

**Ю. В. ВОРОНЕНКО**

Ректор Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.

**Ю. І. ГУБСЬКИЙ**

Директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, чл.-кор. НАМН України, д-р мед. наук, проф.

А. В. Царенко — доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини, стар. наук. співробітник Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук

СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

Вступ

Вивчення й аналіз наукової літератури, нормативно-правової бази, статистичних даних, міжнародних документів і досвіду свідчать, що, починаючи з другої половини ХХ ст., у більшості розвинених країн світу становлення системи паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню стає однією з найактуальніших медико-соціальних та гуманітарних проблем суспільства. Це зумовлено постарінням населення, відсутністю доступних і ефективних методів профілактики, ранньої діагностики та етіотропного лікування злоякісних новоутворень, що спричиняє невпинне зростання рівня онкологічної захворюваності і кількості хворих, у яких злоякісні пухлини діагностують в інкурабельних стадіях захворювання, накопиченням у структурі населення хворих із хронічними неінфекційними захворюваннями у декомпенсованих та термінальних стадіях, що визначає актуальність проблеми надання ПХД населенню.

Досвід багатьох країн світу впродовж майже 60 років свідчить, що саме ПХД, застосовуючи комплексний мультидисциплінарний та міжсекторальний підходи, може адекватно реагувати на потреби паліативних пацієнтів та їхніх рідних, що сприяє забезпеченню відповідної якості життя. Це визначає велике медико-соціальне, економічне та гуманітарне значення цього інноваційного напрямку охорони здоров'я та соціального захисту населення [4; 5; 8; 9; 13; 14; 25; 26; 38; 48; 49].

Матеріали та методи

Матеріалами слугували вітчизняна і зарубіжна наукова література, міжнародні й вітчизняні нормативно-правові документи, медико-статистичні дані та звіти МОЗ України і регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, експертні висновки, навчальні програми післядипломної освіти медичних працівників.

Застосовано такі методи дослідження, як інформаційно-аналітичний, статистичний порівняльний контент-аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом останніх десятиліть медико-демографічна ситуація в Україні характеризується тривалою депопуляцією, постарінням населення і високим рівнем захворюваності та смертності від онкологічних і тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, зокрема церебросудинної патології та уражень серцево-судинної системи, нирок, органів дихання, цукрового діабету, а також зростанням кількості осіб старечого віку, які страждають на когнітивні розлади і нейродегенеративні захворювання головного мозку, зокрема хворобу Альцгеймера, вікові ураження опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та сполучної тканини, ен-

докринні, генетичні й алергійні захворювання, які, особливо у декомпенсованих і термінальних стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим синдромом та іншими тяжкими розладами життєдіяльності [8; 9; 13; 14; 24; 28—30; 32; 40].

За темпами поширення захворюваності на злоякісні новоутворення Україна посідає 2-е місце в Європі. За останні 5 років цей показник збільшився із 333 до 349 осіб на 100 тис. населення. Згідно з прогнозними оцінками, до 2020 р. рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні може зрости до 370 осіб на 100 тис. населення. Якщо в 1990 р. на обліку у зв'язку з діагностованими онкологічними захворюваннями перебувало 670 тис. осіб, то нині їх чисельність перевищує 1 млн. Викликає занепокоєння значний відсоток пацієнтів, у яких діагностують інкурабельні стадії онкологічних захворювань. Тому злоякісні новоутворення як причина смерті посідають 2-е місце в структурі смертності населення нашої країни після серцево-судинних захворювань. У 2013 р. рівень смертності від онкологічних захворювань в Україні у чоловіків працездатного віку перевищував цей показник у розвинених країнах світу більше ніж на 40 %, у жінок — на 29 % [17; 27]. Крім того, викликає тривогу поширення захворюваності та смертності, спричинених мультирезистентним туберкульозом, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, гепатитами В і С [17; 29].

Більшість із зазначених вище захворювань у декомпенсованих та термінальних стадіях перебігу завдає значних фізичних і моральних страждань пацієнтам через нестерпний біль, пору-

шення функцій органів і систем, втрату здатності до активного життя та самообслуговування, що суттєво знижує якість життя хворих і членів їхніх родин та потребує цілодобової медичної допомоги, кваліфікованого догляду, психологічної та духовної підтримки. Така ситуація вимагає суттєвих бюджетних витрат на лікування, реабілітацію та пенсійне забезпечення населення внаслідок стійкої непрацездатності, а також спричиняє значні втрати трудових ресурсів країни [8; 9; 13; 16; 25; 27; 30; 32].

Упродовж попереднього десятиліття (2000—2011 рр.), згідно з експертними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), основними хворобами, що найбільше визначали смертність населення у світі, були ішемічна хвороба серця, інсульт, респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів, хронічні обструктивні хвороби легень, діарея та ВІЛ-інфекція/СНІД. Усе більше людей у світі помирають від хронічних хвороб. Від раку легень (разом із раком трахеї і бронхів) у 2011 р. померло 1,5 млн осіб (2,7 %), порівняно з 1,2 млн осіб (2,2 %) у 2000 р., від цукрового діабету — 1,4 млн осіб (2,6 %), порівняно з 1,0 млн (1,9 %) у 2000 р. (рис. 1, 2) [3].

Згідно з прогнозами експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ на 2020 рік [3], ранжовані причини смерті поділятимуться таким чином:

1. Ішемічна хвороба серця.
2. Порушення мозкового кровообігу, включаючи інсульт.
3. Хронічні обструктивні захворювання легень.
4. Інфекції нижніх дихальних шляхів.
5. Рак легень, трахеї і бронхів.

Разом із тим, згідно з експертними оцінками ВООЗ («World Cancer Report») [50], онкологічні захворювання вже найближчим десятиліттям можуть стати основною причиною смерті в світі. Частота випадків раку серед населення, що вже подвоїлася за період із 1975 до 2000 р., за прогнозами ВООЗ, знову зросте вдвічі до 2020 р. і майже втричі — до 2030 р. Системи охорони здоров'я й суспільства загалом у країнах із низьким та середнім рівнем розвитку зазнають високих втрат через зростання частоти онкологічних захворювань і відповідної смертності населення. Вважають, що в економічно слабкорозвинених країнах, тобто таких, які витрачають на боротьбу зі злоякісними новоутвореннями менше ніж 5 % ВВП, буде зареєстровано до 70 % нових випадків онкологічної патології у світі [50].

