого соціального успіху поставлена під питання, йдеться про виключно цінне, що не залежить більше від успіху, від зростання досягнень, що не може бути знищеним передчасною смертю. Це цінне — образ думок та залученість до потоку життя, які реалізуються в миті. Під впливом смерті руйнуються визначення, що надають життю зміст та сенс, залишається тільки якість безумовного переживання миті, існування. Смерть стає кінцевою і безумовною граничною ситуацією та критерієм людського існування. Будь-яке людське існування означає знаходження перед обличчям смерті. Неправда, брехня, уникнення моральних та духовних вимірів буття, усі спроби відхилення від «справжнього» життя, насиченого роздумами та рефлексією власних учинків у світлі загальнолюдських цінностей, перед обличчям смерті, приречені на поразку. Тому переживання досвіду вмирання та смерті інших має ще й моральну та біоетичну цінність для особистості. Смерть як феномен являється особистості в її повсякденному житті, коли вона відступає від образу Божого, нехтує загальнолюдськими цінностями, цінностями любові та поваги до усього живого (як це було яскраво показано Е. Фромом у його вченні про біосоціальний характер та біофільну і некрофільну базову установку особистості в її ставленні до оточуючого та власного внутрішнього світу).

Знання-переживання ризику власної та чужої смерті є травмою, яка переживається як катастрофічне знання, що неможливо передати іншим, або як пам'ять, для засвоєння якої потрібна стороння допомога [2]. Люди прагнуть «проговорити» такий досвід, поділитися ним з іншими, наприклад, як вони ходять до лікарні, сидять у приймальні, від-

чувають власні симптоми та тілесність, які ліки застосовують, але мало хто готовий вислуховувати їхні розповіді та співчувати їм.

З точки зору сучасної практичної філософії, питання про природу людини – не абстрактно-метафізичне питання, а скоріше, прикладне, практично-моральнісне та правове, оскільки права і свободи, що впливають із сучасних визначень її природи, закріплені на законодавчому рівні, є фундаментом функціонування соціальних інститутів та інституцій, соціальних комунікацій, гарантією збереження демократичних засад суспільства, соціального, психологічного і фізичного благополуччя людей у термінальній стадії захворювання або за умови обмеженого прогнозу тривалості їхнього життя, неоднозначного прогнозу одужання або повноцінного відновлення функцій життєдіяльності.

Право термінальних хворих на повагу до гідності, на позбавлення від болю, на гідну смерть, що свого часу було проголошено представниками біоетичного та хоспісного руху, має таку ж універсальну цінність для сучасного суспільства, як і всі інші невід’ємні фундаментальні права людини. Право кожної людини на гідну смерть є продовженням її права на гідне життя. На жаль, пацієнти «йдуть із життя» раніше власної біологічної смерті, вони піддаються стигматизації, перестають бути «цікавими»: для лікарів, які вже нічим не можуть їм допомогти та втішити; для близьких, які відчувають найглибші почуття безпорадності і фрустрації; для друзів і колег, бо перестають виконувати свої соціальні функції.

Основна ідея «філософії хоспісної допомоги» – людське життя зберігає власну цінність до останньої миті. За справедливою думкою засновниці хоспісного руху С. Сондерс, ми повинні додавати життя до днів вмираючих, якщо не можемо додати дні до їхнього життя. Вмирання і смерть – це важливі етапи людського життя, наділені глибоким змістом. Свого часу такі дослідники, як Е. Кублер–Рос і Р. Моуді, показали, що психологічні стадії вмираючого пацієнта та навколосмертні стани є закономірними структурованими стадіями психологічного життя, де особливо гостро відчувається потреба психологічної та духовної підтримки не тільки з боку близьких, але й з боку спеціально підготовленого персоналу.

Страждання для вмираючого виступає як унікальне завдання, у вирішенні якого ніхто його не може замінити. Це індивідуальний етап духовного розвитку кожної особистості, а унікальність ситуації визначається тим, яким чином людина несе власний тягар, сприймає свою долю. У власних стражданнях паліативний пацієнт виступає як унікальна і єдина у своєму роді особистість. Своєю чергою, робота з вмираючим пацієнтом вимагає від медичного пер-

соналу незвичайної віддачі. Усі зміни особистості пацієнта потребують усвідомлення й прийняття. Лікар неминуче втягується в щоденні переживання пацієнта. Коли виникає загроза настання смерті, може статися констеляція зв’язку «перенесення-контрперенесення» в особливо інтенсивній формі. Пацієнт та лікар опиняються в полоні могутнього архетипічного стану. Не всі пацієнти викликають у лікаря подібні відчуття залучення, але тільки деякі з них, які потребують компенсації непрожитих аспектів власного життя. Автентична передача переживань вимагає певної міри самовикриття. Лікар, який по-справжньому залучений у цей процес, зобов’язаний прямо «глянути в обличчя» неминучої смерті. Це може викликати не тільки сумніви щодо власної компетенції, але й ще більшу ідентифікацію з пацієнтом.

