

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА



II Національний конгрес з паліативної допомоги в Україні: досвід, здобутки, стратегія розвитку
Стор. 6

Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні
Стор. 23

Духовні засади в наданні паліативної опіки
Стор. 105

Обговорюємо проект Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки
Стор. 125



Шановні колеги!

Минають літа, змінюються події, приходять і йдуть політики, що залишають у пам'яті людей або шану і добрі спогади, або нерозуміння і відчуття втраченого часу. Так відбувається і так буде відбуватись завжди, але є справи, які спрямовані на вирішення базових людських потреб, бо кожен з нас приходиться у цей світ і через певний час іде з нього.

І якщо в Україні за роки її незалежності вдалося багато зробити для здорового старту життя людини, то, на жаль, нам не вдалося виховати у суспільстві повагу і щире бажання допомогти людям, що мають через стан свого здоров'я більші потреби у підтримці та любові, як для життя, так і для супроводу останніх днів.

Ми намагаємось будувати в країні людиноцентровану модель суспільства. Але суспільство – це кожен із НАС, її складових, – у родині, на роботі, в транспорті, в суперечках, на барикадах і за круглим столом порозуміння. Чи відчуваємо ми у собі ту любов, яка здатна відроджувати, творити щось нове, світле і життєздатне?

Швидко минув п'ятирічний період, коли була створена ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» – об'єднання людей, що зібрались не для політичних змагань, а для допомоги найбільш знедоленим, тим, кому медицина винесла вирок: «Ефективне лікування на сьогодні відсутнє». Як важливо не залишити людину у цей час наодинці зі своєю бідною, дати підтримку та любов, гідний супровід життя, яке не зовсім схоже на наше – тих людей, хто сьогодні достатньо здоровий і адаптований у суспільстві.

Завдання провідника цієї ідеї в нашій країні Ліга відповідально взяла на себе. Потужно спрямовувала зусилля її прихильників на вирішення багатьох нагальних проблем у суспільстві для розбудови паліативної та хоспісної допомоги. Напередодні чергового з'їзду Ліги слід сказати про численні здобутки у її діяльності, яка побудувала сталі комунікації з міністерствами і відомствами, громадськими організаціями та фондами, міжнародними партнерами та просто небайдужими людьми у напрямку створення системи паліативної та хоспісної допомоги нашим громадянам на кращому досвіді європейських та інших країн.

Вам багато вдалося зробити, і одним зі свідчень вашої роботи є створення профільного міжнародного журналу «Реабілітація і паліативна медицина», на сторінках якого сконцентрована наукова думка та досвід роботи в паліативній і хоспісній допомозі вітчизняних та іноземних фахівців.

З величезним задоволенням вітаємо ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Голову правління Князевича Василя Михайловича і всіх її членів та прихильників із 5-річчям діяльності. Ми добре знаємо, що престиж організації і значення того, що вона робить, далеко не завжди визначається її обсягами. Невеликі організації можуть здійснити великі звершення. Яскравий приклад цього – діяльність вашої організації.

Як приємно вітати з днем народження організацію, що зайнята такою доброю, потрібною, корисною та непростою справою, особливо у наш важкий і буремний час.

Бажаємо процвітання та успіху у вашій благій, безкорисливій і самовідданій справі!

*Редколегія «Міжнародного журналу
«Реабілітація та паліативна медицина»*



ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА ЛІГА СПРИЯННЯ РОЗВИТКУ
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА»

Науково-практичний журнал

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ «РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»

Научно-практический журнал

Головний редактор – Князевич В.М.,

Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», д.мед.н., зав. кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України

Заступник Головного редактора – Моїсеєнко Р.О.,

д.мед.н., зав. кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика, заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», заслужений лікар України

Науковий редактор – Губський Ю.І.,

д.мед.н., проф., член-кор. НАМН України, зав. кафедри паліативної та hospісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги»

Відповідальний секретар – Царенко А.В.,

к.мед.н., доцент кафедри паліативної та hospісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика

Директор проекту – Бахтіярова Д.О.,

Генеральний директор ТОВ «Група компаній Мед Експерт»

Випускаючий редактор – Шейко І.О.

Верстка, дизайн – Молодика Т.К.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Антипкін Ю.Г. (м. Київ)
Вороненко Ю.В. (м. Київ)
Гречанина О.Я. (м. Харків)
Губенко І.Я. (м. Черкаси)

Децик О.З. (м. Івано-Франківськ)
Донская С.Б. (м. Київ)
Колеснік О.О. (м. Київ)
Колупаєва А.А. (м. Київ)

Лісний І.І. (м. Київ)
Мартинюк В.Ю. (м. Київ)
Матюха Л.Ф. (м. Київ)
Міщенко Т.С. (м. Харків)
Пінчук І.Я. (м. Київ)

Ріга О.О. (м. Харків)
Слугоцька І.В. (м. Івано-Франківськ)
отець Ігор Бойко (м. Львів)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Бабов К.Д. (м. Одеса)
Болтівець С.І. (м. Київ)
Вайнилович (Беларусь)
Гойда Н.Г. (м. Київ)
Глумчер Ф.С. (м. Київ)
Хубертус фон Фосс (Німеччина)
Глушко Л.В. (м. Івано-Франківськ)
Козявкін В.І. (м. Трускавець)
Корж О.М. (м. Харків)

Максименко С.Д. (м. Київ)
Місяк С.А. (м. Київ)
Мясоедов С.Д. (м. Київ)
Міклош Лукаш (Угорщина)
Нетяженко В.З. (м. Київ)
Омельченко Л.І. (м. Київ)
Пальчик А.Б. (Росія)
Семігін Т.В. (м. Київ)
Стаднюк Л.А. (м. Київ)

Христина де Вальден-Галушко (Польща)
Хусейнов З.Х. (Таджикистан)
Ціалковська-Риж О. (Польща)
Шафер Юдіт (Угорщина)
Шекера О.Г. (м. Київ)
Чайковська В.В. (м. Київ)
Черенько С.О. (м. Київ)
Яковенко І.В. (м. Київ)
Ястремська С.О. (Тернопіль)

ВИДАВЕЦЬ ТОВ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»

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

Видається з червня 2015 р.

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Затверджено вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Протокол № 9 від 11.11.2015 р.

Підписано до друку 27.11.2015 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. № 30.11/01 від 30.11.2015 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

Статтям журналу «МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА» присвоюється DOI

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.

- © Всеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», 2015
- © Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2015
- © Товариство з обмеженою відповідальністю «Група компаній Мед Експерт», 2015

КИЇВ 2015

UKRAINIAN PUBLIC ORGANIZATION "UKRAINIAN LEAGUE TO PROMOTE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE"
NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION BY P.L.SHUPIK, MINISTRY OF HEALTH
OF UKRAINE

GROUP OF COMPANIES MEDEXPERT, LLC

INTERNATIONAL JOURNAL «REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE»
Scientific and practical journal

Head Editor – Knyazevych V.M.,

doctor of medicine, professor, chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», head of the department of Public Health Care Management of National academy for Public Administration under the President of Ukraine

Deputy Editor – Moiseyenko R.O.,

doctor of medicine, professor, head of the department of Pediatric Neurology and Medical Social Rehabilitation of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L.Shupik, deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Honoured Doctor of Ukraine

Scientific Editor – Hubsyy Yu.I.,

doctor of medicine, professor, corresponding member National Academy of Medical Sciences of Ukraine, head of the department of palliative and hospice medicine of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L.Shupik, deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Honoured Doctor of Ukraine

Executive secretary – Tsarenko A.V.,

PhD, associate professor of the department of palliative and hospice medicine of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L.Shupik

Project director – Bakhtiyarova D.O.,

General director of the Group of companies MedExpert, LLC

Publishing editor – Sheyko I.O.

Design editor – Molodyka T.K.

EDITORIAL BOARD

Antypkin Yu.H. (Kyiv)	Detsyk O.Z. (Ivano-Frankivsk)	Lisnyy I.I. (Kyiv)	Pinchuk I.Ya. (Kyiv)
Voronenko Yu.V. (Kyiv)	Donskaya S.B. (Kyiv)	Martynyuk V.Yu. (Kyiv)	Riga O.O. (Kharkiv)
Hrechanina O.Ya. (Kharkiv)	Kolesnik O.O. (Kyiv)	Matyukha L.F. (Kyiv)	Sluhotska I.V. (Ivano-Frankivsk)
Hubenko I.Ya. (Cherkasy)	Kolupayeva A.A. (Kyiv)	Mishchenko T.S. (Kyiv)	Priest Ihor Boyko (Lviv)

EDITORIAL COUNCIL

Babov K.D. (Odesa)	Maksymenko S.D. (Kyiv)	Khrystyna de Valden-Halushko (Poland)
Boltivets S.I. (Kyiv)	Misyak S.A. (Kyiv)	Khuseynov Z.Kh. (Tadzhikystan)
Vaynylovych (Belarussia)	Myasoyedov S.D. (Kyiv)	Tsialkovska-Ryzh O. (Poland)
Hoyda N.H. (Kyiv)	Miklosh Lukash (Hungary)	Shafer Yudit (Hungary)
Hlumcher F.S. (Kyiv)	Netyazhenko V.Z. (Kyiv)	Shekera O.H. (Kyiv)
Hubertus fon Foss (Germany)	Omelchenko L.I. (Kyiv)	Chaykovska V.V. (Kyiv)
Hlushko L.V. (Ivano-Frankivsk)	Palchyk A.B. (Russia)	Cherenko S.O. (Kyiv)
Kozyavkin V.I. (Kyiv)	Semyhina T.V. (Kyiv)	Yakovenko I.V. (Kyiv)
Korzh O.M. (Kyiv)	Stadnyuk L.A. (Kyiv)	Yastremska S.O. (Ternopil)

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 P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Protocol №9 from 11.11.2015 y.

Signed for publication 27.11.2015 p.

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.№30.11/01 from 30.11.2015

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.

- © Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», 2015
- © National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L.Shupik, Ministry of Health of Ukraine, 2015
- © Group of companies MedExpert, LLC, 2015

KYIV 2015

Зміст

Події

Князевич В.М., Моїсеєнко Р.О.
II Національний конгрес з паліативної допомоги в Україні: досвід, здобутки, стратегія розвитку 6

Резолюція II Національного конгресу з паліативної допомоги в Україні 21

Організація паліативної та реабілітаційної допомоги

Гойда Н.Г., Губський Ю.І., Царенко А.В.
Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я 23

Моїсеєнко Р.О., Князевич В.М.
Паліативна підтримка дітям в Україні, як складова системи педіатричної допомоги. 31

Андріішин Л.-О.І.
Особливості роботи психолога в закладах паліативної допомоги 39

Жогно Ю.П.
Структура та особливості психологічного компоненту паліативної допомоги 43

Вольф О.О.
Деякі міжнародні нормативно-правові акти щодо забезпечення реалізації соціальної політики та соціальної роботи в сфері паліативної та хоспісної допомоги 49

Семігіна Т.В.
Соціальна робота у моделі паліативної допомоги: функції та виклики 54

Система підготовки, перепідготовки кадрів

Вороненко Ю.В., Губський Ю.І., Царенко А.В.
Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. 59

Стаднюк Л.А., Губський Ю.І., Гойда Н.Г., Царенко А.В., Чайковська В.В., Приходько В.Ю., Давидович О.В., Бондарчук А.М., Криничний Ю.В.
Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки фахівців до надання паліативної і геріатричної допомоги. 70

Contents

Events

Kniazevych V.M., Moiseenko R.A.
The II National Congress of Palliative Care in Ukraine: experience, achievements, development strategy 6

The Resolution of the II National Congress of Palliative Care in Ukraine 21

The Organization of palliative and rehabilitative care

Goyda N.G., Gubskiy Yu.I., Tsarenko A.V.
Socio-medical aspects of palliative and hospice care developing in Ukraine in terms of the health care system reform 23

Moiseenko R.A., Kniazevych V.M.
Palliative support of children in Ukraine as a part of pediatric care system 31

Andriishin L.-O.I.
Features of the work of the psychologist in the palliative care institutions 39

Zhogno I.P.
The structure and characteristics of the psychological component of palliative care 43

Wolf Olexander
Some international legal acts to ensure the implementation of social policy and social work in palliative and hospice care 49

Semigina T.V.
Social work in palliative care model: functions and challenges 54

The preparation system, personnel retraining

Voronenko Yu. V., Gubskiy Yu.I., Tsarenko A.V.
Staff training items and scientific research development in palliative medicine as a prerequisite for the creation of a modern system of palliative and hospice care in Ukraine 59

Stadnyuk L.A., Gubskiy Yu.I., Tsarenko A.V., Tchaikovska V.V., Prikhod'ko V.Yu., Davydovych O.V., Bondarchuk A.M., Krynychnyy Yu. V.
The perspectives of optimization of the all-ukrainian intersectoral system of palliative and geriatric care specialists multilevel training 70

<i>Чернишенко Т.І.</i> Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні..... 78	<i>Chernyshenko T. I.</i> Training of nurses in palliative care in Ukraine 78
<i>Білик Л.В.</i> Наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога» 83	<i>Bilyk L. V.</i> Scientific researches and scientific staff training in the field of “Palliative Care and Hospice” 83
<i>Мішуренко О.В., Лукіна Г.О.</i> Досвід післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання паліативної та хоспісної допомоги..... 89	<i>Mishurenko O., Lukina G.</i> The experience of post-graduate training of nurses in providing palliative and hospice care 89
<i>Децик О.З., Золотарьова Ж.М.</i> Організаційна технологія протидії та подолання професійного вигорання медичних працівників сфери паліативної допомоги 93	<i>Detsyk O. Z., Zolotarova Jh. M.</i> The organizational technology of resistance and prevention of burnout of medical workers in palliative care 93
Паліативна та хоспісна допомога в педіатрії	The palliative and hospice care in pediatrics
<i>Шунько Є.Є., Лакша О.Т., Кончаковська Т.В., Краснова Ю.Ю., Сіренко О.І.</i> Паліативна допомога в неонатології – проблемні питання 98	<i>Shunko E. E., Laksha O. T., Konchakovska T. V., Krasnova J. J., Sirenko O. I.</i> Palliative care in neonatology: problematic issues 98
Паліативна та хоспісна допомога в онкології	The palliative and hospice care in oncology
<i>Місяк С.А., Мосієнко В.С.</i> Перспективи розвитку напрямків реабілітації та паліативної медицини для онкологічних хворих в Україні.102	<i>Misyak S. A., Mosiyenko V. S.</i> Prospects for the development of directions of rehabilitation and palliative care for oncology patients in Ukraine102
Духовні засади паліативної допомоги	The spiritual principles of palliative care
<i>о. Ігор Бойко</i> Роль священика та інших фахівців у наданні паліативної опіки.....105	<i>Igor Boyko</i> The role of the priest and other experts in palliative care providing105
<i>Терешкевич Г.Т. (с. Діогена)</i> Паліативне лікування в контексті гідності та недоторканості людського життя111	<i>Tereshkevych H. T. (s. Dioghena)</i> Palliative care in the advantages and inviolability of human inviolability of human life111
Практичний досвід надання паліативної та хоспісної допомоги	The practical experience of the palliative and hospice care providing
<i>Екзархов В.А., Гончаренко А.А.</i> Некоторые особенности организации хосписной помощи в Украине.....118	<i>Ekzarkhov V. A., Goncharenko A. A.</i> Some features of the organization of hospice care in Ukraine118
Нетрадиційна та народна медицина в паліативній допомозі	Untraditional and folk medicine in the palliative care
<i>Гарник Т.П., Дудченко Л.Г., Калачов О.В., Огородникова Н.П., Пилипчук А.Б., Крашевец-Любченко І.П., Склярлова І.А.</i> Нові аромопродукти на фармацевтичному ринку України і перспективи їх використання у холистичній медицині.122	<i>Garnik T. P., Dudchenko L. G., Kalachov O. V., Ogorodnikova N. P., Pilipchuk A. B., Krashevets-Lubchenko I. P., Sklyarova I. A.</i> New aromatherapy products in the pharmaceutical market of Ukraine and the prospects for their use in holistic medicine122

Обговорюємо проект

Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015-2025 роки125

Матеріали конгресу

Матеріали II Національного конгресу з паліативної допомоги131

Discuss the project

The development strategy for palliative care in Ukraine 2015-2025 years125

The congress materials

The proceedings of the II National Congress of Palliative Care131

До відома авторів

Правила подання матеріалу для публікації

- Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури не більше 5–7-річної давності); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично оброблених результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку у даному напрямку; список літератури, реферати російською, українською та англійською мовами.
- Матеріал повинен супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та експертним висновком про можливість у відкритому друку.
- На останній сторінці статті мають бути власні підписи всіх авторів, **прізвища, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса установи, номери телефонів (службові), науковий ступінь, звання, посада. **Обов'язково контактний телефон автора/ів, з яким/и редакція може спілкуватися з питань, що виникли.**
- Авторський текстовий оригінал повинен складатися з одного примірника українською або російською мовою:
 - тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, списку літератури, рефератів не більше 8 сторінок, оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше 12 сторінок; коротких повідомлень, рецензій – не більше 7 сторінок);
 - списку літератури (якщо у статті є посилання) не більше 20 джерел, в оглядах – не більше 50),
 - таблиць;
 - рисунків (не більше 4) і підписів до них.
- **До статті додаються реферати українською, російською та англійською мовами з обов'язковими назвами, прізвищами та ініціалами авторів на цих мовах. Обсяг реферату не повинен перевищувати 200-250 слів. Обов'язково подаються «ключові слова» (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексації статті у інформаційно-пошукових системах. Реферат є незалежним від статті джерелом інформації. Він має бути зрозумілим окремо від основного тексту статті.**
- Реферат до оригінальної статті повинен бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріал і методи; в) результати; г) висновки; д) ключові слова. **Всі розділи в рефераті мають бути виділені в тексті жирним шрифтом. Для інших статей (огляд, лекція, обмін досвідом тощо) реферат повинен включати короткий виклад основної концепції статті та ключові слова.**
- Статті набираються на комп'ютері у програмі Word і подаються роздрукованими та на електронному носії. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються у програмах Word або Excel і разом із текстовим файлом подаються на електронному носії.
- **На першій сторінці обов'язково вказується індекс УДК.**
- Список літератури подається після тексту. Автори згадуються за алфавітом – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською або українською мовами, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземними мовами. Всі джерела повинні бути пронумеровані.
- Посилання у тексті вказуються цифрами у квадратних дужках і мають відповідати нумерації у списку літератури.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування та залишається незмінною у всьому тексті.
- Відповідальність за достовірність і оригінальність наданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне і літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у публікації статей може здійснюватись без пояснення причини і не вважатися негативним висновком щодо наукової та практичної значущості праці. Рукописи статей не повертаються.

Редакційна рада

В.М. Князевич, Р.О. Моїсеєнко

II Національний конгрес з паліативної допомоги в Україні: досвід, здобутки, стратегія розвитку

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Україна вступила в епоху гуманізації суспільства. Відроджується громадянський дух нашого народу, активно перебудовуються ідеологічні постулати, які мають людино-центроване спрямування. Мабуть саме тому сьогодні однією з гострих медико-соціальних та гуманітарних проблем країни стало створення та розвиток доступної та ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню. Така ситуація зумовлена постарінням населення, зростаючою кількістю невиліковних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя, як похилого, так і працездатного віку, необхідністю забезпечення якісного догляду невиліковним дітям за сучасними підходами, що прийняті у європейських країнах. Досвід багатьох країн світу переконливо доводить, що паліативна і хоспісна допомога найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та

їхніх родин, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя.

01–03 жовтня 2015 року у м. Києві за ініціативи ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Національної академії державного управління при Президентові України спільно з Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за підтримки МОЗ, Мінсоцполітики, НАМН України, НАПН України, КМДА, МФ «Відродження» відбувся II Національний конгрес з паліативної допомоги.

Привітати учасників конгресу до приміщення Національної філармонії України прийшли відомі державні та релігійні діячі країни, представники міжнародних організацій, зарубіжні гості. У роботі Конгресу взяли участь Міністр охорони здоров'я О. Квіташвілі, перший заступник Міністра соціальної політики В. Шевченко, керівники інших органів влади. Перед учасниками виступили



Блаженніший Любомир Гузар – Верховний Архієпископ Києво-Галицький, Архієпископ і Митрополит Київський, єпископ Кам'янецький; Мішель Казачкін – лікар, д.мед.н. проф., спеціальний послианник ООН по ВІЛ/СНІД у Східній Європі і Центральній Азії, директор Глобального фонду по боротьбі з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та іншими інфекційними захворюваннями, голова фонду Роберта Карра з розвитку громадського суспільства, член глобальної комісії з питань наркополітики. Учасників Конгресу привітали представники більшості конфесій, представники різних гілок влади.

У рамках Конгресу було проведено 15 окремих секцій, у тому числі у режимі телемосту з фахівцями з паліативної допомоги США. Широко обговорювалися нормативно-правові та організаційні засади надання паліативної та хоспісної допомоги; інтегрований підхід до надання допомоги пацієнту: лікування, догляд, психологічна та соціальна підтримка, засади та досвід їх забезпечення; науково-методичні, філософські, етичні засади розвитку паліативної допомоги; питання психологічної, соціальної та духовної підтримки пацієнтів у процесі надання паліативної та хоспісної допомоги.

Відбулося предметне обговорення стану та досвіду надання допомоги паліативним пацієнтам у педіатрії, геріатрії, онкології, психіатрії, ВІЛ-інфікованим хворим. Особливого звучання набуло питання знеболення, що часто є вирішальним у наданні паліативного супроводу. Важливим моментом стало обговорення та прийняття проекту Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні, який учасники Конгресу запропонували подати на затвердження уряду країни.

Засідання секції №1 «Організаційні засади системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Система підготовки, перепідготовки кадрів. Засади фінансування» відбулося у конференц-залі НМПО ім. П.Л. Шупика. Модераторами цієї секції визначені Гойда Ніна Григорівна – проєктор з лікувальної роботи, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я НМПО ім. П.Л. Шупика, д.мед.н.; Цимбалюк Віталій Іванович – віце-президент НАМН України, академік НАМН України, д.мед.н., проф.; Губський Юрій Іванович – завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, заступник голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.