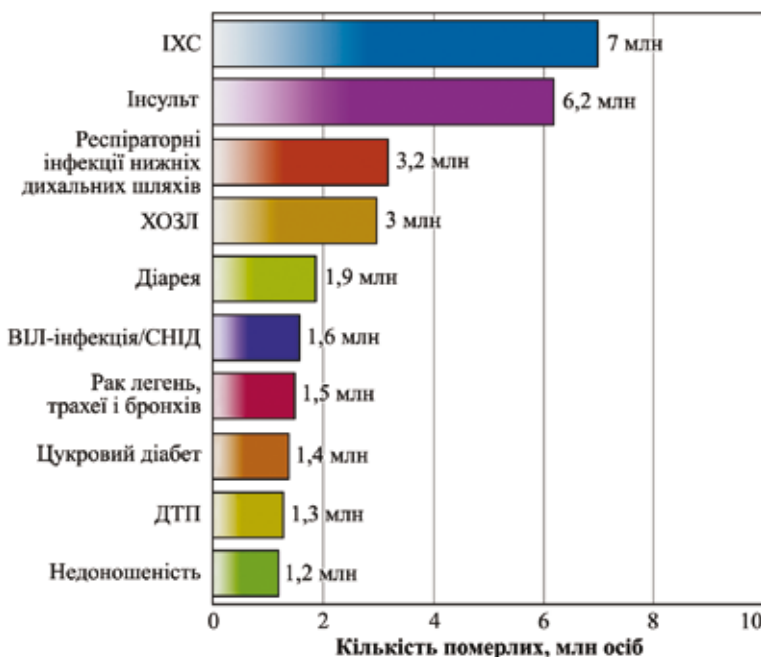


Рис. 1. Десять найпоширеніших причин смерті у світі (2011 р., млн осіб) [3]

Згідно з принципами організації медичної допомоги, інкурабельні пацієнти із несприятливим прогнозом життя потребують медико-соціального догляду, адекватного знеболювання, морально-психологічної і духовної підтримки. Утримання цієї категорії хворих в умовах спеціалізованого стаціонарного медичного закладу або загальної лікувальної мережі є малоефективним з урахуванням інтересів як пацієнта і його родини, так і лікувального закладу, а також економічно необґрунтованим. Значна частина таких пацієнтів потребує професійної паліативної та хоспісної допомоги у хоспісах, спеціалізованих відділеннях онкологічних, психоневрологічних, геріатричних або багатопрофільних лікарень, у лікарнях сестринського догляду або вдома, за участю професійних виїзних бригад ПХД, як це відбувається в багатьох розвинених країнах Європи та світу. Тому ця галузь охорони здоров'я та соціальної опіки потребує інноваційних підходів для задоволення медичних і соціальних потреб невиліковно хворих громадян і членів їхніх родин [8; 9; 11; 14; 15; 19; 20; 23; 28; 35; 39; 45; 51].

Відповідно до визначення ВООЗ, паліативна допомога (palliative care) — це комплексний підхід, мета якого полягає у забезпеченні максимально досяжної якості життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини шляхом запобігання стражданням та їх полегшення завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінюванню) виниклих проблем, проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки [48; 49].

Основні завдання ПХД, згідно із сучасними міжнародними підходами і стандартами — максимальне зменшення або усунення болю, фізичних і психоемоційних страждань, розладів життєдіяльності та інших тяжких симптомів захворювань, забезпечення професійного догляду, психологічної, соціальної та духовної підтримки пацієнтів і членів їхніх сімей. Відповідно до рекомендацій ВООЗ й авторитетних міжнародних неурядових фахових організацій, слід застосовувати цілісний мультидисциплінарний і міжсекторальний підходи, за яких лікарі, медичні сестри та інші медичні працівники, немедичні фахівці (соціальні працівники, психологи, юристи тощо) і волонтери, друзі й близькі пацієнта, у тому числі сусіди, а також, за бажанням пацієнта, священнослужителі відповідних релігійних кон-

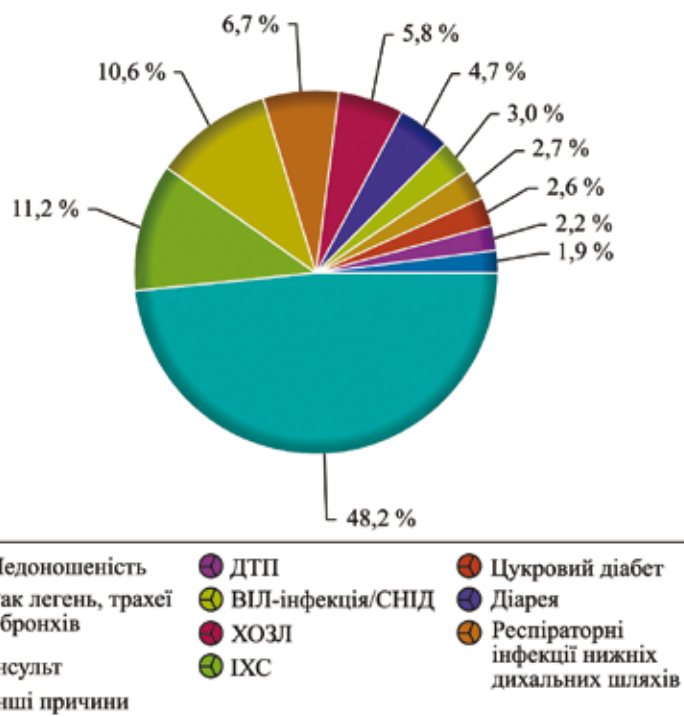


Рис. 2. Десять найпоширеніших причин смерті у світі (2011 р., у %) [3]

фесій співпрацюють, взаємодоповнюючи один одного, координують між собою всі види допомоги, яку надають пацієнту в термінальний період перебігу хвороби, а також членам його родини [4; 5; 19; 20; 26; 35; 36; 45; 49; 51].

Про глобальну актуальність проблеми паліативної допомоги населенню свідчать, зокрема, її розглядання і прийняття відповідних рекомендацій на засіданні Комітету Міністрів держав — членів Ради Європи (Res 24) «Про організацію паліативної допомоги» у 2003 р., а також спеціальна резолюція Парламентської асамблеї Ради Європи «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» № 1649 2008 р., яку було ухвалено за участю постійної делегації Верховної Ради України, «Паризька хартія щодо боротьби з раком» (2000) — міжнародний нормативно-правовий документ, у якому містяться основні засади та вимоги до контролю хронічного больового синдрому в онкологічних пацієнтів і до якої Україна приєдналася у 2007 р., Рекомендації Європейського регіонального бюро ВООЗ «Паліативна допомога. Переконливі факти» (2005) і «Паліативна допомога літнім людям: кращий досвід» (2011), Празька хартія «Отримання паліативної допомоги — право людини» (2013) та інші міжнародні документи [4; 5; 13; 19; 20; 26; 38; 45].

Як випливає з цих документів, показання до надання паліативної допомоги не обмежуються конкретним захворюванням або нозологічною групою захворювань. ПХД надається пацієнтам усіх вікових груп на підставі оцінки ймовірного

прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя і конкретних потреб невиліковно хворого. Концепція ПХД полягає в тому, що ефективний контроль болю, вирішення психологічних, соціальних чи духовних проблем пацієнтів набувають першорядного значення, а метою ПХД стає досягнення максимально можливої якості життя паліативних пацієнтів, а також підтримка їхніх родичів протягом хвороби і після смерті.