Розуміння філософських, психологічних, моральних, етико-правових аспектів смерті та вмирання є фундаментальною засадою для формування необхідних професійних компетентностей лікарів і медичних сестер, соціальних працівників, медичних психологів, психотерапевтів. Людина, яка вмирає, залишається унікальною, отже, процес її індивідуалізації триває протягом життя. Медична, психологічна та соціальна допомога вмираючим впливає на духовний стан тих, хто з ними працює, ця робота потребує особливої життєвої зрілості, стійкості, енергії та духовних сил; потрібно завжди пам’ятати про самість хворого, вважати смерть особливим видом людських переживань, зважати на те, що вмираюча людина має право на самовизначення, на пошуки своєї самості. Тяжка ситуація хворого не зменшує його значення як особи, одиницею догляду є саме хворий та його близькі [4]. Виходячи з цього, паліативно-хоспісна опіка має пропонувати таку систему підтримки, яка дає змогу хворому жити настільки активно, наскільки це можливо; спиратися на командні дії для задоволення різноманітних потреб хворого; підвищувати якість життя та пом’якшувати симптоми хвороби, завжди пам’ятати про суб’єктну роль хворого, вважати смерть особливим видом людських переживань [5].

Сьогодні поняття «здоров’я та хвороба», «смерть та вмирання» в глобалізованому міжнародному співтоваристві набувають глибокого екзистенційного сенсу і починають асоціюватися з тривогою, безпорадністю, самотністю, занедбаністю, неможливістю бути вислуханим, зрозумілим, отримати вчасну та якісну медичну допомогу, зі страхом випадкового інфікування та невиліковних, хронічних і орфанних захворювань. Тому під впливом ключових ідей філософії, психології, психотерапії та інших наук для розуміння феноменів смерті та вмирання в ХХ–ХХІ ст.

паліативна та хоспісна допомога мають перетворюватися на багатоаспектну діяльність: тут мають бути не тільки сучасна медична допомога, але й духовна та психотілесна, психотерапевтична підтримка, філософська глибина та мудрість розуміння унікальності й духовних вимірів життя особистості. Мета –

надати пацієнтові більше відчуття турботи, захищеності та комфорту, поваги до нього як унікальної особистості, яка проживає ключові моменти власного життя в пошуках його сенсу навіть перед обличчям смерті.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Bolnov OF. (1999). *Filosofiya ekzistentsializma. Sankt-Peterburg: Izd-vo Lan: 129–130.* [Больнов ОФ. (1999). *Філософія екзистенціалізму. Санкт-Петербург: Изд-во Лань: 129–130*].
2. Karut K. (2017). *Pochuty travmi. Rozmovy z providnymy spetsialistamy z teorii ta likuvannia katastrofichnykh dosvidiv. Interviu provela. Kyiv: Dukh i Litera. 196: 170.* [Карут К. (2017). *Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв'ю провела. Київ: Дух і Літера. 196: 170*].
3. Krossli ML. (2013). *Narativnaya psihologiya. Samost: psihologicheskaya travma i konstruirovaniye smyislov. H.: Gum tsentr. 284: 211–220.* [Кроссли МЛ. (2013). *Наративная психология. Самость: психологическая травма и конструирование смыслов. Х.: Гум центр. 284: 211–220*].
4. Shaveren Dzh. (2006). *Umirayuschiy patsient v psihoterapii. Zhelaniya. Snovideniya. Individuatsiya. Moskva: 250* [Шаверен Дж. (2006). *Умирающий пациент в психотерапии. Желания. Сновидения. Индивидуация. Москва: 250*].
5. *Ukr. katolytskyi universytet. (2018). Paliatyvno-khospisna opika: pozamedychni bahatovumirni aspekty. Lviv: 360.* [Укр. католицький університет. (2018). *Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти. Львів: 360*].