Широко обговорювалися організаційні аспекти системи паліативної і хоспісної допомоги, модель надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах, залучення лікарів загальної практики – сімейної медицини до надання паліативної допомоги, організаційна модель надання паліативної і хоспісної допомоги в стаціонарних умовах та визначені бригадами вдома; особливості надання паліативної допомоги в міській та сільській місцевості; професійна підготовка медичного персоналу з питань надання паліативної і хоспісної допомоги; нормативно-правова база розвитку паліативної і хоспісної допомоги; наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога»; економічні засади системи паліативної і хоспісної допомоги.

Були заслухані та обговорені доповіді Царенка Анатолія Володимировича – доцента кафедри



паліативної та хоспісної медицини НМПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н. «Організаційні засади системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні» та «Організація паліативної допомоги в регіоні: системність, послідовність, спадкоємність», представлена Андріішин Людмилою Іванівною – завідувачем відділення Івано-Франківського обласного клінічного центру паліативної допомоги «Хоспіс», головним позаштатним спеціалістом з паліативної та хоспісної медицини департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, віце-президентом Благодійного фонду допомоги невиліковно хворим «Мати Тереза».

Значну частину секції було присвячено організаційним технологіям протидії та подолання професійного вигорання медичних працівників сфери паліативної допомоги, що були висвітлені Децик Ориною Зенонівною – завідувачем кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н., проф. та Золотарьовою Жанною Миколаївною – асистентом кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету, к.мед.н.

Важливим для забезпечення якісної підготовки спеціалістів з паліативної допомоги є умови створення системи підготовки та перепідготовки кадрів, про що зазначив у своєму виступі Губський Юрій Іванович – завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. та Шекера Олег Григорович – директор Інституту сімейної медицини, професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», д.мед.н.

Надзвичайно важливою у наданні паліативної та хоспісної допомоги є роль медичної сестри та рівень її підготовки, про що наголошувала у доповіді «Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки» завідувач відділення Черкаського медичного коледжу Білик Любов Володимирівна. Про досвід післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання паліативної та хоспісної допомоги доповідала Лукіна Ганна Олександрівна – викладач КЗ «Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних спеціалістів та фармацевтів» ДОР.

Про міжнародний і національний досвід християнського служіння та допомоги паліативним пацієнтам розповіла Дандре Памела – голова на-

глядової ради ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо», координатор міжнародної організації християнських медсестер «Faith Community Nursing» (США).

Під час секції обговорювався досвід роботи створених відділень паліативної допомоги, наприклад Дніпропетровської міської лікарні №15, про який розповів Ю.В. Криничний – заступник головного лікаря, головний позаштатний спеціаліст з паліативної та хоспісної медицини департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, голова Дніпропетровського обласного осередку Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Висвітлені були також особливості паліативної допомоги хворим з хронічними інфекційними захворюваннями заступником директора з навчально-методичної роботи Черкаського медичного коледжу Шевченко Олександром Теодорівною. Головний лікар Донбаського центру паліативної медицини, голова Донецького обласного осередку Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, голова правління БО «Янгол милосердя» Трифонова Наталія Семенівна представила досвід надання виїзної паліативної та хоспісної допомоги «Хоспіс на дому» жителям Донецького регіону.

Цікавою була доповідь Гармаш Олени Василівни – к.пед.н., директора Ніжинського дитячого будинку-інтернату про особливості надання паліативної допомоги підопічним IV профілю в будинку-інтернаті.

Психологічні аспекти роботи з паліативними пацієнтами показав Жогно Юрій Петрович – к. психол. н., доцент кафедри сімейної та спеціальної педагогіки і психології ПНПУ ім. К.Д. Ушинського.

Особливий інтерес викликала секція №2 «Інтегрований підхід до надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнту: лікування, догляд, психологічна та соціальна підтримка. Засади та досвід їх забезпечення», яка відбувалась протягом трьох днів (01–03 жовтня) у формі круглих столів, тренінгів та виступів в готелі «Козацький». У секції взяли участь медики, соціальні працівники, психологи, юристи, а також гості з Австрії, Казахстану.

Модераторами секції були Шевченко Василь Васильович – перший заступник Міністра соціальної політики України та Чайківська Дзвенислава Романівна – національний координатор програми напрямку «Здоров'я» Міжнародного благодійного фонду «Карітас України».

На секції обговорювались досвід організації та діяльності моделі виїзної мультидисциплінарної бригади – результати моніторингу та оцінки були представлені Дзвениславою Чайківською; питання

перинатальної паліативної допомоги висвітлив к.мед.н. Пеньков Андрій Юрійович, Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1. Ситуацію щодо дитячої захворюваності та смертності та розвиток дитячої паліативної допомоги показали Ріга Олена Олександрівна – професор кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету, д.мед.н., проф. та Джоан Марстон – виконавчий директор Міжнародної Мережі Паліативної допомоги для дітей (ICPCN), професор.

Паліативна допомога хворим на СНІД була представлена з досвіду Карітасу Одеси Світланою Колодчин.

Досвід Казахстану із взаємодії медичної та соціальної служб при наданні паліативної допомоги представив Болат Жантурієв – делегат від Казахстанського медичного університету, Алмати.

Вплив міждисциплінарного підходу при наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні) показаний Брацюнь Лесею Петрівною – асистентом кафедри паліативної та хоспісної медицини НМПО ім. П.Л. Шупика.

Досвідом викладання основ паліативної допомоги поділилася Асія Аканова, Алмати, Казахстан. Про засоби народної і нетрадиційної медицини у цій сфері розповіла Христина Макух, к.мед.н., НМУ ім. Д. Галицького, Львів.

«Роль та завдання служби первинної медико-санітарної допомоги у наданні паліативної та хоспісної допомоги» розглядалися на секції №3, яка проходила на базі однієї з київських міських поліклінік. Модератором секції була Матюха Лариса Федорівна – завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, Голова Всеукраїнської асоціації сімейних лікарів, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», д.мед.н., професор.

Доповіді, що були представлені на цій секції, висвітлювали роль та місце первинної медико-санітарної допомоги у наданні паліативного догляду. Державна політика щодо організації паліативної та хоспісної допомоги на первинному рівні була висвітлена Авраменко Тетяною Петрівною – докторантом кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентіві України.

Особливий інтерес викликали виступи Матюхи Лариси Федорівни «Паліативна допомога дітям в практиці сімейного лікаря» та Веселової Тетяни (НМАПО імені П.Л. Шупика), у яких було показано досвід надання паліативної медичної допомоги на первинному рівні.

Майстер-класи, що проводяться на базовій кафедрі сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, викликали жвавий інтерес. Вони були представлені д.мед.н., проф., завідувачем кафедри сімейної медицини Хімїон Людмилою «Повідомлення поганих новин» та Матвієць Людмилою «Робота з інкурабельними хворими (психологічний аспект)».

Для посилення роботи із паліативної медицини за підсумками роботи секції було запропоновано наступне:

- провести майстер-класи для керівного складу ЦПМСД щодо користування методичними розробками з планування закупівлі контрольованих речовин та широке пояснення роботи з наказом № 494 (можливі 1–2-денні тренінги), роботи з документацією;

- нормативно забезпечити наявність у кожному районі аптеки (бажано комунальної), де пацієнт або довірена особа може придбати контрольований лікарський засіб, виписаний паліативному хворому сімейним лікарем;

- нормативно упорядкувати дозвіл на рівні закладу ПМСД в амбулаторіях мати незначний запас опіоїдних анальгетиків (інфаркт міокарда, травма тощо), використовуючи зарубіжний досвід, наприклад Хорватії;

- налагодити співпрацю із соціальними службами щодо роботи з паліативними пацієнтами на первинному рівні медичної допомоги;

- разом з кафедрами сімейної медицини та паліативної медицини розробити і проводити цикли ТУ з питань організації системної роботи з паліативним пацієнтом для лікарів ПМСД;

- проводити післядипломне навчання медичних сестер первинного рівня з питань догляду за паліативним пацієнтом;

- сприяти створенню мобільних бригад для обслуговування паліативних пацієнтів, особливо для здійснення ефективного знеболення.

Не можна перебільшити **роль медсестринства в розвитку та підвищенні якості паліативної та хоспісної допомоги, яка обговорювалася на секції №4** у Київському міському медичному коледжі. Модератором секції стала Чернишенко Тетяна Іванівна – директор ДУ «Центральний методологічний кабінет підготовки молодших спеціалістів МОЗ України», кандидат наук з державного управління.

Детально обговорено доповіді «Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні» Чернишенко Тетяни Іванівни; «Післядипломна освіта медичних сестер з паліативної і хоспісної допомоги» Вовк Лесі Григорівни – директора Львівського медичного коледжу післядипломної освіти та представників інших коледжів.

Актуальні питання щодо створення стандартів медсестринського догляду з паліативної і хоспісної допомоги в Україні висвітлено Шегедін Марією Брониславівною — директором Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського, д.мед.н., проф.; у доповіді «Актуальні питання щодо створення відділення паліативної допомоги як функціонального підрозділу вищого медичного навчального закладу» Венгрин Надії Олексіївни – к.мед.н., директора ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» Рівненської обласної ради.

Викликала інтерес і доповідь «Роль і завдання асоціацій медичних сестер у розвитку паліативної та хоспісної допомоги» Івашко Галини Миколаївни – головного позаштатного спеціаліста по роботі з середнім медичним персоналом МОЗ України, президента Асоціації медичних сестер України.

Концептуально внесено пропозиції до Резолюції Конгресу та Стратегії розвитку паліативної допомоги на 2015–2025 роки щодо розвитку ролі медсестринства та особливостей роботи із посилення престижності професії.

Питання організації і надання паліативної та хоспісної допомоги хворим на соціально небезпечні захворювання розглядалися на секції №5. Модераторами секції визначено Нізову Наталію Миколаївну – директора ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», д.мед.н., проф., Александріну Тетяну Андріївну – к.мед.н., кафедра вірусології НМАПО ім. П.Л. Шупика, Курпіту Володимира Івановича – виконавчого директора ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

У роботі секції взяли участь представники Всесвітньої організації охорони здоров'я, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Національний інститут фізіотерапії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», Одеського державного медичного університету, Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру, Національної академії державного управління при Президентові України, головні лікарі та представники регіональних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом, представники ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ».

Представлені на секції доповіді були надзвичайно актуальними з огляду на епідемії ВІЛ та туберкульозу в Україні.

Секція була присвячена висвітленню поточного стану, проблем та досягнень у сфері надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД, наркоманію, які, відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, належать до соціально небезпечних хвороб, а отже хвороб, контроль за поширенням яких

є стратегічним напрямом державної політики у сфері охорони здоров'я.

Значна частина ВІЛ-інфікованих хворих, які дізнаються про свій діагноз на стадії СНІДу, поширення мультирезистентних форм туберкульозу і відсутність доступних нових протитуберкульозних препаратів призводять до постійного збільшення хворих, які потребують паліативної допомоги. Хворі на туберкульоз, СНІД, враховуючи епідеміологічний фактор захворювання, високий рівень стигматизації, дійсно є особливою групою паліативних хворих, доступ яких до означеної допомоги залишається катастрофічно низьким через низку чинників нормативного, організаційного, структурного характеру.