Серед важливих проблем, які виникають під час надання ПХД, можна виокремити низку спільних проблем для країн Східної Європи:

- ✓ недостатні визнання, оцінка і підтримка розвитку системи ПХД з боку урядів, особливо регіональних органів виконавчої влади;
- ✓ недостатня доступність опіоїдних анальгетиків для паліативних пацієнтів;
- ✓ брак фахівців, які пройшли спеціальну підготовку, і відсутність спеціалізації медичного персоналу з паліативної та хоспісної медицини;
- ✓ нестача обладнання для здійснення паліативного лікування та догляду;
- ✓ недостатні можливості для проведення наукових досліджень;
- ✓ негативні культурні стереотипи і національні традиції;
- ✓ недостатня інформованість населення з питань ПХД;
- ✓ недостатня міжсекторальна співпраця і координація зусиль з розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги;
- ✓ обмеження фінансування з бюджету та відсутність традицій меценатства і благодійництва.

Отже, у більшості розвинених країн світу, починаючи з 1960-х років, а в Україні — з 1990-х років і на початку XXI ст., розвиток системи ПХД населенню стає однією з найактуальніших медико-соціальних і гуманітарних проблем суспільства. У зв'язку із цим виникла потреба у поглибленому пошуку нових оптимальних моделей, підходів і шляхів міжвідомчої взаємодії, раціональних форм організації системи надання ПХД населенню в Україні, що відповідає принципам реформування системи охорони здоров'я, кращим міжнародним стандартам і практикам, концепціям гуманізму та забезпечення прав людини на гідне життя і його завершення.

Відповідно до статистичних даних Державного комітету статистики України і МОЗ України [17; 29], щорічно в Україні помирають близько 700 тис. осіб, з них майже 90 тис. осіб — від злоякісних пухлин. Згідно з експертними оцінками і результатами досліджень співробітників Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної

освіти (НМАПО) імені П. Л. Шупика (далі — Державний центр ПХМ), упродовж останніх 5 років в Україні щороку понад 500 тис. пацієнтів у фінальній період життя потребують кваліфікованої ПХД. Члени їх сімей також потребують професійної паліативної допомоги, адже поява невиліковно хворого, особливо в термінальній стадії захворювання, знижує якість життя усієї родини і спричинює тяжкі психологічні, соціальні та економічні розлади її функціонування. Таким чином, щороку в Україні майже 2 млн паліативних пацієнтів і членів їхніх сімей потребують ПХД і лише менше ніж 5 % пацієнтів мають змогу одержати кваліфіковану стаціонарну ПХД в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної та хоспісної допомоги. Це ставить перед системою охорони здоров'я нові наукові, організаційні та фінансові проблеми щодо вдосконалення і розвитку ефективної та доступної системи медико-соціальної допомоги паліативним пацієнтам [11; 13; 14; 16; 17; 25; 39].

Одним із найвагоміших чинників, що зумовлюють актуальність проблеми створення і розвитку системи ПХД в індустріальних країнах світу і в Україні зокрема, є невинне швидке постаріння населення, що супроводжується збільшенням у структурі суспільства частки самотніх немічних осіб похилого і старечого віку, які часто страждають на хронічні невиліковні прогресуючі захворювання. За даними ООН, проблема старіння населення на сьогодні стала глобальною проблемою цивілізованого світу. Якщо у 1950 р. на планеті проживали 200 млн осіб похилого віку, то у 2012 р. їх уже налічували майже в 4 рази більше — понад 810 млн осіб. За прогнозами вчених, через 15 років ця цифра перевищить 1 млрд, а до середини нинішнього століття на Землі проживатиме понад 2 млрд людей похилого віку (рис. 3) [42].

Україна також належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком 60 і більше років на сьогодні становить 20,4 %; чисельність людей віком понад 75 років — близько 3,5 млн осіб. За даними демографічного Департаменту ООН, уже до середини цього століття в Україні очікують збільшення частки людей віком понад 60 років до 38,1 %, а чисельність осіб віком 80 років і більше підвищиться в 3,5 рази. Постаріння населення України, збільшення кількості пацієнтів, які вмирають від онкологічних та інших хронічних невиліковних хвороб, роблять проблему створення та розвитку системи ПХД в нашій країні одним із найважливіших складників сучасної системи охорони здоров'я і клінічної медицини загалом [8; 9; 11; 13; 15; 16; 24; 25; 28; 30; 32; 39; 42].

Необхідність постійної уваги до проблем невиліковних пацієнтів, особливо осіб похилого та старечого віку, останніми роками актуалізується

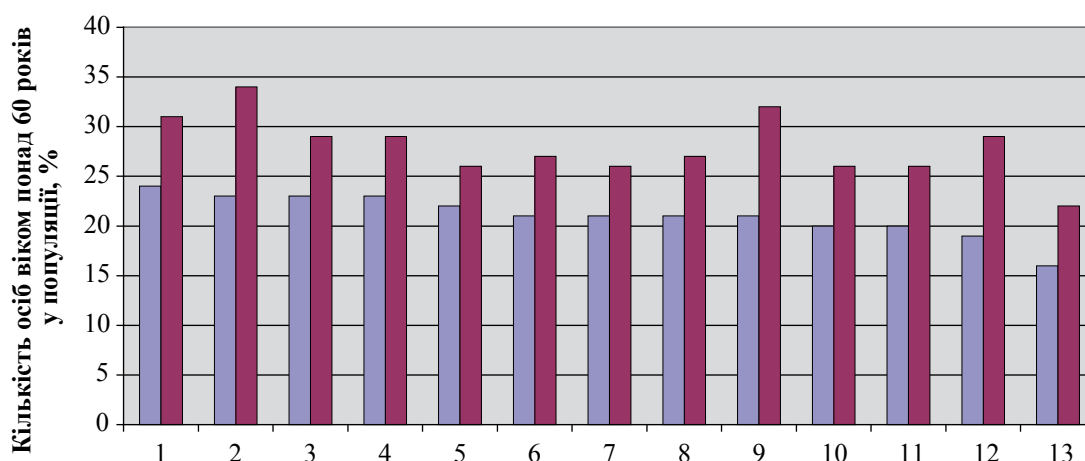


Рис. 3. Динаміка збільшення частки осіб віком понад 60 років у різних країнах світу: синій стовпчик — 2000 р., червоний стовпчик — прогноз на 2020 р.; 1 — Італія, 2 — Японія, 3 — Німеччина, 4 — Греція, 5 — Хорватія, 6 — Іспанія, 7 — Велика Британія, 8 — Франція, 9 — Швейцарія, 10 — Норвегія, 11 — Угорщина, 12 — Словенія, 13 — США

також унаслідок дії нових соціально-психологічних чинників, зокрема зменшення розмірів традиційної сім'ї, географічної та психологічної відгородженості поколінь, що постійно зменшують роль кровних родичів у догляді за старими і хворими членами сім'ї та потребують додаткової уваги до цієї проблеми як державних інституцій, так і суспільства.