Відомості про автора:

Пустовіт Світлана Віталіївна – д.філос.н., проф., зав. каф. філософії НУОЗУ імені П. Л. Шупика, Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 12.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.

Тези до рубрики

УДК 616-036.62+614.17:342.7+341.231.14

В.В. Березіна

Припинення або відмова від лікувальних заходів: філософські та етичні смерті та вмирання

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 135-136; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.135

Під впливом розвитку науки і техніки світ усе більше секуляризується (втрата гегемонії християнством у тлумаченні смерті), смерть інституціоналізується і ментально витісняється. Функції духівництва переходять до лікарів. У контексті біоетики, яка виникла в 60-х роках ХХ ст., вирішується проблема вироблення нового ставлення до смерті. Можна сказати, що вся біоетика – про смерть, бо її проблеми прямо чи ні пов'язані з темою смерті: і евтаназія, і аборт, і трансплантація. Лікарі і судді у своїй практиці вже інакше діагностують смерть («смерть мозку») і різною мірою практикують відмову від «терапевтичного зав'язання», яке спрямоване на продовження життя будь-якою ціною, а це все породжує моральні виклики, з якими традиційна медична етика не справляється, інколи навіть виглядає антигуманною. Задача філософів і етиків – постфактум осмислити соціальний контекст застосування біотехнологій у медичній науці і практиці. Передусім ідеться про осмислення парадоксу сучасної медицини, який полягає в тому, що «медицина не може попередити факту смерті, але вона може безкінечно довго підтримувати процес помирання, тобто підтримувати людину в стані, практично, між життям і смертю» [2]. Ідеться про можливість підтримувати життя в наш час навіть при хронічних невиліковних хворобах і старінні. Це веде до ілюзії могутності людини і безмежності науково-технічного прогресу. Смерть сприймається просто як тимчасова межа можливостей медицини.

Про який соціокультурний контекст сучасної медицини йдеться? (Біо)медицина – «сучасна загально-медична настанова на систематичне застосування фундаментальних біологічних знань і біотехнологій до медичних задач діагностики, профілактики, лікування, реабілітації і т.д. [4] поглинута здійсненням власної влади. Мішель Фуко називає біотехнологію новим типом влади, коли держава здійснює політику контролю за населенням за допомогою лікарів («медичної поліції») і відбувається медикалізація всіх сфер життя. Провідною стає утилітаристська етика, в якій йдеться про найбільше щастя для найбільшої кількості людей. Іншою тенденцією сьогодення є те, що на смерть почали дивитися не як на перехід у потойбіччя, а як на кінець, тобто життя закінчується тут, у цьому світі. Такий підхід обертається дегуманізацією смерті, коли зі смертельно хворими уникають говорити про смерть, а родичам уникають висловлювати співчуття. Отож, ми живемо в суспільстві, яке витісняє страждання і не здатне на співчуття [1].

Невже єдиний обов'язок лікаря – продовжити життя? Відмова від лікувальних заходів може бути виправданою в сучасній медицині у випадках, коли надзвичайні (екстраординарні) методи терапії, насамперед реанімаційна допомога, зіштовхується з протипоказаннями до реанімації. Біологічного визначення смерті для подібних рішень виявляється недостатньо. Усе ще є потреба в уточненні дефініції смерті як факту (критерій смерті мозку має певні недоліки) і вивченні смерті як процесу, яке започаткувала Е. Кюблер-Росс. Тут на допомогу приходять передусім гуманітарні науки та філософія здорового глузду.

Отже, проблема смерті науковим прогресом «не знята». Раніше лікарям доводилося якось обходитися зі смертю, так і зараз, коли можливості медицини значно збільшилися, ця необхідність нікуди не зникла. Тому це не є новою етичною проблемою. Вона стара, як світ. Тільки раціональний сцієнтистський підхід витіснив традиційний екзистенційний, коли смерть розумілася як найбільший вчитель людини. Філософія ХХ ст. це надолужувала, зробивши смерть центральною темою. М. Гайдеггер називає людину «буттям-до-смерті». Лікарям подібний екзистенціалізм у ставленні до смерті завжди був відомий, як нікому іншому, бо вони постійно бачать хвороби та смерть і звикають сприймати їх як невід'ємну складову життя, бачити їх такими, як вони є. П. Слотердайк говорить про це як про вкоріненість свідомості лікаря в життєствердному реалізмі: «найбільш ґрунтовний реалізм у ставленні до смерті складається в лікарській практиці – тут формується усвідомлення смерті, яке в тех-