Під час засідання увага також була спрямована на одну з найскладніших категорій паліативних хворих – наркозалежних, значна частина яких має подвійний та потрійний діагнози (залежність, ТБ, ВІЛ/СНІД). Серед усіх компонентів паліативної допомоги для наркозалежних найпроблемнішим є медичний у частині менеджменту болю. Менеджмент болю для наркозалежних включає не лише призначення адекватного знеболення відповідно до рекомендацій ВООЗ, але й оцінку залежності/зловживання психоактивними речовинами, оцінку ризиків зловживання опіоїдними анальгетиками, заходів з їх попередження та план дій у разі їх виникнення. Слід зазначити, що тактика ведення болю у таких хворих змінюється залежно від поточного стану вживання психоактивних речовин (пацієнт в ремісії, активний споживач опіоїдів або інших речовин, пацієнт на замісній підтримувальній терапії або пацієнт, який приймає налтрексон).

Виходячи з поняття цінності кожної особистості, визнання унікальності її життєвого шляху та гідності, кожна особа має право на доступ до якісної паліативної та хоспісної допомоги. Таке право ґрунтується на загальних правах людини. Водночас у нашій країні, незважаючи на позитивні зрушення, існують серйозні проблеми із забезпеченням доступу до паліативної допомоги, особливо ВІЛ-позитивних осіб, хворих на ТБ та наркозалежних, які часто піддаються стигматизації та дискримінації.

Першими на секції були представлені доповіді «Перспективи та можливості для забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз, які підлягають паліативному лікуванню» від представників ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» професора Н.М. Нізової та Я.С. Терлеєвої та «Паліативна допомога хворим на туберкульоз» від представників Національного інституту

фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України проф. С.О. Черенько та Н.А. Літвиненко, Г.О. Варицької.

Досвід центру паліативної допомоги пацієнтам з ТБ/ВІЛ/гепатитами був представлений Талалавим К.О. та Єсипенко С.В., Одеський державний медичний університет, Одеський обласний протитуберкульозний диспансер (м. Белгород-Дністровський, Одеська область).

Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію в Україні висвітлені Лучинською Ольгою Віталіївною – аспірантом Національної академії державного управління при Президентові України. Паліативна допомога, як складова комплексної медичної допомоги при ВІЛ-інфекції/СНІДі, представлена Гетьман Л.І., Соболевою Я.В., ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Широку зацікавленість викликала доповідь «Особливості паліативної допомоги для наркозалежних осіб» професора Щербінської А. М. та Іванчук І.О., ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Актуальність паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та сучасні аспекти паліативної допомоги хворим при ВІЛ-інфекції були надані з регіонів Лазаревич Ю.М., Рівненське відділення ЛЖВ, та Юрченко О.В., Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом.

Усіх зацікавили питання перспектив розвитку хоспісної допомоги хворим на СНІД після завершення програм Глобального фонду, які представила Задорожна К.І., Харківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом.

І завершив виступи на секції глобальною доповіддю «Підходи ВООЗ щодо паліативної допомоги хворим на туберкульоз: що необхідно зробити в Україні (WHO on Palliative care in TB: what should be done in Ukraine)» Славуцький Андрій – співробітник представництва ВООЗ в Україні.

Підсумовуючи засідання, усі учасники погодились із необхідністю включення питань паліативної допомоги до національної політики держави з ВІЛ/СНІД, ТБ, приведення нормативно-правової бази України у відповідність до світових стандартів, створення системи підготовки спеціалістів у галузі паліативної допомоги, забезпечення доступу до необхідних препаратів усіх пацієнтів, які їх потребують.

Вперше у рамках Конгресу відбулась **секція №6 «Організація паліативного догляду в педіатрії»**. Засідання секції проводилися у приміщенні Київської міської дитячої клінічної лікарні, яка залучатиметься до надання допомоги пацієнтам Центру паліативної допомоги дітям міста Києва,

створеного на території сусіднього закладу – Київської міської дермато-венерологічної лікарні, що має відповідні умови для розгортання відділення з 10 одномісних палат з окремими виходами на вулицю, що є важливим для маленьких пацієнтів та їхніх сімей. Також у вільних приміщеннях лікарні підготовлено майданчик для створення виїзної мобільної мультидисциплінарної бригади як важливої складової структурного підрозділу центру, і саме з цієї бригади розпочнеться функціонування Центру та робота з медичним персоналом міста Києва.

Модераторами секції були перший заступник голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., проф. Р.О. Моїсеєнко, начальник управління охорони материнства і дитинства МОЗ України В.М. Коломейчук; від Департаменту охорони здоров'я Київської МДА – О.П. Шевченко, В.Ю. Мартинюк – член правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», директор ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», головний поза штатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія», кандидат медичних наук.

У роботі секції взяли участь 140 педіатрів – спеціалістів з різних спеціальностей із 17 областей країни, які обговорювали нагальні питання педіатричної паліативної допомоги. Особливо болючі питання висвітлено у повідомленні «Паліативна допомога в неонатології – проблемні питання», представленому Шунько Єлизаветою Євгеніївною – головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Неонатологія», завідувачем кафедри неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професором.

Окремі питання щодо створення паліативної допомоги дітям було викладено у доповіді професора Моїсеєнко Раїси Олександрівни та Залеської Валентини Володимирівни – головного лікаря Київської міської дитячої клінічної лікарні №4, заступника голови Київської міської організації ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги».

Цікава та ексклюзивна інформація була викладена у доповіді директора ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія», к.мед.н. Мартинюка Володимира Юрійовича щодо апалічного синдрому у дітей – клініки, діагностики, реабілітації, паліативної допомоги.

Питання паліативної допомоги у дитячій нейрохірургії розглянув Духовський Олександр Ерікович – головний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча нейрохірургія», керівник Харківського Центру дитячої нейрохірургії.

Актуальні питання паліативної медицини в дитячій психіатрії було висвітлено Марценковським Ігорем Анатолійовичем – головним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Дитяча нейрохірургія», Український ДУ «НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України», м. Київ, НМАПО імені П.Л. Шупика, к.мед.н., доцентом.

Досвід та потреби надання паліативного супроводу дітям з онкогематологічними захворюваннями було показано Донською Світланою Борисівною – завідувачем Центру дитячої онкогематології НДСЛ «ОХМАТДИТ», головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Дитяча онкогематологія».

Актуальною темою є знеболення у педіатрії, особливо з огляду на відсутність в країні відповідних затверджених настанов та клінічних протоколів, про що зазначила у своїй доповіді «Стан проблеми оцінювання болю у дітей різного віку», д.мед.н., проф. кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету Ріга Олена Олександрівна.

Цікавим був також перший досвід виїзних хоспісних бригад та створення регіональної концепції педіатричної паліативної допомоги дітям у м. Харкові, який представили лікар Харківського обласного спеціалізованого будинку дитини №1, к. мед.н. Пеньков Андрій Юрійович та головний лікар цієї установи к.мед.н. Марабян Роман Володимирович.

Особливий інтерес викликала доповідь начальника Департаменту ОЗ Івано-Франківської ОДА Мельника Романа Михайловича щодо здобутків впровадження та перспектив розвитку дитячої паліативної допомоги на Прикарпатті. Показано досвід громадської роботи та організаційних заходів державних органів управління зі створення першого дитячого паліативного центру у м. Надвірна.

Основними питаннями, які були виділені для внесення в резолюцію конгресу, стали термінове врегулювання нормативно-правової бази діяльності паліативної допомоги дітям, передусім положень та штатних нормативів і норм навантажень для персоналу центрів/відділень паліативної допомоги, у тому числі мобільних бригад, які сьогодні почали створюватись у Луцьку, Харкові, Івано-Франківській області, Одесі, Києві стихійно із залученням грантів технічної допомоги міжнародних організацій. Потребує негайного вирішення питання прийняття клінічного протоколу



та настанови для знеболення у дітей, можливості реєстрації в Україні дитячих форм наркотичних лікарських засобів, зокрема пластирів, рідких форм тощо, а також врегулювання питання підготовки спеціалістів із паліативного догляду дітей. Потребує вирішення питання роботи з некурабельними пацієнтами у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії, особливо у неонатології, з прийняттям порядку переведення їх на паліативний догляд.

Важлива складова паліативної медицини, особливо у дорослого населення, – це **надання паліативної допомоги в онкології, яка обговорювалась на секції №7**, що проходила у ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України. Модератором зустрічі була Колеснік Олена Олександрівна – директор ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, д.мед.н., професор.

Заслухано доповіді: «Захворюваність на рак в Україні» Чешук Валерія Євгеновича – професор кафедри онкології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, головного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Онкологія», д.мед.н., проф.; «Сучасні принципи паліативної допомоги хворим на рак в Україні» Колеснік Олена Олександрівна – директора ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, д.мед.н., проф.; «Перспективи розвитку напрямків реабілітації та паліативної медицини для онкологічних хворих в Україні» Мосієнко Володимира Сергійовича – головного наукового співробітника Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, д.м.н., професора.

Важливого звучання набула доповідь «Принципи протибольової терапії в паліативному лікуванні онкологічних хворих» завідувача відділення анестезіології та інтенсивної терапії ДУ «Національний інститут раку МОЗ України», д.мед.н. Лісного Івана Івановича. Цікавою була інформація, представлена у доповіді «Корекція анемії у підтримуючій терапії онкологічних хворих» Поступаленко Олени Вікторівни – старшого лаборанта кафедри онкології Національного медичного університету

ім. О.О. Богомольця та доповіді «Аспекти психологічної підтримки хворих на рак та їх родичів в Україні» Суркіс М.О. – психолога ДУ «Національний інститут раку МОЗ України».

Прошло також обговорення доповідей та пропозицій до Резолюції II Національного Конгресу з паліативної допомоги і Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні.

Секція №8 «Паліативна та хоспісна допомога у психіатрії та неврології» була організована в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії і наркології МОЗ України та кафедрі психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, що розташовані на території Київської міської клінічної психіатричної лікарні.

Модератором секції була Пінчук Ірина Яківна – директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія. Психіатрія».

Під час секції прослухано та обговорено доповіді «Паліативна та хоспісна допомога у психіатрії» Пінчук Ірини Яківни – директора Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Наркологія. Психіатрія», д.мед.н., с.н.с. Жваве обговорення викликало повідомлення Чайковської В.В. – завідувача лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України», д.мед.н., проф. з проблемних питань геріатрії при наданні паліативної допомоги.

«Техника нейросенсорной депривации стрессогенной активности – как метод психологического дебрифинга при оказании паллиативной помощи» була висвітлена Педак А. А. – головним лікарем Миколаївської обласної психіатричної лікарні №2. Про проблеми паліативної допомоги при деменціях та використання європейського досвіду поінформувала слухачів Косенкова Ірина Володимирівна – заступник головного лікаря з медичної частини КЗ «Черкаська обласна психіатрична лікарня». Особливості надання паліативної допомоги в психіатрії, досвід роботи відділення паліативної допомоги висвітлив Ященко Володимир Іванович – головний лікар Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні.

Цікавою для слухачів стала доповідь про розвиток психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку Мугаль С.О. – викладачка кафедри практичної психології та психосоматики, аспіранта IV курсу Інституту соціології, психології та соціальних

комунікацій Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова.

Напрямки вирішення соціальних проблем пацієнтів з виразним дефектом та кінцевими станами внаслідок перебігу шизофренії були представлені Шейко Макаром Васильовичем – завідувачем відділення ТМО «Психіатрія» у м. Києві.

Нестандартні підходи до лікування показані у доповіді про зміну якості життя пацієнтів з раком молочної залози на фоні Цигун-тренінгу Макарова Олександра Валентиновича – лікаря-психотерапевта Херсонського обласного онкологічного диспансеру.