В ієрархії причин смертності населення, згідно зі статистичними даними Державного комітету статистики України і МОЗ України [17; 29], упродовж останніх років, як і раніше, перші п'ять місць стало посідають такі класи захворювань: хвороби системи кровообігу (66,3 %), новоутворення (13,9 %), зовнішні причини смерті (5,9 %), хвороби органів травлення (4,2 %), хвороби органів дихання (2,5 %). Дані щодо кількості померлих з різних причин, включаючи найпоширеніші та соціально значущі захворювання, подано в табл. 1.

Враховуючи зазначені негативні демографічні та медико-соціальні тенденції, урядом країни, науковцями в галузі соціальної медицини, фахівцями МОЗ України було запропоновано програму докорінного реформування охорони здоров'я, яка спрямована на суттєве підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я шляхом її структурної перебудови, забезпечення доступності та поліпшення якості медичної допомоги. До важливих медико-соціальних напрямів такого реформування належить і створення та розвиток в Україні системи паліативної і хоспісної допомоги [6; 7; 10; 12; 14; 34; 41].

Створення хоспісів в Україні вперше було запропоноване в Програмі «Здоров'я літніх людей», затвердженій Указом Президента Укра-

їни «Про програму «Здоров'я літніх людей» № 1347/97 від 10.12.1997 р. Цей документ передбачав створення в обласних центрах і містах Києві та Севастополі лікарень для хворих у термінальній стадії (хоспісів). На виконання Програми було видано спільний наказ МОЗ України й АМН України, у якому визначено терміни створення хоспісів — 1998—2002 рр.

Законодавчою базою для розвитку системи ПХД населенню в нашій державі є насамперед Конституція України і Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19.11.1992 р. зі змінами і доповненнями. У 2011 р. уперше в історії незалежної України у Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги» № 3611-VI від 07.07.2011 р., у розділі V «Ме-

Таблиця 1
Причини смертності населення України (тис. осіб) у 2012 і 2013 рр.

Показник	Рік	
	2012	2013*
Чисельність населення, усього	45 690	45 553
Померлих від усіх причин, усього	663,1	662,0
Від різних хвороб:		
новоутворення	93,39	92,87
хвороби системи кровообігу	438,72	441,27
хвороби органів дихання	17,18	16,49
хвороби органів травлення	27,87	27,74
туберкульоз	6,90	6,51

* Розрахункові дані.

дична допомога», у статті 35-4 «Паліативна допомога» було «узаконено» паліативну допомогу:

«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 їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я» [21].

У Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002—2011 роки, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р., задекларовано: «п. 12. Створити мережу хоспісів для симптоматичного лікування онкологічних хворих у термінальній стадії». У Законі України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», прийнятому Верховною Радою України 23.12.2009 р., передбачені розвиток системи надання ПХД онкологічним хворим, розширення мережі хоспісів і відділень паліативної допомоги.

Крім того, надання ПХД регламентоване Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки» № 1026-VI від 19.02.2009 р., Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» № 1794-VI від 23.12.2009 р.

Серед найважливіших нормативно-правових актів, які регулюють розвиток ПХД в Україні, слід звернути увагу на «Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги» (Державний формуляр лікарських засобів — Додаток 8. Лікарські засоби для надання паліативної допомоги. — Випуски 2010, 2011, 2012 р.).

Розраховані на основі експертних оцінок ВООЗ потреби населення щодо паліативної та хоспісної допомоги в Україні наведено в табл. 2.

Разом із тим, поки що в багатьох регіонах України ні ліжковий фонд, ні матеріально-технічна база діючих хоспісів та відділень паліативної і хоспісної медицини не відповідають міжнародним стандартам, а умови перебування хворих у цих закладах не завжди задовільні.

Проведений нами аналіз надання ПХД в Україні засвідчив, що нинішній незадовільний стан її розвитку зумовлений такими чинниками:

Таблиця 2

Орієнтовна (розрахована) чисельність пацієнтів в Україні (тис. осіб), які потребують паліативної та хоспісної допомоги (2007, 2010 і 2013 рр.)

Показник	Рік		
	2007	2010	2013
Померлих, усього	761,3	698,2	662,0
Від різних хвороб*: потребують ПХД	695,5	654,9	622,4
60 % оцінка	414,3	418,9	373,4
80 % оцінка	556,4	523,9	497,9
Новоутворення: потребують ПХД	89,9	88,7	92,9
90 % оцінка	80,9	79,8	83,6

* За винятком зовнішніх причин.

- ✓ відсутністю сучасної науково обґрунтованої економічно доступної моделі системи ПХД;
- ✓ недосконалістю нормативно-правової бази, яка б регулювала надання ПХД пацієнтам з різними нозологічними формами захворювань як в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, так і в стаціонарних закладах охорони здоров'я, у тому числі у закладах та установах різної форми власності й підпорядкування;
- ✓ відсутністю у медичних і соціальних працівників необхідних знань та навичок щодо підходів і методів надання ПХД пацієнтам з різними нозологічними формами захворювань, застосування адекватних методів знеболювання та усунення/зменшення розладів функцій органів і систем та інших фізіологічних і психоемоційних проблем, соціальної, духовної та моральної підтримки;
- ✓ відсутністю у медичних і соціальних працівників належної мотивації до роботи у закладах ПХД, а також надання паліативної допомоги пацієнтам вдома, що зумовлено низькою заробітною платою, значним фізичним і морально-психологічним навантаженням під час догляду за помираючими пацієнтами, відсутністю спеціалізації з паліативної та хоспісної медицини тощо;
- ✓ недосконалістю системи підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних і соціальних працівників з питань надання ПХД населенню;
- ✓ відсутністю міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці з питань надання ПХВ закладів охорони здоров'я і соціального захисту як на центральному, так і місцевому рівнях;
- ✓ незадовільною міждисциплінарною та міжсекторальною співпрацею фахівців під час надання ПХД;

- ✓ невідповідностями в нормативно-правовій базі щодо призначення і застосування у паліативних пацієнтів опіоїдних та інших психотропних анальгетиків.

Останніми роками МОЗ України приділяє певну увагу питанням створення мережі хоспісів, відділень паліативної допомоги, розроблення відповідної нормативно-правової бази. Рішення Колегії МОЗ України «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» від 29.04.2010 р. і Наказ МОЗ України «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009—2010 роки» № 463 від 26.06.2009 р. сприяли розвитку закладів ПХД у регіонах України. На виконання Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. було затверджено Наказ МОЗ України «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення» № 768 від 07.11.2011 р., а також Наказ МОЗ України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» № 420 від 15.07.2011 р., яким затверджені «Методичні рекомендації щодо розрахунку потреби населення у первинній, вторинній, третинній, екстреній та паліативній медичній допомозі».