нічному плані ближче, ніж будь-яке інше, осягає крихкість і вразливість тіла, відкриваючи, що процес функціонування нашого організму – не так важливо, як його називати: здоров'ям, хворобою чи старінням, – є процесом руху до смерті» [3]. Але сьогодні лікарі схильні втрачати цей гуманістичний реалізм і впадати в сциєнтистський здегуманізований ідеалізм, медичний цинізм. Це веде до морального вигорання, як лікарів, так і пацієнтів.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: *медикалізація смерті та вмирання, екзистенційний підхід до смерті, відмова від «терапевтичного зав'язання».*

Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment Interventions: The Philosophical and Ethical Aspects of Death and Dying

V.V. Berezkina

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The provision of a burdensome treatment (therapeutic obstinacy, or «heroic treatment») that has the sole purpose of artificially prolonging the patient's life is a major interdisciplinary problem in modern medicine (biomedicine). The author discusses two opposing trends in addressing this issue such as medicalisation of death and dying, on the one hand, and existential concerns about death, on the other hand.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: *medicalisation of death and dying, existential concerns about death, avoiding «therapeutic obstinacy».*

References/Література

1. Dintselbakher P. (2004). *Istoriia yevropeiskoi mentalnosti. Za red. Petera Dintselbakhera. Lviv: Litopys: 720. [Дінцельбахер П. (2004). Історія європейської ментальності. За ред. Петера Дінцельбахера. Львів: Літопис: 720].*
2. Konovalova LV. (1998). *Prikladnaya etika (po materialam zapadnoy literatury). Vyip. I: Bioetika i ekoetika. Moskva: 216. [Коновалова ЛВ. (1998). Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. I: Биоэтика и экоэтика. Москва: 216].*
3. Sloterdijk P. (2009). *Kritika tsinicheskogo razuma. Moskva: ACT MOSKVA: 800. [Слотердайк П. (2009). Критика цинического разума. Москва: АСТ МОСКВА: 800].*
4. Ushakov EV. (2016). *Bioetika. Moskva: Izdatelstvo Yurayt: 306. [Ушаков Е.В. (2016). Биоэтика. Москва: Издательство Юрайт: 306].*

УДК 614.25:615.11614.21(477):614.253:77

С.Г. Убогов

Історичні, правові та освітні аспекти впровадження капеланства в систему охорони здоров'я України

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 136-138; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.136

Проведено аналіз історичних, правових та освітніх аспектів запровадження міжконфесійної служби професійних капеланів у системі охорони здоров'я України.

Капеланство в охороні здоров'я – це інститут або служба капеланів, які здійснюють душпастирську опіку у сфері охорони здоров'я. Історія служіння священників при лікарнях сягає кількох століть. Водночас професійне капеланство почало розвиватися близько 100 років тому.

Мета – провести аналіз історичних, правових та освітніх аспектів впровадження капеланства в систему охорони здоров'я України.

Капелан є членом мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Його допомога особливо потрібна там, де психічне або психологічне здоров'я пацієнта пов'язане з його релігійністю, або

де самопочуття пацієнта може поліпшити духовна опіка. Проведене дослідження показало, що одним із «батьків» професійного лікарняного капеланства вважається преподобний Антон Теофілус Бойзен – капелан психіатричної лікарні м. Вустер (штат Массачусетс, США), на базі якої у 1925 р. ним запроваджено першу програму з клінічної душпастирської освіти (ҚДО). Мета навчання полягала в тому, щоб дати студентам-богословам «клінічний досвід», вивести їх із навчальних класів до лікарняних палат, щоб практикувати богослов'я там, де воно найбільш необхідне – в особистому контакті з людьми, які опинилися у кризовій ситуації. У результаті у 1930–1940 рр. відбувся активний розвиток ҚДО. А.Т. Бойзен та його однодумці намагалися «стимулювати душпастирів досліджувати свій внутрішній світ, щоб стати більш чутливими супутниками боротьби інших людей з життєвими проблемами». Вони намагалися поєднати «зовнішній та внутрішній світ учнів, пізнавальний з емоційним, теорію з практикою, теологію з психологією». На сьогодні священнослужителі, які пройшли навчання з ҚДО, служать у ЗОЗ по всій території США, Канади й Австралії.