Завершилась секція виступом про досвід надання паліативної допомоги в США, який представила Мишаківська Ольга, обласна клінічна психіатрична лікарня м. Львова.

Секція №9 «Питання народної та нетрадиційної медицини в паліативній допомозі» відбулась у залі Національної наукової медичної бібліотеки, у якій взяли участь як фахівці з народної і нетрадиційної медицини, так і класичної медицини, які вивчають здобутки поколінь та впроваджують їх на первинному рівні медичної допомоги на принципах доказовості, ефективності, якості, безпеки. Загалом було зареєстровано 110 учасників.

Метою проведення секції в межах II Національного Конгресу з паліативної допомоги було обговорення актуальних питань натуральної, комплексної, альтернативної (народної та нетрадиційної – НіНМ) медицини у клінічній практиці та повсякденному житті осіб різних вікових груп.

У рамках секційного засідання заслухали доповіді, відбулися дискусії, обговорення та було запропоновано проект резолюції.

Модераторами секції стали Гарник Т.П. – д. мед.н., проф., завідувач кафедри фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» (далі – КМУ УАНМ), головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Народна та нетрадиційна медицина», президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України», Андріюк Л.В. – д.мед.н., проф., завідувач кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, Дмитрієва А.В. – д.мед.н., с.н.с., директор центру «Расаяна», м. Київ, Козименко Т.М. – к.мед.н., доц. завідувач курсу гомеопатії кафедри фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «КМУ УАНМ», Радиш Я.Ф. – д.держ.упр., проф., Національна академія державного управління при Президентові України.

У програму секційного засідання були включені доповіді, майстер-класи та дискусії за наступними

темами: сучасні аспекти застосування методів НІНМ, фізіотерапевтичних та реабілітаційних методів у паліативній допомозі; економічна доцільність застосування методів народної і нетрадиційної медицини в умовах соціально-економічних проблем в Україні; фармакоэкономика фіто-, гомеопатичних засобів та інших методів НІНМ у паліативній допомозі; досвід та пропозиції щодо застосування фітотерапії у паліативній допомозі: *ex temporale* – лікарські форми у паліативній допомозі; досвід та пропозиції щодо застосування гомеопатії, іридодіагностики, електропунктурної діагностики та інформаційної медицини як скринінг методів діагностики та контролю щодо ефективності паліативної допомоги; досвід та пропозиції щодо організації психотерапевтичних та психологічних груп для фахівців з НІНМ, лікарів інших спеціальностей для профілактики синдрому професійного вигорання та учасників АТО; науково-методичне забезпечення НІНМ в Україні та світі.

Під час секції були заслухані доповіді: Гарник Т.П. «Народна і нетрадиційна медицина в Україні при наданні паліативної та хоспісної допомоги», Андріюк Л.В., Магулка І.В. «Можливості немедикаментозної корекції порушених функцій у пацієнтів з перенесеним геморагічним інсультом», Козименко Т.Н. «Палиативная гомеопатия», Потоцька С.В. «Можливості гомеопатії при лікуванні тяжкої патології», Галян Я.А. «Тибетские методы поддержки в палиативной и хосписной помощи», Коломоець Н.О. «Випадок паліативного гомеопатичного лікування раку підшлункової залози», Дорофеев А.Ю. «Фармакодинамические характеристики растений в аюрведической фармакологии. Пример их использования в терапии», Осипенко О.Д., Буянов Ю.В. «Холодинника как инструмент кризисной психологии и медицины», Дмитрієва А.В. «Аюрведа – терапия супроводу онкологічних хворих», Гарник Т.П., Іванова Л.Н., Туманов В.А., Гарник К.В. «Синдром емоціонального вигорання у медичинських работников», Зубицька В.О. «Засоби авторської фітотерапії династії лікарів Зубицьких ТОВ «Фіто-Данімир» у амбулаторній практиці супроводу паліативних хворих», Головаха М.О. «Оптимизация изложения методики электропунктурной диагностики и информотерапии в реабилитации семей, которые имеют детей с аутизмом», Меньшова В.О., Березкіна В.І. «Пряноароматичні рослини в паліативній допомозі», Степаненко В.В., Войтенко Г.М. «Досвід застосування препарату гриба Ганодерма при лікуванні онкологічних хворих», Матяш М.М. «Реабілітаційні стратегії в лікуванні хворих, що перенесли бойову ЧМТ», Черкасенко І.Л. «Гомеопатическая терапия терминальных состояний».

Актуальним питанням було визначено необхідність залучення фахівців з народної і нетрадиційної медицини до супроводу пацієнтів в хоспісній і паліативній медицині.

На секції №9 були розглянуті питання щодо організації натуропатичної допомоги за фахом «Народна та нетрадиційна медицина» методами фітотерапії, гомеопатії, рефлексотерапії, електропунктурної діагностики та інформотерапії, іридодіагностики, аюрведи, а також психологічні аспекти в паліативній та хоспісній допомозі.

Таким чином, учасники секції продовжили роботу, розпочату на міжнародній конференції «Місце народної і нетрадиційної медицини в паліативній допомозі», яка була присвячена Всесвітньому дню паліативної та хоспісної допомоги, що відбулася 10–11 жовтня 2013 року.

Пацієнт повинен мати право вибору щодо методів знеболення, включаючи наркотичні, ненаркотичні, немедикаментозні, у тому числі апаратні (електростимуляція тощо), рефлексотерапевтичні, фітотерапевтичні, гомеопатичні та інші натуропатичні методи. Для цього необхідне широке інформування пацієнтів щодо різних можливостей народної і нетрадиційної медицини. Для досягнення цієї мети необхідно організувати конференції, круглі столи, семінари, школи для родичів пацієнтів, що потребують паліативної та хоспісної допомоги.

Натуропатичні засоби можуть бути застосовані за кількома основними напрямками: рефлексотерапія та електростимуляція з метою знеболення, фітотерапія, аюрведа, апітерапія та гомеопатія – для покращення якості життя за якомога більш тривалого збереження працездатності і можливості до самообслуговування, що є економічно доцільним та гуманним стосовно пацієнтів, електропунктурна діагностика та інформотерапія – для якісного індивідуального підбору натуропатичних, у тому числі фармакологічних, дієтичних тощо засобів у динаміці.

Застосування натуропатичних засобів у паліативній та хоспісній медицині сприятиме її соціально-економічній доступності.

Учасники секції №9 запропонували:

1. Забезпечити право вибору пацієнтам, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, щодо методів знеболення, включаючи наркотичні, ненаркотичні, немедикаментозні, у тому числі апаратні (електростимуляція тощо), рефлексотерапевтичні, фітотерапевтичні, гомеопатичні та інші натуропатичні методи.

2. Провести широке інформування пацієнтів щодо різних можливостей народної та нетрадиційної (натуральної, комплементарної/альтернативної) медицини в паліативній та хоспісній допомозі.

3. Організувати конференції, круглі столи, семінари, школи на тему реальних можливостей народної та нетрадиційної (натуропатичної) медицини для родичів пацієнтів, що потребують паліативної та хоспісної допомоги.

4. Налагодити діалог між представниками онкологічних, хірургічних, терапевтичних та натуропатичних напрямків з метою подолання непорозумінь та взаємного інформування щодо можливостей та обмежень різних методів і шляхом організації міждисциплінарних заходів.

5. Внести у Національну стратегію розвитку паліативної та хоспісної допомоги положення про те, що «методи народної і нетрадиційної медицини та (натуропатичні) засоби можуть бути застосовані у паліативній і хоспісній медицині за кількома основними напрямками: рефлексотерапія та медична акупунктура, точкова і зональна електростимуляція – з метою знеболення; фітотерапія, аюрведа, апітерапія та гомеопатія – для покращення якості життя за якомога більш тривалого збереження працездатності і можливості до самообслуговування, що є соціально-економічно доцільним та гуманним стосовно пацієнтів; електропунктурна діагностика та інформотерапія, іриодіагностика як скринінг-методи – для якісного індивідуального підбору як натуропатичних, так і фармакологічних, дієтичних тощо засобів в динаміці».

6. Внести вивчення НІНМ (натуропатичних методів) до навчальних програм із підготовки фахівців з паліативної та хоспісної допомоги, залучивши до викладання ВГО «Асоціація фахівців з народної та нетрадиційної медицини України», профільні кафедри ВМНЗ з НІНМ по всій Україні.

7. Впровадити розділи, що висвітлюють можливості НІНМ (натуропатичних методів, засобів) у підручники і навчальні посібники для підготовки фахівців з паліативної та хоспісної допомоги у навчальних закладах II–IV рівня акредитації.

Проект резолюції на засіданні секції №9 прийнято одногосно за основу.

Секція №10 «Хронічний біль у паліативній медицині: шляхи вирішення проблеми. Питання забезпечення доступу населення до наркотичних анальгетиків та інших засобів знеболення» відбулася у приміщенні ПАО НПЦ «Борщагівський ХФЗ». У роботі секції взяли участь лікарі, правоохоронці, виробники ліків, організатори охорони здоров'я, представники ООН, Ради Європи, в.о. Голови Державної служби України з контролю за наркотиками, представники громадських організацій.

Модератори:

- Тимошенко Володимир Андрійович – президент Інституту вивчення залежностей, проблем

наркополітики та моніторингу наркоситуації, д.юр.н., професор.

- Казачін Мішель – спеціальний представник Генерального секретаря ООН по Східній Європі і Центральній Азії, професор (Франція).

- Султанов Мірзахід – керівник представництва Управління по наркотиках і злочинності (УНЗ) ООН в Україні і Молдові.

- Конашевич Людмила Володимирівна – експерт Ліги з питань фармації.

- Дзісяк Олег Петрович – в.о. Голови ДСКН.

З доповіддю «Чинники, що впливають на стан доступу населення України до наркотичних анальгетиків та інших засобів знеболення, та шляхи подолання перепон на цьому шляху» виступив Тимошенко Володимир Андрійович – президент Інституту вивчення залежностей, проблем наркополітики та моніторингу наркоситуації, д.юр.н., професор.

Питання забезпечення доступу населення до наркотичних анальгетиків та інших засобів знеболення викликали жвавий інтерес у учасників Конгресу. Спільним в усіх виступах було занепокоєння станом справ в Україні з надання паліативної допомоги, який, попри позитивні зміни у напрямку лібералізації наркополітики держави та у відомчій нормативній базі (постанова КМУ № 333 від 13.05.2013 р., наказ МОЗ України № 494 від 07.08.2015 р.), відчутно не покращився. Про це у своїх виступах говорили в.о. голови ДСКН Дзісяк О.П., голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» Князевич В.М., президент Інституту вивчення залежностей, проблем наркополітики, та моніторингу наркоситуації Тимошенко В.А., експерт Міжнародного Альянсу з ВЛІ-СНІДу в Україні Скала П. Причину такого стану фахівці вбачають у безпідставному більш ніж дворічному затягуванні з боку МОЗ прийняття нового наказу-інструкції на виконання постанови КМУ №333.

Надзвичайно змістовним та інформативним був виступ спеціального представника Генерального секретаря ООН по Східній Європі і Центральній Азії, члена Глобальної комісії з наркополітики професора Мішеля Казачкіна (Франція), присвячений світовій кризі доступу до контрольованих наркотичних і психотропних речовин для потреб медицини. Жваве обговорення викликали рекомендації, які Глобальна комісія планує винести на розгляд Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, присвяченої світовій проблемі наркотиків, яка відбудеться у квітні 2016 року.