Наказом МОЗ України № 311 від 25.04.2012 р. було затверджено Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» [27].

Слід виокремити Наказ МОЗ України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» № 41 від 21.01.2013 р., що містить уперше розроблені основні медико-юридичні дефініції ПХД (паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо); порядок надання паліативної допомоги (у тому числі завдання та організацію надання ПД); перелік медичних показань до надання паліативної допомоги тощо.

У зв'язку з актуалізацією останніми роками клініко-фармацевтичного складника паліативної та хоспісної медицини співробітники Державного центру ПХМ НМАПО імені П. Л. Шупика та відповідної кафедри разом із Державним експертним центром і Формулярним комітетом МОЗ України проводять експертну та науково-організаційну діяльність щодо впровадження в клінічну практику нових безпечних і високо-ефективних лікарських засобів, у тому числі з класу опіоїдних анальгетиків. Згідно із Законом України «Про лікарські засоби», було проведено роботу з державної реєстрації морфіну сульфа-

ту в таблетках, що підтверджено Наказом МОЗ України № 77 від 01.02.1913 р.

Важливим кроком у напрямі збільшення доступності сучасних ефективних наркотичних анальгетиків для паліативних пацієнтів стало затвердження Кабінетом Міністрів України Постанови «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» № 333 від 13.05.2013 р.

Сучасна європейська модель ПХД — це високоспеціалізована і наукомістка галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує висококваліфікованих кадрів зі спеціальною професійною підготовкою, високотехнологічного обладнання та сучасних високоефективних лікарських засобів і відповідного фінансування.

Особливо актуальним питанням розвитку системи ПХД в Україні є підготовка професійно навчених кадрів — лікарів і середнього медичного персоналу з питань надання ПХД. Результати проведених досліджень дають підстави стверджувати, що одним з основних складників професійної підготовки сучасного лікаря має стати навчальний процес, орієнтований на пацієнта. У центрі медичної освіти постає людина, і не лише як носій окремих морфологічних структур, фізіологічних та патологічних процесів, дій і психічних типів поведінки та їх відхилень, а в усій її цілісності. Навчання, орієнтоване на пацієнта, — це не лише практична освіта під час безпосередньої взаємодії з хворими, це формування пацієнтоорієнтованої позиції, яка визначає подальшу професійну діяльність у галузі медицини [1; 6; 8; 11; 18; 33; 37].

Сучасна паліативна і хоспісна медицина висуває високі вимоги до лікарів і середніх медичних працівників, які повинні мати глибокі знання в різних галузях клінічної медицини, фармакології та психології, володіти навичками спілкування, бути чуйними і милосердними, вміти працювати в команді. Оскільки в основі сучасної системи ПХД лежить міждисциплінарний підхід, до процесу надання допомоги паліативним пацієнтам залучають медичних і соціальних працівників, психологів, юристів та священнослужителів, самого пацієнта і його близьких або опікунів, представників громадських та благодійних організацій, органів влади і місцевих громад. Медичні працівники, які надають ПХД, повинні бути готовими реалізувати основне завдання паліативної медицини: якщо пацієнта не можна вилікувати, слід зробити все можливе, щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя йому і його близьким, полегшити біль і страждання.

Підготовка кваліфікованих кадрів разом із державною політикою, спрямованою на розвиток і впровадження ПХД на всіх рівнях медичної

допомоги, та доступністю лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у тому числі ефективних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов стратегії успішного розвитку ПХД у будь-якій країні [1; 4; 5; 18—20; 33; 37; 43; 46].

Ще у 1990 р. ВООЗ рекомендувала включити в навчальні програми підготовки всіх медичних працівників вивчення основних засад і положень паліативної медицини та основних принципів і підходів контролю хронічного больового синдрому; проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань ПХД на базі вищих медичних навчальних закладів з видачею документа, що засвідчує підвищення кваліфікації в цій галузі; у кожній країні залучати провідних фахівців у галузі паліативної медицини до навчання лікарів-практиків різних спеціальностей і студентів-медиків тощо [48].

На важливості професійної підготовки та неперервного навчання фахівців, насамперед лікарів, в основних міжнародних документах з організації паліативної допомоги, зокрема у Рекомендаціях 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи з організації паліативної допомоги в державах-учасницях (2004); посібнику «Паліативна допомога: рекомендації ВООЗ для здійснення ефективних програм» — Модуль 5 серії «Боротьба з раком: знання — в практику» (2007); Настанові «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі» — Європейської асоціації паліативної допомоги (2009, 2010) та у Празькій хартії «Отримання паліативної допомоги — право людини» (2013) [19; 20; 26].

Ми вважаємо, що велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти має введення в номенклатуру спеціальностей лікарів і молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності та відповідної спеціалізації «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох країн світу. Так, у Великій Британії паліативну медицину в 1987 р. вперше було визнано самостійною медичною спеціалізацією. В Ірландії її було визнано самостійною спеціальністю або самостійним напрямом у межах окремих спеціальностей у 1995 р., у США — у 1996 р., у Новій Зеландії та Гонконгу — у 1998 р., у Швеції та Польщі — у 1999 р., у Румунії — у 2000 р., у Тайвані — у 2001 р., в Австралії та Словаччині — у 2005 р., у Німеччині — у 2006 р., у Франції — у 2007 р. На 50 кафедрах вищих медичних навчальних закладів США після 1—2 років післядипломного навчання лікарі можуть отримати спеціалізацію з паліативної медицини та відповідний сертифікат [2].

Протягом останніх років певний досвід післядипломної підготовки медичних кадрів з питань надання ПХД населенню набуто і в Україні. В останні десятиліття в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, які

визначають якісно нові вимоги до організації і здійснення підготовки кадрів у вищих медичних навчальних закладах з питань надання ПХД. Ми вважаємо, що до надання ПХД різним контингентам населення потрібно залучати: лікарів паліативної медицини, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, терапевтів, онкологів, психотерапевтів і медичних психологів, невропатологів, пульмонологів, геріатрів, гематологів, гастроентерологів, анестезіологів, педіатрів, психіатрів, фтизіатрів, інфекціоністів (зокрема тих, які працюють у центрах профілактики і боротьби зі СНІДом) тощо, а також фельдшерів сільських ФАПів та інших середніх медичних працівників.

З урахуванням зазначеного вище, у НМАПО імені П. Л. Шупика у 2009 р. було створено першу (і поки що єдину) в Україні кафедру паліативної та хоспісної медицини (ПХМ), а у 2013 р. — Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини як структурний підрозділ академії (як наступник ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України»).