У 1960–1970 рр. рух ҚДО почав активно розвиватися також у країнах Європи, де відбулося поєднання американських, британських і німецьких моделей душпастирської опіки. У 1990 р. в м. Берліні засновано Європейську мережу капеланів в охороні здоров'я (ЄМКОЗ), що об'єднує капеланів із різних країн, які здійснюють душпастирську опіку у ЗОЗ. У 2002 р. у м. Турку (Фінляндія) пройшла Сьома нарада ЄМКОЗ, на якій прийнято документ «Засади капеланства в охороні здоров'я». На цій нараді був присутній представник від України, яка відтоді набула офіційного членства в ЄМКОЗ.

В Україні професійне капеланство в охороні здоров'я, на відміну від військового капеланства, на державному рівні досі не впроваджено. Заходи душпастирської опіки в ЗОЗ здійснюють, як правило, священнослужителі місцевих релігійних громад, які не мають спеціальної підготовки та виконують капеланські обов'язки на волонтерських засадах, за окремими винятками, коли їх приймають на роботу в лікарні на посади священнослужителів, що стало можливим після включення такої професії до Класифікатора професій України. На цей час триває розроблення законопроекту та пакету підзаконних актів щодо впровадження професії капелана у сфері охорони здоров'я, що здійснюється в рамках діяльності Робочої групи з питань впровадження капеланства у сфері охорони здоров'я, утвореної при МОЗ України у 2019 р.

Важливим кроком у напрямку впровадження капеланства у сфері охорони здоров'я України стало введення в дію Класифікатора медичних інтервенцій, що включає такі втручання, як «Духовна підтримка» та «Духовний ритуал». Ці втручання можуть проводитися пацієнтові в ЗОЗ будь-якої форми власності. Класифікатор гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій, що, зокрема, включає таку суміжну медичну інтервенцію, як «Духовна турбота». Компетентними у здійсненні цього виду допомоги є саме капелани. При цьому однією із сучасних тенденцій розвитку капеланства в охороні здоров'я стало проведення наукових досліджень та накопичення доказової бази щодо ефективності душпастирської опіки та її позитивного впливу на процес одужання пацієнтів. Так, у США та Великій Британії видають наукові журнали, в яких публікують результати досліджень із питань капеланства в охороні здоров'я.

Вивчення світового досвіду показало, що капелани до початку самостійної душпастирської діяльності повинні проходити богословську і клінічну підготовку. У подальшому вони мають постійно підвищувати або підтверджувати кваліфікацію. Богословська підготовка капеланів проводиться в закладах вищої духовної освіти, в яких здійснюється підготовка бакалаврів і магістрів за спеціальністю «Богослов'я». Клінічна підготовка капеланів здійснюється за ступеневою системою на циклах спеціалізації з ҚДО: початкового, першого (базового) та другого (поглибленого) рівнів. У західних країнах клінічна підготовка та підвищення кваліфікації капеланів здійснюється в акредитованих центрах ҚДО, що діють при ЗОЗ. В Україні цю підготовку планується проводити в закладах вищої духовної та медичної освіти з обов'язковим проходженням практичної підготовки на базі ЗОЗ.

Важливу роль у розвитку професійного капеланства та капеланської освіти відіграють асоціації (мережі) капеланів в охороні здоров'я. Подібні організації діють сьогодні в країнах Євросоюзу, Великій Британії, США, Канаді, Австралії. У 2020 р. створено Асоціацію капеланів в охороні здоров'я України.

Отже, на підставі проведеного аналізу світового та вітчизняного досвіду можна зробити висновок, що на сьогодні Україна має реальні шанси в найближчій перспективі розпочати процес впровадження вітчизняної міжконфесійної служби професійних капеланів у сфері охорони здоров'я.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: охорона здоров'я, капеланство, законодавство, освіта.

Historical, legal and educational aspects of the introduction of chaplaincy in the health care system of Ukraine

S.H. Ubohov

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The analysis of historical, legal and educational aspects of the introduction of the interfaith service of professional chaplains in the health care system of Ukraine was conducted.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: *health care, chaplaincy, legislation, education.*

УДК 61:614.253

А.М. Сердюк¹, М.М. Риган², Ю.М. Скалецький¹

Етика і культура безпеки в медичній практиці

¹ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

²Медичний центр «Сучасна ортопедія», м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 138-138; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.138

Медична практика пов'язана з найбільшими суспільними цінностями – здоров'ям і життям людей. Її суб'єктами та об'єктами є люди з численними соціальними і біологічними відмінностями та особливостями. Очевидно, що за таких обставин неможливо унормувати всі ситуації цієї практики. Відтак, це передбачає широке застосування в охороні здоров'я моральних законів, доповнення механізмів правового регулювання відносин медичного працівника і хворого нормами медичної етики і деонтології.