Впливу антинаркотичних конвенцій ООН (1961, 1971, 1988 рр.) на стан доступності до знеболення була присвячена доповідь керівника представництва

Управління з наркотиків і злочинності в Україні і Молдові Мірзахіда Султанова, який переконливо продемонстрував відсутність у вказаних конвенціях положень, які б негативно позначались на стані забезпечення доступу до засобів знеболення наркотичної та психотропної дії. Тому країни, які прийняли конвенції, повинні самі встановлювати оптимальні заходи контролю, які б не створювали перепон у вирішенні проблем знеболення в медицині.

Окремі учасники дискусії, як на причину повільного втілення у практику прогресивних положень, закладених у вказаних нормативних актах, вказували на безпідставне втручання співробітників МВС у діяльність лікарів, які призначають пацієнтам наркотичні анальгетики. У результаті зазнають стигми не тільки учасники ЗПТ, пацієнти, але й лікарі. Глибоко цю сторону проблеми висвітлили у своїх доповідях експерт Групи Помпиду Ради Європи Катрін Ріттер (Швейцарія), директор департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр» МОЗ України Ліщинська О.М. та головний лікар Бориспільської районної лікарні Щур О.В.

Стан та перспективи подальшого вдосконалення нормативної бази щодо забезпечення безперешкодного доступу до знеболення висвітлив у своїй доповіді Стасюк Ігор Євгенович – заступник начальника Управління ДКСН, к.мед.н.

З питаннями державного регулювання обігу лікарських засобів, які застосовуються для знеболення, ознайомила присутніх експерт Ліги з питань фармації Конашевич Людмила Володимирівна.

Про актуальні проблеми стандартизації медичної допомоги при хронічному болю в українських реаліях розповіла Ліщишина Олена Михайлівна – директор департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр» МОЗ України.

Доповідачі Князевич В.М., Дзісяк О.П., Тимошенко В.А. проаналізували чинники, що впливають на стан доступу населення до наркотичних анальгетиків та інших засобів знеболення. Зокрема зазначалося про необхідність подальшого вдосконалення чинного законодавства щодо забезпечення пацієнтів знеболюючими препаратами і лише як похідна від цієї мети – недопущення виходу наркотичних речовин у незаконний обіг.

Гостра дискусія точилася навколо питання стандартизації медичної допомоги при хронічному болю (доповідач Ліщишина О.М.). Учасники дискусії зійшлись на думці щодо необхідності оновлення протоколу лікування хворих з хронічним больовим синдромом відповідно до міжнародного та вітчизняного досвіду (Яценко В.А., Стасюк І.Е.).

Усі учасники засідання зазначили актуальність питань, запропонованих для обговорення, та своєчасність проведення форуму. Особливо звертали увагу на вдалий підбір учасників Конгресу. Неодноразово наголошувалося, що резолюція Конгресу повинна стати дороговказом для усіх задіяних у наданні паліативної допомоги відомств, громадських організацій, релігійних общин.

Учасники засідання також відмітили високий рівень організації та проведення Конгресу.

Секція №11 «Юридичні підвалини розвитку паліативної допомоги в Україні» була організована в університеті «Кієво-Могилянська академія». Модерувала секцію Черненко Зоряна Степанівна – заступник декана Національного університету «Кієво-Могилянська академія», доцент кафедри міжнародного права і спеціальних правових наук, викладач Школи охорони здоров'я, Школи соціальної роботи, доктор філософії в галузі права (Ph.D.), член Правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», голова комісії з питань реформування системи охорони здоров'я МОЗ України.

Були представлені доповіді «Застосування принципу особистої автономії у паліативній медицині» Миронової Г.А. – старшого наукового співробітника НДІ приватного права та підприємництва ім. акад. Ф. Бурчака Національної академії державного управління при Президентові України, к.філ.н.

Інституційно-правовий аспект розвитку паліативної допомоги представила Лісневська Наталія Олександрівна – директор юридичної компанії «Флоранс», розвиток паліативної допомоги в контексті автономізації закладів охорони здоров'я висвітлено у виступі модератора секції Черненко З.С.

Зацікавила присутніх доповідь про правові аспекти роботи сімейних лікарів зі знеболюючими препаратами від Беденко-Зваридчук О. – директора ЮК «МедАдвокат», голови Комітету з медичного права Асоціації правників України.

Дискусійним стало повідомлення щодо впливу рівня правової обізнаності медичних працівників на надання паліативної допомоги, зроблене Зубенею Т. – магістранткою Школи охорони здоров'я Національного університету «Кієво-Могилянська академія».

Другий день Конгресу 02.10.15 проходив у пленарному режимі у залі Національної академії державного управління при Президентові України.

Розпочав засідання Князевич Василь Михайлович – голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України, д.мед.н.

Президія Конгресу була представлена:

- Шафранський Віктор Вікторович – заступник Міністра охорони здоров'я України.
- Шевченко Василь Васильович – перший заступник Міністра соціальної політики України.
- Ковбасюк Юрій Васильович – президент Національної академії державного управління при Президентові України, д. держ. упр., професор.
- Вороненко Юрій Васильович – ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, академік НАМН України, д. мед. н., професор.
- Колеснік Олена Олександрівна – директор ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, д. мед. н.
- Отець Ігор Бойко – ректор Львівської духовної семінарії Святого Духа, доктор морального богослов'я, к. філос. н.
- Цимбалюк Віталій Іванович – віце-президент НАМН України, д. мед. н., проф., академік НАМН України.

З основною доповіддю щодо завдання держави та громадськості у розвитку паліативної допомоги виступив голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України, д. мед. н. Князевич Василь Михайлович. У виступі прозвучали нагальні питання побудови соціального суспільства та шляхи подальшого розвитку системи надання допомоги людям, що її потребують найбільше, – важкі хворі, що вже не мають певних методів лікування та некурабельні пацієнти, люди похилого віку, що завершують свій шлях у цьому світі. Багато йшлося про людяність та шляхи інтегрованого підходу до проблем розбудови паліативної та хоспісної допомоги, необхідність та шляхи розвитку системи підготовки кадрів у медицині, соціальній роботі, юридичній практиці, психології, які могли б почати працювати у системі паліативної та хоспісної допомоги та побудувати правильні моделі цього виду допомоги, які сьогодні мають усі розвинені країни світу. Також йшлося про побудову паліативної допомоги дитячому населенню, система якої дуже відрізняється від моделей допомоги дорослим.

Під час пленарного засідання прозвучали виступи всіх модераторів секцій Конгресу, які надали стратегічне бачення розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні та висвітлили пропозиції, які було внесено до проектів Резолюції Конгресу та Стратегії розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2015–2025 роки.

Обґрунтування організаційно-функціональної моделі системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні від першої секції представив Царенко Анатолій Володимирович – доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, к. мед. н.

Про оптимізацію підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень у галузі паліативної медицини як умову створення системи паліативної та хоспісної допомоги поінформував Губський Юрій Іванович – завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор.

Юридичні підвалини розвитку паліативної допомоги в Україні від секції №11 представила Черненко Зоряна Степанівна – доцент кафедри міжнародного права і спеціальних правових наук Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», голова комісії з питань реформування системи охорони здоров'я МОЗ України, доктор філософії в галузі права (Ph.D.), доцент.

Роль та завдання служби первинної медико-санітарної допомоги у наданні паліативної допомоги від секції №3 висвітлила Матюха Лариса Федорівна – завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, голова Всеукраїнської асоціації сімейних лікарів, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», д. мед. н., професор.

Цікавим досвідом щодо філософії, структури і діяльності хоспісу вдома поділилась з учасниками конгресу Гелена Нойбахер, Відень, Академія Лідерства.

Проблеми та перспективи створення системи паліативної допомоги дітям в Україні були представлені від секції №6 Моїсеєнко Р.О. – завідувачем кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика, д. мед. н., професором.

Актуальні питання паліативного догляду в онкологічній практиці висвітлила за результатами роботи секції №7 Колеснік Олена Олександрівна – директор ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, д. мед. н., професор.

Інтегрований підхід до створення системи паліативної допомоги був представлений Андріішиним Л.І. – завідувачем відділення Івано-Франківської обласної лікарні допомоги невиліковно хворим «Хоспіс», віце-президентом Благодійного фонду допомоги невиліковно хворим «Мати Тереза».

Нагальні питання організації геріатричної паліативної допомоги в Україні і світі висвітлила

Чайковська Віра Володимирівна – завідувач лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», д.мед.н., проф. Цікавою також стала доповідь «Паліативна допомога в геріатрії» від гості з Казахстану Айнура Ешманової.

Роль медсестринства в розвитку та підвищенні якості паліативної та хоспісної допомоги за підсумками секції №4 було представлено Чернишенко Т.І. – директором ДУ «Центральний методологічний кабінет підготовки молодших спеціалістів МОЗ України», кандидатом наук з державного управління.

Доповіді щодо духовної опіки, психологічні та етичні засади в паліативній та хоспісній медицині висвітлили завідувач кафедри філософії НМАПО ім. П. Л. Шупика, д.філос.н., проф. Пустовіт Світлана Віталіївна та Отець Ігор Бойко – ректор Львівської духовної семінарії Святого Духа, доктор морального богослов'я, к.філос.н.

Паліативна та хоспісна допомога у психіатрії та неврології була представлена від секції №8 директором Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Наркологія. Психіатрія», д.мед.н. Пінчук І.Я.

Про питання організації паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом від секції №5 поінформувала Александріна Тетяна Андріївна, к.мед.н., НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Питання нетрадиційної та народної медицини в паліативній допомозі від секції №9 висвітлила Гарник Тетяна Петрівна – завідувач кафедри фітотерапії, гомеопатії, біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Народна та нетрадиційна медицина», президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України», д.мед.н., проф.

Три секції, які проведено у рамках конгресу 02 жовтня 2015 року, «**Основні Засади державної політики в галузі паліативної допомоги. Національна стратегія розвитку системи паліативної допомоги в Україні: нові реалії, виклики та завдання. Нормативно-правові та організаційні засади надання паліативної та хоспісної допомоги**», «**Інтегрований підхід до надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнту: лікування, догляд, психологічна та соціальна підтримка. Засади та досвід їх забезпечення**», «**Науково-методичні і філософські засади розвитку паліативної допомоги. Питання**

психологічної, соціальної та духовної підтримки пацієнтів при наданні паліативної та хоспісної допомоги», з огляду на високу зацікавленість у даних питаннях секції, проходили в одному залі, і всі доповідачі змогли взяти участь у модеруванні секцій конгресу.

На секціях активно обговорювалися роль і місце інформаційної політики у розвитку паліативної допомоги в країні, роль громадських організацій та суспільства, формування політики держави та розвитку системи паліативної допомоги, особливості волонтерства у паліативній допомозі. Велика увага була приділена системі підготовки, перепідготовки кадрів для паліативної та хоспісної допомоги; визначенню єдиної термінології та понять у системі паліативної допомоги; особливостям надання паліативної допомоги в міській та сільській місцевості. Взагалі у кожній доповіді підкреслювалось значення нормативно-правової бази розвитку паліативної і хоспісної допомоги а також питання контролю за обігом наркотичних анальгетиків у медичній сфері: перешкоди доступу до лікарських засобів та шляхи вирішення; питанням стандартів надання паліативної допомоги та організаційним засадам догляду за паліативними пацієнтами, сестринському догляду. Особливий інтерес викликали питання організації взаємодії медичної та соціальної служб при наданні паліативної допомоги, наданню паліативної допомоги в системі соціального захисту; механізмам фінансування, благодійності, фандрейзінгу.