Викладачі кафедри ПХМ на підставі найкращого сучасного міжнародного і національного клінічного та науково-педагогічного досвіду в галузі ПХД розробили 10 навчальних програм циклів тематичного удосконалення (ТУ) з різних аспектів надання ПХД для різних категорій лікарів (у тому числі для сімейних лікарів, дільничних терапевтів, онкологів, фахівців з ВІЛ-інфекції/СНІДу, фтизіатрів, організаторів охорони здоров'я тощо) і середніх медичних працівників різних спеціальностей, які відповідно до професійних та службових обов'язків надають паліативну допомогу. Упродовж 3 років діяльності кафедри ПХМ її професорсько-викладацький склад у межах одно- та двотижневих циклів ТУ підвищив кваліфікацію близько 900 лікарів і середніх медичних працівників, провів візні цикли ТУ для лікарів Донецька, Чернігова, Переяслав-Хмельницького, Житомира та Житомирської області, Черкас та Черкаської області, Дніпровського, Деснянського та Солом'янського районів м. Києва. Заплановано проведення таких навчальних циклів в інших регіонах України, насамперед для лікарів загальної практики — сімейної медицини. Крім того, із 2013 р. співробітники кафедри ПХМ залучені до підготовки лікарів-інтернів та спеціалізації лікарів із спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», а з 2014 р. — лікарів, які проходять спеціалізацію з трансфузіології та гематології. Вважаємо за доцільне впровадити цей досвід у програми циклів спеціалізації лікарів з хірургії, терапії, онкології та інших медичних спеціальностей.

У зазначених навчальних програмах післядипломної освіти на циклах ТУ передбачене на-

вчання сучасним принципам і методам паліативної допомоги, до яких належать:

- ✓ організація та моделі ПХД інкурабельним хворим у термінальній стадії — планування, мультидисциплінарна та міжсекторальна співпраця і координація медико-соціальної допомоги, критерії визначення статусу паліативного хворого, показання до госпіталізації у заклади ПХД;
- ✓ психологічні особливості спілкування та надання психологічної допомоги і підтримки інкурабельним хворим і членам їхніх сімей (особливо в останні дні та години життя людини), профілактика депресій та суїциду;
- ✓ медична, психологічна та соціальна реабілітація паліативних хворих;
- ✓ контроль болю, зокрема сучасні підходи і методи адекватного знеболювання паліативних хворих;
- ✓ контроль тяжких патологічних симптомів у термінальних стадіях захворювань;
- ✓ особливості надання ПХД хворим різного віку і з різними нозологіями;
- ✓ медичні, філософські, етичні і духовні проблеми смерті та процесу вмирання, основи танатології;
- ✓ запобігання еутаназії;
- ✓ соціальна та духовна підтримка паліативних хворих і членів їхніх сімей;
- ✓ визначення та максимально можливе задоволення потреб паліативного хворого і членів його сім'ї;
- ✓ психологічна, соціальна і духовна допомога родині після смерті хворого, профілактика психосоматичних захворювань;
- ✓ особливості роботи у складі мультидисциплінарної бригади тощо.

Особливого значення набувають вміння та навички лікаря і медичної сестри, від чого залежить якість життя паліативного пацієнта і членів його сім'ї:

- ✓ 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 та рухової активності, сприйняття і мислення, порушення функцій органів малого таза тощо;
- ✓ інформування та спілкування з пацієнтом і родичами.

Медичним працівникам необхідні педагогічні вміння та навички, щоб навчити пацієнта і його родичів елементам догляду, гігієни та контролю симптомів. Їм часто доводиться виконувати роль психолога, підтримуючи хворого і членів його сім'ї в період адаптації до нової життєвої ситуа-

ції. Знання етики і деонтології, навички ефективного спілкування, поєднані з високим професіоналізмом, гуманізмом, чуйністю та співчуттям, сприяють успішному подоланню труднощів, що виникають у хворих у термінальній стадії, і допомагають забезпечити гідне завершення біологічного життя, без болю та страждань.

Враховуючи особливості мультидисциплінарної професійної підготовки з питань ПХД, під час комплектування професорсько-викладацького складу кафедри були запрошені лікарі різних спеціальностей (зокрема онколог, терапевт, медичний психолог, психотерапевт, клінічний фармаколог, організатор охорони здоров'я), а також фахівці немедичних спеціальностей (зокрема соціальний працівник, юрист і біолог), що дає змогу на високому професійному рівні забезпечувати навчальний процес.

Висновки

Таким чином, на сьогодні системи охорони здоров'я і соціального захисту населення України поки що не забезпечують необхідною паліативною та хоспісною допомогою людей, які її потребують.

Вирішення питань, пов'язаних із розвитком системи ПХД, а також створення спеціальної медико-соціальної служби паліативної допомоги, підпорядкованої Міністерству соціальної політики України, як це практикують у багатьох розвинених країнах світу, є надзвичайно складним фаховим медико-соціальним завданням, для розв'язання якого потрібні спільні зусилля владних структур, медичної спільноти і пацієнтів, державна підтримка та системне програмне забезпечення. Найближчим часом потрібно вирішити низку проблем на законодавчому, організаційному, фінансовому та громадсько-політичному рівнях з урахуванням найкращого міжнародного досвіду, стратегій і стандартів. Це той напрям діяльності, за яким оцінюють цивілізованість будь-якої держави та гуманність суспільства загалом, і тому поставлені в цій статті питання потребують нагального вирішення.

Нині вирішення питань розвитку системи ПХД в Україні, особливо створення окремих закладів охорони здоров'я та медико-соціальних установ — хоспісів і центрів ПХД, лікарень сестринського догляду, а також відділень ПХД і виїзних бригад ПХД удома, можна досягти лише за допомогою комплексу організаційних заходів, який має охоплювати перепрофілізацію існуючих закладів охорони здоров'я первинного і вторинного рівнів, як це і передбачено Концепцією реформування системи охорони здоров'я, а також розроблення відповідної нормативно-правової бази.

Реалізація цього важливого медико-соціального завдання в сучасних умовах потребує поєднаних зусиль, міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці клінічних закладів і фахівців, зокрема онкологів, сімейних лікарів, геріатрів, психіатрів, інфекціоністів, фтизіатрів, педіатрів, медичних психологів та інших медичних працівників, установ соціального захисту, служб допомоги дітям, сім'ї та молоді, приватного сектора тощо.

Результати аналізу наукової літератури, звітів і документів ВОЗ, Ради Європи та міжнародних організацій, які опікуються паліативними пацієнтами, свідчать, що ПХД у світі перебуває на різних стадіях розвитку. Проте система ПХД повинна бути забезпечена лікарями і середніми медичними працівниками, які мають спеціальну підготовку з питань ПХД, відповідну мотивацію до роботи з паліативними пацієнтами та умови праці, що відповідають визнаним міжнародним стандартам.

Україна, ставши на шлях інтеграції у європейське та світове співтовариство, не може залишатись осторонь і не враховувати міжнародний досвід запровадження й удосконалення ПХД. Досвід країн Європи переконливо свідчить, що саме співпраця держави і фахової громадськості, використання джерел фінансування як за рахунок бюджетних коштів, так і залучення благодійних фондів і приватного сектора дають змогу досягти хороших результатів щодо розвитку та забезпечення доступності надання ПХД. Саме тому в країні має бути створена система ПХД відповідно до міжнародних стандартів. З цієї метою слід здійснювати координацію та консолідацію зусиль різних галузей державного і при-

ватного секторів, підтримку та розвиток організації громадянського суспільства.