Саме тому жодна з професійних спільнот не має на світовому, регіональних та національних рівнях стільки конвенцій, кодексів, декларацій, клятв морально-етичного плану, які є невід'ємною частиною нормативно-правової бази медицини.

Але етика і закон не ідентичні. Досить часто етика декларує стандарти поведінки вищі, ніж закон. Відомі випадки, коли етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки (WMA, 2009).

Медична етика ставить хворого і його безпеку вище за інші критерії якості надання медичної допомоги, вище за інтереси медичних працівників. Жоден із цих морально-етичних документів не обходить питання безпеки пацієнтів, починаючи з гіпократівського: «утримуючись від заподіяння будь-якої шкоди» та завершуючи Етичним кодексом лікаря України, який наголошує, що «лікар повинен ретельно аналізувати допущені помилки і обговорювати їх із колегами та керівництвом для попередження подібних випадків у клінічній практиці інших лікарів». Безпека пацієнтів вважається етичним імперативом (Vicki D. Lachman, 2007).

Це співзвучно з концепцією культури безпеки, розробленої МАГАТЕ після аварії на ЧАЕС (МАГАТЕ, 1991) для попередження надзвичайних ситуацій в ядерно-енергетичній сфері.

Концепцію культури безпеки розглядають як механізм виявлення прихованих дефіцитів безпеки і ставлять її рівень вище за вимоги законодавства і регулюючих органів (МОП, 2001).

Про прихильність принципам культури безпеки Всесвітня організація охорони здоров'я заявила у 2005 р. і закликала національні системи охорони здоров'я слідувати їй прикладу.

В одному з останніх документів Всесвітній альянс із безпеки пацієнтів (HURST, Samia, et al., 2013) наголошує на необхідності враховувати етичні питання в дослідженні проблем безпечності пацієнтів.

Зважаючи на викладене, концепція культури безпеки, базуючись на засадах медичної етики, є водночас її розділом у частині, що стосується формування безпечного лікарняного середовища.

Сьогодні багато країн мають успішний досвід використання культури безпеки в медицині, і скористатися ним та розвинути його є актуальним завданням вітчизняного медичного загалу.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: *етика, безпека, медична практика.*

Тези до рубрики

УДК 323.22+614.253

О. О. Вольф^{1,2}, С. В. Аугунас²

Обізнаність законних представників пацієнтів із дитячим церебральним паралічем про е-інструменти щодо контролю та моніторингу доступності лікарських засобів

¹БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги», м. Київ, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 139-140; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.139

У жовтні 2020 року БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги» спільно з кафедрою організації та економіки фармації Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика провела дослідження щодо обізнаності батьків і рідних тяжкохворих дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) про е-інструменти контролю та моніторингу доступності належних їм лікарських засобів.

Дослідження проведено шляхом опитування законних представників пацієнтів з ДЦП, а також адміністрації об'єднань громадян, які на підставі свого Статуту здійснюють діяльність щодо захисту прав та інтересів пацієнтів з ДЦП у Київській, Харківській, Запорізькій, Дніпропетровській, Сумській, Чернігівській, Житомирській областях та м. Києві. Опитування проведено методом анкетування (інтерв'ю). Усього опитано 180 респондентів. Анкета (опитувальник) містила питання про використання респондентами такого е-ресурсу, як «E-liku». Ресурс створено командою благодійного фонду «Пацієнти України» за сприяння Міжнародного Фонду «Відродження» та в партнерстві з Програмою розвитку ООН для пацієнтів України. Сайт <https://eliku.in.ua/> є таким е-ресурсом, на якому кожний пацієнт може перевірити наявність лікарських засобів у своїй лікарні.