Особлива увага приділялась проблемі інтегрованого міжсекторального підходу до надання паліативної допомоги, розвитку хоспісів, як основного центру надання паліативної допомоги населенню, проведення організаційної, методичної і навчальної роботи з паліативної допомоги у регіоні; виїзній службі паліативної допомоги; розвитку служби амбулаторної паліативної допомоги, ролі сімейного лікаря у паліативній допомозі; догляду за паліативними пацієнтами, ролі і місцю медичної сестри.

Обговорено особливості надання паліативної допомоги у педіатрії, геріатрії, психіатрії, хворим з хронічними інфекційними захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, гепатити тощо).

Окремо обговорювалися питання ведення хронічного больового синдрому при наданні паліативної допомоги дорослим, дітям та літнім людям та реабілітації та догляду за паліативними пацієнтами, які постраждали під час АТО.

Цікавим було обговорення питання щодо місця науки у розвитку паліативної допомоги в Україні, танатології, сучасних підходів та методів психологічної підтримки паліативних пацієнтів та їхніх



родичів; ролі та місця медичного психолога у наданні паліативної допомоги; профілактики професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги, етичним та духовним засадам паліативної і хоспісної допомоги; впровадження системи капеланства.

Обговорено доповіді «Державні механізми фінансування системи надання хоспісної та паліативної допомоги», що представила Дубич Клавдія Василівна – докторант кафедри соціальної і гуманітарної політики Національної академії державного управління при Президентові України, к. пед.н., доцент.

Значний інтерес викликала доповідь «Соціальна робота у сфері паліативної та хоспісної допомоги: нові виклики, зумовлені суспільною та економічною кризою» Вольфа Олександра Олександровича – асистента кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, голови правління БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги», к.політ.н.

На важливості капеланського-душпастирського супроводу паліативного пацієнта, духовних засад Християнського Служіння та допомоги паліативним пацієнтам наголошувалося у доповіді П'яста Р.М. – голови Комісії Української греко-католицької Церкви у справах душпастирства охорони здоров'я.

Духовно-моральним викликом невиліковної хвороби та шляхам допомоги хворому присвятив свій виступ голова синодального департаменту з питань охорони здоров'я єпископ Львівський і Галицький Філарет (Кучеров).

Цікавим досвідом роботи з паліативними пацієнтами та системи підготовки кадрів поділились колеги з Алмати, Казахстан, Айнур Єшманова, Балат Жантурієв, Асія Аканова.

Питанням паліативної допомоги в педіатрії та неонатології були присвячені виступи проф.

Ріги О.О. з доповіддю проф. Джоан Мартінсон – Виконавчого директора Міжнародної мережі паліативної допомоги для дітей (ICPCN) та к.мед.н. А. Пенькова з м. Харкова.

Важливим кроком було обговорення практичного створення, відповідно до рішення від 30.09.15 р. Департаменту охорони здоров'я м. Києва, Центру паліативної медицини для дітей на території КМШВЛ №1.

Твердження, що медико-соціальна допомога – основа комплексного підходу до задоволення потреб невиліковно хворої людини і її родини, обговорювалась за участю Чайківської Д.Р. – національного координатора програми напрямку «Здоров'я» Міжнародного благодійного фонду «Карітас України».

Також відбулось засідання секції № 4 у вигляді міжнародної телеконференції за темою «Надання паліативної допомоги в геріатрії» у НМАПО ім. П.Л. Шупика Співорганізатори: Східний Мічиганський університет, військовий коледж «Цитадель» (США).

Модераторами секції були Стаднюк Леонід Антонович – завідувач кафедри терапії і геріатрії НМАПО ім. П.Л.Шупика, д.мед.н., проф. та Чайковська Віра Володимирівна – завідувач лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України», д. мед.н., професор.

На секції були заслухані та обговорені наступні доповіді: Y. Colon, Східний Мічиганський університет, «Контроль больового синдрому у пацієнтів, які нездатні до самооцінки»; T. Kriener-Smith, хоспіс Арбор, Мічиган, «Психо-соціальна оцінка помираючого пацієнта»; S. Wladkowski, Східний Мічиганський університет, «Психо-соціальна оцінка сімей пацієнтів хоспісу»; В. Чайковська, ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України», «Організація геріатричної паліативної допомоги в Україні і в Казахстані»; А.К. Єшманова, директор наукової школи геронтології, завідувач кафедри геронтології Казахського Національного медичного університету; Д. Чайківська, МБФ «Карітас України» «Якісний догляд – запорука гідного життя в останні місяці і дні життя»; Л. Стаднюк, НМАПО ім. П.Л. Шупика, «Перспективи оптимізації міжвідомчої багаторівневої підготовки до надання паліативної і геріатричної допомоги в Україні».

Відбулось жваве обговорення питань паліативної медицини та проектів резолюції і стратегії, які знайшли свою підтримку в аудиторії геронтологів.

На Конгресі був широко представлений досвід діяльності створених в країні 2 центрів, 7 хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної

допомоги, що забезпечують доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок, при рекомендованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я потребі у 3500 ліжок. Потребує розвитку мобільна служба паліативної служби – сьогодні функціонує лише 7 мобільних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. За оцінками експертів, потреба у паліативній допомозі в Україні задоволена лише на 15%.

Головною метою Конгресу стало обговорення шляхів створення системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні з використанням світового

досвіду у цій справі, а також забезпечення гарантованого доступу до неї пацієнтів усіх вікових категорій, незалежно від місця перебування.

Стратегічними документами, які всебічно обговорювалися на Конгресі, були «Стратегія розвитку паліативної та хоспісної допомоги на період 2015–2025 рр.» та Резолюція Конгресу. У проекти документів було внесено ряд пропозицій та доручено редакційній колегії, що запропонована Конгресом, доопрацювати проектні документи з подальшою їх публікацією у профільному журналі «Реабілітація та паліативна медицина».



Резолюція II Національного конгресу з паліативної допомоги м. Київ

Україна вступила в епоху гуманізації суспільства. Відроджується громадянський дух нашого народу, активно перебудовуються ідеологічні постулати, які мають людиноцентроване спрямування. Саме тому 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 постарінням населення країни, невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів, лікування яких сьогодні неможливе, 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, Рекомендація Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (2003), спеціальні Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи (2008 і 2014), Паризька Хартія по боротьбі з раком (2000), Празька Хартія (2013) та інші документи авторитетних міжнародних організацій.

01–03 жовтня 2015 року у м. Києві за ініціативи ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Національної академії державного управління при Президентові України спільно з Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та за підтримки МОЗ, Мінсоцполітики, НАМН, НАПН України, КМДА, МБФ «Відродження» відбувся II Національний конгрес з паліативної допомоги.

Учасники Конгресу наголосили, що саме паліативна та хоспісна допомога (далі – ПХД) є сучасним пацієнт-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 понад 60-річний досвід Великобританії, Німеччини, Польщі, Угорщини, Словаччини, США, Канади, Австралії та інших країн світу.

Розвиток ПХД – це напрямок діяльності органів охорони здоров'я та соціального захисту населення, за яким у сьогоднішньому світі оцінюють цивілізованість конкретної держави та гуманність суспільства взагалі. Тому ПХД вимагає 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 певного упорядкування своїх здобутків та їх оцінки для закріплення і подальшого розвитку.

Учасники II Національного конгресу з паліативної допомоги вирішили:

1. Схвалити в цілому проект Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2016–2025 роки. Оргкомітету II Національного конгресу з паліативної допомоги до 1 грудня 2015 року опрацювати пропозиції до проекту Стратегії, Плану заходів по її виконанню та вжити заходи для подання їх у встановленому порядку до Кабінету Міністрів України.

2. Звернутися до Кабінету Міністрів України з пропозиціями:

2.1 опрацювати та затвердити Стратегію розвитку паліативної допомоги в Україні на 2016–2025 роки з Планом заходів з її впровадження;

2.2 організувати розробку та внесення проекту Закону України «Про паліативну допомогу населенню» у встановленому порядку до Верховної Ради України протягом 2016 року;

2.3 створити постійно діючу міжвідомчу Координаційну Раду з питань розвитку системи паліативної допомоги в Україні за участі: Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Національної академії медичних наук, Національної академії педагогічних наук, Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Міністерства економічного розвитку і торгівлі, Міністерства юстиції, Міністерства фінансів, ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», представників Церков, релігійних та інших громадських організацій, доручити Координаційній Раді сприяти:

- розробці та затвердженню державних стандартів надання медичних та соціальних послуг паліативним хворим;
 - нормативно-правовому врегулюванню питань створення, діяльності та розвитку закладів та установ паліативної та хоспісної допомоги, порядку взаємодії різних відомств при наданні паліативної допомоги, запровадженню інтегрованого підходу;
 - спрощенню вимог до отримання ліцензій на наркотичні засоби; процедури реєстрації лікувальних засобів, які повільно вивільняють знеболюючі засоби (знеболюючі трансдермальні системи/пластичні тощо);
 - здійсненню заходів для реєстрації дитячих форм лікарських засобів для знеболення, у тому числі наркотичних;
 - розробці та впровадженню пакету заходів соціального захисту працівників, які обслуговують паліативних хворих, у тому числі підвищенню посадових окладів, пільгового пенсійного стажу, введенню додаткової відпустки, санаторно-курортного оздоровлення тощо.
3. Вважати одним з найважливіших завдань ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» запровадження пацієнт-орієнтованого гуманітарного підходу до паліативних пацієнтів та покращання рівня доступності населення до ефективного знеболення.
4. Рекомендувати керівникам обласних та Київського міського осередків ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» ініціювати в органах місцевого самоврядування розробку та затвердження регіональних Стратегій розвитку паліативної допомоги на 2016–2025 роки.
5. Доручити ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» разом з органами виконавчої влади та місцевого самоврядування провести в усіх областях науково-практичні конференції з питань розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги з широким залученням громадських організацій, науковців, практикуючих лікарів і соціальних працівників, духовенства і представників мистецтв.
- Звернутись до МБФ «Відродження» з клопотанням про підтримку зазначених заходів.
6. Порухити клопотання перед МОЗ України щодо розгляду питання внесення до Переліку спеціальностей лікарів і молодших медичних спеціалістів спеціальності «Паліативна медицина».
7. Звернутись до професійних медичних асоціацій, інших громадських організацій в охороні здоров'я з пропозицією підтримки питань розвитку системи паліативної допомоги населенню, створенню необхідної нормативно-правової бази для її подальшого розвитку.
8. Звернутись до Ради Церков з проханням ініціювати питання створення інституту медичного капеланства у закладах охорони здоров'я та установах соціального захисту населення.
9. Опублікувати Резолюцію II Національного конгресу з паліативної допомоги у міжнародному журналі «Реабілітація та паліативна медицина» та інших профільних журналах і засобах масової інформації.
10. Доручити голові правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» організувати розробку Плану заходів щодо виконання Резолюції з урахуванням пропозицій, які були запропоновані під час пленарних і секційних засідань.
- Доповісти про виконання цієї Резолюції та Плану заходів на III Національному конгресі з паліативної допомоги.
11. III Національний конгрес з паліативної допомоги провести у жовтні 2018 року.