На сьогодні підготовка медичних працівників з питань ПХД в Україні є актуальною проблемою, що потребує створення відповідної системи та уваги і підтримки з боку МОЗ України. Мультидисциплінарна професійна підготовка лікарів має велике значення для підвищення якості надання ПХД населенню. Така підготовка допоможе лікарям разом із соціальними працівниками та представниками неурядових організацій забезпечити комплексну ПХД паліативним хворим і членам їхніх сімей, що включає медичну, психологічну, соціальну і духовну допомогу, а також юридично-правовий супровід. Це дасть змогу забезпечити відповідну якість життя таких пацієнтів. Фахову підготовку відповідних спеціалістів — лікарів і молодших медичних спеціалістів — для роботи в цьому особливому напрямі медицини НМАПО імені П. Л. Шупика проводить постійно починаючи з 2009 р.

Важливе значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти має введення в номенклатуру спеціальностей лікарів і молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності та спеціалізації «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох країн світу.

Висловлюємо своє переконання, що вирішити комплекс організаційних, медико-правових і фінансових проблем, які постають у зв'язку з початком створення в Україні сучасної системи ПХД як інтегрального складника вітчизняної системи охорони здоров'я, можливо за умови підтримки з боку МОЗ України та регіональних органів охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера, О. І. Толстих // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 20—21.11.2013 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. — К.: Талком, 2013. — С. 49—62.
2. Введенская Е. С. О необходимости преподавания вопросов паллиативной помощи в системе высшего медицинского образования / Е. С. Введенская // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — Т. 31, № 3.
3. ВОЗ. Информационный бюллетень № 310. Июль 2013 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index.html>.
4. ВОЗ. Паллиативная помощь / Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. — Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 32 с.
5. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. — Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 40 с.
6. Вороненко Ю. В. Аналіз проблем кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в контексті реформування галузі охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. — 2013. — Т. 2, № 2. — С. 14—21.
7. Вороненко Ю. В. Запровадження сімейної медицини як наукової спеціальності — необхідна

- умова розвитку сімейної медицини в Україні / Ю. В. Вороненко, Г. І. Лисенко // Укр. мед. часопис. — 2007. — Т. 62, № 6. — С. 27—32.
8. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 20—21.11.2013 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. — К.: Талком, 2013. — С. 49—62.
 9. Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. — К.: Університет «Україна», 2012. — С. 5—8.
 10. Гойда Н. Г. Нормативно-правове забезпечення шляхів реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха // Сімейна медицина. — 2012. — № 5. — С. 37—38.
 11. Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги / Н. Г. Гойда // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. — К.: Університет «Україна», 2012. — С. 177—179.
 12. Гойда Н. Г. Сімейна медицина — фундамент реформ у сфері охорони здоров'я України / Н. Г. Гойда // Мистецтво лікування. Журн. сучасного лікаря. — 2013. — № 7. — С. 16.
 13. Губський Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко // Проблеми старения и долголетия. — 2010. — Т. 19, № 3. — С. 310.
 14. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. І. Губський // Сімейна медицина. — 2011. — № 3. — С. 16—18.
 15. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. — 2010. — Т. XV, № 1. — С. 26—28.
 16. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти: монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. — К.: Здоров'я, 2011. — 352 с.
 17. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
 18. Децик О. З. Про необхідність удосконалення системи підготовки медичних кадрів для паліативної допомоги / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, Ж. М. Золотарьова // Впровадження стандартів паліативної допомоги: матеріали наук.-практ. конф.; за ред. І. П. Вакалюка, О. З. Децика. — Івано-Франківськ: Місто НВ, 2013. — С. 50—53.
 19. ЄАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги. Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги, 2011 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna/standart/4parent-kontekst-ta-metodologiya/>.
 20. ЄАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги — право людини», 2013 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
 21. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» № 3611-VI від 07.07.2011 р. // ВВР. — 2012. — № 12—13.
 22. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07 липня 2011 р. // ВВР. — 2012. — № 12—13.
 23. Захаров Е. Н. Новая форма организации паллиативной помощи населению / Е. Н. Захаров, В. И. Сабанов, И. В. Островская // Медицинская сестра. — 2011. — № 6. — С. 11—13.
 24. Князевич В. М. Достойне життя на схилі літ та гідне його завершення — головні складові розбудови українського суспільства / В. М. Князевич // Матеріали Першого національного конгресу з паліативної допомоги (26—27.09.2012 р.). — С. 58—59.
 25. Князевич В. М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна — здоров'я нації. — 2009. — № 3 (11/09). — С. 55—63.
 26. Комитет Министров Совета Европы. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. — Совет Европы, 2004. — 89 с.
 27. Контроль болю в онкології. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / М. К. Хобзей, Ю. І. Губський, О. М. Ліщишина [та ін. співавт.]. — МОЗ України, 2011. — 295 с.
 28. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискореного старіння / В. В. Чайковська, Н. А. Хаджинова, Т. І. Вялих, Н. М. Величко // Проблеми старения