Дослідження виявило, що абсолютна більшість батьків і рідних тяжкохворих дітей з ДЦП необізнані з вказаним е-ресурсом і не використовують його для перевірки наявності лікарських засобів. Рівень необізнаності батьків у м. Києві та інших регіонах у цілому однаковий становить близько 95%. Відповідно до відповідей респондентів, медичний персонал у закладах охорони здоров'я (обласні дитячі лікарні) Сумської, Чернігівської, Київської, Житомирської областей не надають докладної консультативної інформації про доступні безоплатні ліки з групи Ботулотоксину типу А та інші. Ці та інші ліки закуповуються в рамках державних бюджетних програм «Діти України», зокрема, через міжнародні організації (Програму розвитку ООН). Майже всі респонденти зазначили, що в цій ситуації необхідно проводити просвітницьку роботу, яку можуть здійснювати, зокрема, громадські об'єднання.

Анкетування адміністрації об'єднань громадян 8 респондентів), які на підставі свого Статуту здійснюють діяльність щодо захисту прав та інтересів пацієнтів з ДЦП у названих областях, засвідчило, що більшість із них 6 респондентів) також не використовують «E-liku» у своїй діяльності.

БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги» планує просвітницьку роботу в цьому напрямі. Метою такої діяльності має бути підвищення потенціалу та соціальна мобілізація громадян. Громадські організації, волонтери або просто активні свідомі громадяни можуть і мають брати участь у формуванні політики держави щодо осіб, які мають тяжкі захворювання. Тільки взаємодіючи та об'єднуючи зусилля, можна надати професійну консультативну допомогу та надати якісну фармацевтичну опіку.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: церебральний параліч, права пацієнтів, моніторинг охорони здоров'я.

Awareness of legal representatives of patients with cerebral palsy about e-tools for control and monitoring the availability of medicines

O. O. Wolf^{1,2}, S. V. Auhunas²

¹Association of palliative and hospice, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

In October 2020, the Association of palliative and hospice care together with the Department of Organization and Economics of Pharmacy of Shupyk National medical academy of postgraduate education have conducted a survey on awareness of parents and relatives of seriously ill children with cerebral palsy (CP) about online tools for control and monitoring availability of drugs. The study found that the vast majority of parents and relatives of seriously ill children with cerebral palsy are unaware of this resource and do not use it to check the availability of drugs. The level of ignorance of parents in Kyiv and other regions is generally the same (around 95%). The survey of the administration of NGOs (8 respondents), which on the basis of their Statute provide activities to protect the rights and interests of children with CP in these areas, have shown that most of them (6 respondents) also do not use e-tools in their activities.

The Association of palliative and hospice care is planning educational work in this direction. The purpose of such activities should be capacity building and social mobilization of citizens.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: cerebral palsy, patients' rights, health care monitoring.

УДК 614.253.28:27+616-08-039.7

Сестра Памела Дандре

Международное движение христианских медсестер в качестве примера духовного сопровождения паллиативных пациентов

Украинская ассоциация христианских медсестер и волонтеров «Благо», г. Киев, Украина

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 140-141; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.140

Целостный (холистический) взгляд на человека имеет важное значение, когда мы взаимодействуем с паллиативными пациентами. Врачи уделяют внимание лечению боли и борьбе с физическими симптомами, диетолог думает о правильных сочетаниях продуктов, которые дадут энергию и питательные вещества, священнослужители думают о духовных аспектах, а христианская медсестра была обучена принять всю вышеуказанную информацию и сформулировать план ухода, который включал бы всё это. Этот подход включает в себя неформальное обучение, умение слушать, обработку всей информации, а затем способность собрать всё это воедино для создания значимого плана действий, в который может быть вовлечен не только пациент, но и его семья, и близкие друзья.

Члены Украинской ассоциации христианских медсестер и волонтеров «Благо» обучаются целостному подходу к пациенту по учебной программе, разработанной преподавателями Института Вестберга в США. Институт Вестберга назван в честь его основателя Грейнджера Вестберга, который был лютеранским пастором и медицинским капелланом, и который осознал, что медсестра играет важную роль в медицинской команде больницы. Медсестра – это человек, который больше всего времени проводит с пациентом и может добавить ценную информацию в комплексный подход к уходу за пациентом. Это включает не только физические аспекты симптомов пациента, но также психологические, социальные, эмоциональные и духовные аспекты. Это – бесценная информация, поскольку медицинская команда искала способы улучшить уход за тяжёлыми пациентами, особенно за теми, кто страдает неизлечимыми заболеваниями, например, раком, старческим маразмом и др.

В 1986 г. Грейнджер Вестберг пришёл к выводу, что если бы такие медсестры были в каждой церкви, то церковное сообщество было бы более счастливым, единым и здоровым. Конечно, после небольшого

исследования, сравнивающего традиционный церковный формат и церкви, которые готовили христианских медсестер для помощи прихожанам из общины, обнаружено, что прихожане тех церквей, где медсестра общины активно участвовала в служении, были более счастливыми, более едиными и дружными, чаще хотели быть вместе со своей духовной семьей. Грейнджер Вестберг создал ресурсный центр для обучения медсестёр в области духовной целостной помощи.

В 1991 г. в США была официально утверждена профессия христианской медсестры и создан международный центр исследований медсестер. Профессия христианской медсестры не ограничивается церковью. Знания и практические навыки, полученные во время обучения, могут использоваться медсестрой на работе в клинике, на общественных мероприятиях и дома, а также в церкви. В 2012 г. Украинская ассоциация христианских медсестер и волонтеров «Благо» была принята в Институт Вестберга и получила членство в Международном сообществе христианских медсестер.

Я хочу акцентировать внимание на уникальной роли, которую христианская медсестра может играть в комплексном уходе за людьми, особенно за теми, кто находится в хосписе или получает паллиативную помощь дома. Я хочу проиллюстрировать концепцию плана ухода с помощью христианских медсестер на примере *пациента С.*, 21 год, у которого диагностирована редкая форма рака кишечника, унёсшая жизнь его отца, примерно в том же возрасте, в котором поставлен диагноз и *пациенту С.* Он недавно женился, имел двух маленьких дочек. Время от времени меня, как близкого друга семьи и христианскую медсестру общины, приглашали для помощи по различным аспектам ухода за *пациентом С.*

Пациент С. принимал химиотерапевтические средства для уменьшения опухоли, получал наркотические анальгетики для контроля боли. Однажды воскресным днем команда медсестёр и волонтеров из нашей ассоциации «Благо» приехали к *пациенту С.* домой, чтобы послужить ему и его семье. Медсестра проконсультировала *пациента С.* о диете, о сне, о хорошем общении с его молодой семьей. Он был спокоен, без боли и активно участвовал в разговоре. Но когда один из волонтеров, принесший с собой гитару, начал петь песни прославления, *пациент С.* оживился, когда он участвовал в поклонении и хвале Богу. В тот день он общался со своими близкими и также участвовал в молитве. На следующий день *пациент С.* умер, но команда нашей ассоциации «Благо» была рада, что они смогли использовать поклонение, музыку и молитву, чтобы дать семье возможность провести какое-то значимое время вместе, прежде чем он встретил Иисуса.

Очень важно, чтобы в эти тяжелые и трудные времена, когда растёт число случаев заболеваний злокачественными новообразованиями и COVID-19, мы работали вместе, чтобы удовлетворить различные, в том числе и духовные (религиозные) потребности наших пациентов. Христианская медсестра религиозной общины может быть жизненно важной частью команды по уходу.

В настоящее время в Украине действует 10 групп христианских медсестер и волонтеров, включая Запорожскую и Киевскую области, город Черкассы. Эти команды меняют мир к лучшему, по отдельности, поскольку используют образование, полученное на наших семинарах и тренингах по международной учебной программе Института Вестберга, адаптированной для Украины. Их целостный (холистический) подход помогает рассматривать пациента как целостную личность. Вместе они работают с пациентами и их семьями, чтобы помочь принять диагноз и пройти через процесс горевания. Их волонтерство позволяет пастору/священнику осмысленно служить прихожанам. И нам с вами нужно вместе помочь пациенту открыть своё сердце духовной части своего существа.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: христианские медсестры, духовное сопровождение, паллиативные пациенты.



WORLD THROMBOSIS DAY
13 OCTOBER

#Ukraine_support WTD 2023

Шановний колего!

Ми прагнемо підвищити обізнаність про тромбоз, включаючи його причини, фактори ризику, симптоми та доказову профілактику і лікування. Зрештою, ми прагнемо зменшити смертність та інвалідність, спричинену цим станом.

Наша місія підтримує глобальну ціль Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я щодо скорочення передчасної смертності від неінфекційних захворювань на 25 відсотків до 2025 року.

**Долучайтесь! Збережемо здоров'я нації!
Обізнаний сьогодні — врятований завтра!
Разом ми сила!**

EYES OPEN TO THROMBOSIS

wtd-ukraine.org