- и долголетия. — 2012. — Т. 21, № 3. — С. 396—400.
29. МОЗ України. Результати діяльності галузі за 2013 рік. — К., 2014. — 172 с.
 30. Москаленко В. Ф. Сучасні реалії постаріння населення у світовому вимірі / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Наук. вісник Національного мед. ун-ту імені О. О. Богомольця. — 2009. — № 1. — С. 44—54.
 31. Наказ МОЗ України № 311 від 25.04.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120425_311.html.
 32. Паллиативная медицинская помощь: учеб. пособие для студентов V—VI курсов, врачей-интернов и семейных врачей / Г. В. Бондарь, И. С. Витенко, А. Ю. Попович, С. В. Налетов. — Донецк, 2006. — 115 с.
 33. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / А. В. Царенко, О. І. Висоцька, О. Г. Шекера, Г. М. Виноградова // Практикуючий лікар. — 2012. — № 1. — С. 26—32.
 34. Слабкий Г. А. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // Укр. мед. часопис. — 2012. — № 3. — С. 26—29.
 35. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2008. — № 3. — С. 5—11.
 36. Хоспис на дому — оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова [и др.] // Экономика здравоохранения. — 2009. — № 7. — С. 15—20.
 37. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Медичні перспективи. — 2010. — Т. XV, № 1. — С. 89—91.
 38. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. — К.: Університет «Україна», 2012. — С. 168—176.
 39. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. — 2013. — № 1 (45). — С. 14—17.
 40. Чайковська В. В. Демографічні прогнози для України / В. В. Чайковська, І. Я. Пінчук // Новості медицини і фармації. — 2010. — № 13—14 (333—334). [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/13392>.
 41. Шекера О. Г. Стан реформування системи охорони здоров'я в Україні: аналітичний огляд / О. Г. Шекера // Здоров'я чоловіки. — 2013. — № 3. — С. 25—30.
 42. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge // United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International. — 2012. — 192 p.
 43. Curriculum in palliative care for undergraduate medical education. Recommendations of the European Association for Palliative Care. — EAPC Onlus: Non profit-making Association, 2007. — 24 p.
 44. Knyazevych V. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine / V. Knyazevych, A. Tsarenko, O. Bratsyun // Eur. J. Palliative Care. — 2013. — Vol. 20., N 4. — P. 202—205.
 45. Oxford Textbook of Palliative Medicine / D. Doyle, G. Hanks, K. Calman, N. Cherny, editors. — Oxford: Oxford University Press, 2003. — P. 6.
 46. Tsarenko A. Experience of Ukraine to educate medical professionals involved in palliative care / A. Tsarenko, Yu. Gubsky, L. Bratsyun // 13th World Congress of the European Association for Palliative Care (30 May — 2 June 2013). — Prague: Abstracts, 2013. — P. 173.
 47. Weissman D. E. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees / D. E. Weissman, B. Ambuel, A. J. Norton [et al.] // J. Pain Symptom Manage. — 1998. — Vol. 15., N 2. — P. 82—90.
 48. WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, N. 804). — Geneva: World Health Organization, 1990.
 49. WHO. Definition of Palliative. Geneva: World Health Organization, 2002 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
 50. WHO. World cancer report [Електронний ресурс] / Ed. by P. Boyle, B. Levin. — Lyon, 2008. — 511 p. — Режим доступу: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf.
 51. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758 [Електронний ресурс] / W. Wodarg // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008. — Режим доступу: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>.

РЕЗЮМЕ

СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський,
А. В. Царенко

У статті проаналізовано наукові джерела, медико-статистичні дані, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, що визначають актуальність, стратегії, підходи та стандарти організації системи надання паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), проблеми та завдання розвитку системи ПХД в Україні. Визначено потреби населення, оптимальні моделі та умови впровадження в Україні сучасної доступної та ефективної системи ПХД. Система ПХД, застосовуючи мультидисциплінарний та міжсекторальний підходи, може адекватно реагувати на потреби паліативних пацієнтів і їхніх рідних, що сприяє забезпеченню відповідної якості життя. Це засвідчує велике медико-соціальне, економічне та гуманітарне значення такого інноваційного напрямку охорони здоров'я і соціального захисту населення, що є важливим складником реформування системи охорони здоров'я. Наголошено, що мультидисциплінарна підготовка кваліфікованих кадрів разом із державною політикою, спрямованою на розвиток і впровадження ПХД на всіх рівнях медичної допомоги, і доступністю лікарських засобів для паліативних пацієнтів є однією із трьох основоположних умов стратегії успішного розвитку системи ПХД. Велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти має введення медичної спеціальності та спеціалізації «Паліативна медицина». До складу мультидисциплінарних бригад ПХД необхідно залучати медичних і соціальних працівників, психологів, священнослужителів і волонтерів, які пройшли спеціальну підготовку.

Ключові слова: система надання паліативної та хоспісної допомоги, мультидисциплінарний та міжсекторальний підходи, паліативні пацієнти, медико-соціальна допомога, якість життя паліативних пацієнтів, паліативна і хоспісна медицина, післядипломна освіта медичних працівників, мультидисциплінарна бригада паліативної та хоспісної допомоги, реформування системи охорони здоров'я.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Ю. В. Вороненко, Ю. И. Губский,
А. В. Царенко

В статье проанализованы научная литература, медико-статистические данные, международные и отечественные нормативно-правовые документы, определяющие актуальность, стратегии, подходы и стандарты организации системы оказания паллиативной и хосписной помощи (ПХП), проблемы и задачи развития системы ПХП в Украине. Определены потребности населения, оптимальные модели и условия внедрения в Украине современной доступной и эффективной системы ПХП. Система ПХП, применяя мультидисциплинарный и межсекторальный подходы, может адекватно реагировать на потребности паллиативных пациентов и их родных, что способствует обеспечению соответствующего качества жизни. Это подтверждает большое медико-социальное, экономическое и гуманитарное значение такого инновационного направления здравоохранения и социальной защиты населения, которое является важной составляющей реформирования системы здравоохранения. Отмечено, что мультидисциплинарная подготовка квалифицированных кадров наряду с государственной политикой, направленной на развитие и внедрение ПХП на всех уровнях медицинской помощи, и доступностью лекарственных средств для паллиативных пациентов является одним из трех основных условий стратегии успешного развития системы ПХП. Большое значение для повышения качества оказания ПХП и мотивации медицинских работников к последипломному образованию имеет введение медицинской специальности и специализации «Паллиативная медицина». В состав мультидисциплинарных бригад ПХП необходимо привлекать медицинских и социальных работников, психологов, священнослужителей и волонтеров, которые получили специальную подготовку.

Ключевые слова: система оказания паллиативной и хосписной помощи, мультидисциплинарный и межсекторальный подходы, паллиативные пациенты, медико-социальная помощь, качество жизни паллиативных пациентов, паллиативная и хосписная медицина, последипломное образование медицинских работников, реформирование системы здравоохранения.

CREATING OF THE HOSPICE AND PALLIATIVE CARE SYSTEM IN THE CONDITIONS OF HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE: MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS

Yu. V. Voronenko, Yu. I. Gubskiy,
A. V. Tsarenko

This article analyzes the scientific literature, health statistics, international and national legal documents that determine relevance, strategies, approaches and standards of organization of the Palliative and Hospice Care (PHC) System, the challenges and goals of development of the PHC System in Ukraine. It is identified the needs of the population, the optimal model and the conditions of modern accessible and effective PHC System that is implementing in Ukraine. The PHC System using a multidisciplinary and cross-sectoral approach can adequately respond to the needs of palliative patients and their families helping to ensure a proper quality of their life. This defines a great medical and social, economic and humanitarian significance of this innovative approach of Health and Social Care of the population, and it is an important part of the healthcare reform. It is noted that multidisciplinary training of qualified personnel, along with government policy, which aim is the development and implementation of the PHC System at all levels of Health Care, and the availability of medicines for palliative care patients, is one of the three fundamental conditions for successful development strategies of the PHC System. The great importance to improve the quality of the PHC System and motivate health specialists to postgraduate education has the approval of the medical profession and specialization «The Palliative Medicine». Health and social specialists, psychologists, clergies and volunteers who have received special trainings should be involved into PHC multidisciplinary teams.

Keywords: the Palliative and Hospice Care System; multidisciplinary and cross-sectoral approach; palliative care patients; health and social care; the Palliative and Hospice Medicine; the quality of life of palliative care patients; the postgraduate education of medical specialists; health system reform.