Прийнято 02 жовтня 2015 року, м. Київ.

Н.Г. Гойда, Ю.І. Губський, А.В. Царенко

Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):23-30; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.23

Мета: медико-соціальний аналіз і визначення організаційних аспектів сучасного стану та пріоритетних напрямків розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У роботі були використані вітчизняна та закордонна наукова література, вітчизняні та міжнародні нормативно-правові документи, медико-статистичні дані; застосовані наступні методи: порівняльний контент-аналіз, інформаційно-аналітичний, статистичний, системного підходу.

Результати. Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні впродовж 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; наслідки аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Впродовж 2014 року в Україні з'явилася значна кількість інвалідів з числа поранених у зоні АТО. Це вимагає створення і розвитку доступної мультидисциплінарної та міжсекторальної системи ПХД, що потребує розвитку стаціонарних закладів ПХД, координації роботи закладів і установ, які підпорядковані різним міністерствам і відомствам, впровадження системи підготовки кадрів з питань надання ПХД та залучення до надання паліативної допомоги вдома медичних працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги.

Висновки. Стан розвитку системи ПХД в Україні є незадовільним. Сучасна європейська модель ПХД являє собою високоспеціалізовану та наукоємну галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує високотехнологічного обладнання та сучасних ефективних лікарських засобів, спеціальної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів і, безумовно, відповідного фінансового та нормативно-правового забезпечення, підтримки Уряду України та всього суспільства.

Ключові слова: паліативні пацієнти; якість життя паліативних пацієнтів; система надання паліативної та хоспісної допомоги; паліативна і хоспісна медицина; мультидисциплінарний та міжсекторальний підхід; додипломна і післядипломна освіта медичних працівників; мультидисциплінарна виїзна бригада паліативної допомоги.

Вступ

Сьогодні однією з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем України та багатьох країн світу є створення і розвиток доступної та ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню. Це зумовлено збільшенням кількості інкурабельних хво-

рих з обмеженим прогнозом тривалості життя, як похилого, так і працездатного віку, а також дітей. Досвід багатьох країн світу переконливо доводить, що ПХД найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя [1-3,7,10,11,14].

Мета: медико-соціальний аналіз і визначення організаційних аспектів сучасного стану та пріоритетних напрямків розвитку системи ПХД в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи дослідження

У роботі були використані вітчизняна та закордонна наукова література, вітчизняні та міжнародні нормативно-правові документи, медико-статистичні дані; застосовані наступні методи: порівняльний контент-аналіз, інформаційно-аналітичний, статистичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Парламентської Асамблеї Ради Європи (РАСЕ), Європейської Асоціації паліативної допомоги (ЕАРС), Міжнародної Асоціації хоспісної і паліативної допомоги (ІАНРС), дозволяє визначити сучасну парадигму ефективної системи надання ПХД, яка полягає у тому, що обов'язок урядів усіх держав забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення, незалежно від захворювання, соціального статусу, статі, віку та національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання інкурабельних хворих та членів їхніх родин [1,2,6,7,10,14].

Сучасна світова концепція надання ПХД визначає, що метою діяльності закладів і установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, неурядових і релігійних організацій та громад є забезпечення максимально досяжної якості життя паліативних пацієнтів та їхніх родичів під час хвороби інкурабельного пацієнта і після його смерті на період скорботи родини. Це досягається завдяки застосуванню мультидисциплінарного і міжсекторального принципу надання ПХД, що дозволяє забезпечити цілісний підхід до паліативного пацієнта як до особистості, виходячи з індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та культурних особливостей інкурабельних пацієнтів та членів їхніх сімей.

Основними потребами паліативних пацієнтів є:

- адекватне симптоматичне лікування та ефективне знеболення;
- професійний догляд;
- морально-психологічна підтримка;
- соціальна допомога;
- юридичний супровід;
- духовний супровід.

Одержувати ПХД пацієнти та члени їхніх родин можуть у хоспісах або у центрах ПХД, спеціалізова-

них відділеннях паліативної медицини багатопрофільних лікарень, онкологічних, геріатричних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерів тощо, у центрах профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, у лікарнях та відділеннях сестринського догляду або вдома, інтернатах та інших установах системи соціального захисту населення тощо, за участі спеціально підготовлених фахівців стаціонарних закладів ПХД та виїзних бригад ПХД, медичних працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) або працівників закладів і установ соціальної опіки, неурядових та благодійних організацій, родичів, друзів та волонтерів.

Паліативна та хоспісна допомога надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм на підставі:

- кваліфікованої оцінки ступеня і динаміки прогресування захворювання;
- встановлення обмеженого прогнозу тривалості життя;
- діагностування інтенсивності та характеру больового синдрому;
- діагностування характеру та ступеня розладу функцій органів і систем організму;
- визначення ступеня втрати спроможності до самообслуговування;
- урахування конкретних фізичних, психічних та духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин.

Відповідно до сучасних підходів та стандартів, ПХД повинна мати чотири обов'язкові складові, що відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування у термінальній стадії захворювання:

1. Медична складова, що дозволяє забезпечити ефективний контроль хронічного больового синдрому, лікування симптомів захворювань та професійний догляд інкурабельних пацієнтів.

2. Психологічна складова, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу у паліативних пацієнтів та їхніх рідних, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому професійного/емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, які залучені до надання ПХД.

3. Соціальна складова, що забезпечує матеріальну підтримку сім'ї паліативного хворого, надає побутові та ритуальні послуги, юридичне консультування та допомогу в оформленні документів тощо.

4. Духовна складова, яка забезпечується священнослужителями різних релігій, церков та конфесій, відповідно до побажань і потреб паліативного хворого та членів його сім'ї.

Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні впродовж 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, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Впродовж 2014 р. в Україні з'явилася значна кількість інвалідів та інкурабельних хворих з числа поранених у зоні АТО. Цим зумовлюється один з найвищих у світі рівнів смертності (табл.) [5]. Слід додати, що зазначені вище та інші інкурабельні захворювання, особливо у декомпенсованих та у термінальних стадіях перебігу, супроводжуються виразним больовим синдромом та іншими важкими розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин. Це вимагає створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання ПХД населенню.

Впродовж останніх десятиліть одним з найбільш вагомих чинників, що зумовлюють зростання потреби у ПХД в Україні, є невинне постаріння населення. За даними Державного комітету статистики України та МОЗ України [5], сьогодні понад 3 млн громадян України старші за 75 років. У значній частині літніх людей суттєво знижується якість життя – вони страждають через хронічний невгамований біль, важкі порушення функцій органів і систем, когнітивні розлади, значне зниження або втрату здатності до фізичної активності та самообслуговування внаслідок ускладнень хронічних прогресуючих інкурабельних захворювань, а також через відсутність необхідної психологічної та соціальної підтримки і догляду, самотність та соціальну ізоляцію [2,8].

Наступним чинником, що зумовлює нагальну потребу населення у ПХД, є те, що на кінець 2014 р. кількість хворих на злоякісні новоутворення в Україні перевищувала 1 млн осіб, серед яких – біля 5,5 тис. дітей. У понад 440 тис. громадян України у 2014 р. були діагностовані злоякісні новоутворення. Викликає занепокоєння значний відсоток пацієнтів, у яких злоякісні новоутворення діагностуються в інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Це щороку спричиняє понад 90 тис. смертей від онкологічних захворювань (табл.) [5]; понад 80% таких хворих страждають внаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії онкологічних захворювань потребують професійної мультидисциплінарної ПХД.

Найбільшою причиною смерті серед усіх інфекційних та паразитарних хвороб в Україні залишається туберкульоз. У 2013 р. від туберкульозу померли 6,5 тис. осіб (табл.) [5]. Збільшення смертності серед хворих на хронічний туберкульоз, особливо у випадках мультирезистентних форм, також

вимагає створення спеціалізованих закладів ПХД, у яких повинні бути дотримані заходи інфекційного контролю та створені умови догляду за епідемічно небезпечними респіраторними хворими.

За темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна посідає одне з перших місць у Європі і світі. Станом на початок 2014 р. на диспансерному обліку в Україні перебували майже 140 тис. ВІЛ-інфікованих осіб і близько 29 тис. хворих на СНІД, хоча, за експертними даними, реальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні на кінець 2014 р. досягла 500–800 тис. хворих. Від 1987 р. по 1 січня 2014 р. в Україні померли від СНІДу 35,5 тис. осіб (табл.) [5]. Викликає занепокоєння щорічне збільшення кількості випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (переважно гетеросексуальним). У перспективі це спричинить розвиток СНІДу у значного числа ВІЛ-інфікованих, які не були вчасно виявлені і не отримували специфічної антиретровірусної терапії, що також зумовлює нагальність вирішення проблеми надання ПХД цій категорії хворих.

У 2014 р. в Україні було зареєстровано понад 120 тис. хворих на вірусний гепатит С і понад 1 млн осіб, інфікованих вірусним гепатитом В [5], яким притаманний прихований (безжовтяничний) перебіг з подальшою хронізацією процесу майже у 80% пацієнтів, що призводить до високої смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень, зокрема цирозів, первинного раку печінки, та зумовлює потребу надання ПХД таким пацієнтам.

Як показують результати досліджень співробітників Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика та експертів Української Ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, впродовж останніх 5 років в Україні щороку біля 600 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя (табл.) та понад 1,5 млн членів сімей паліативних пацієнтів потребують кваліфікованої ПХД. Таким чином, щороку в Україні потребують ПХД близько 2 млн осіб [3,11,13].

В Україні перші хоспіси, центри та відділення ПХД були створені наприкінці минулого – на початку цього століття у містах Львові, Івано-Франківську, Коростені (Житомирської обл.), Харкові, Луцьку, Києві та інших. Впродовж останніх років були створені хоспіси та відділення ПХД у містах Херсоні, Запоріжжі, Дубно, Харкові, Львові, Чернігові, Дніпропетровську, Полтаві, Миколаєві та інших. А у м. Надвірна Івано-Франківської області зусиллями регіональної та місцевої влади, фахівців та громадських організацій був створений перший в Україні хоспіс для дітей. За даними МОЗ України та регіональних департаментів/управлінь охорони

здоров'я, станом на початок 2015 р. спеціалізована стаціонарна ПХД надавалася у 12 хоспісах і центрах ПХД, у яких розгорнуто понад 450 ліжок (у т.ч. недержавної форми власності, що створені благодійними релігійними та неурядовими організаціями). Також близько 1650 ліжок розгорнуто у 68 відділеннях ПХД багатoproфільних і спеціалізованих лікарень та диспансерів. Хоча визначити точне число таких закладів неможливо, поки МОЗ України не затвердить акредитаційні стандарти та вимоги до закладів ПХД. Адже ні матеріально-технічна база більшості діючих закладів ПХД, ні умови перебування хворих у них ще не відповідають стандартам більшості країн Європи та світу.

Досі не створені обласні хоспіси у Вінницькій, Дніпропетровській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та міській хоспіс у м. Києві.

Таблиця

Кількість померлих в Україні за причинами смерті та розрахункова кількість пацієнтів, які потребують паліативної та хоспісної допомоги з 2000 по 2014 роки (тис. осіб)

Причина смерті	2000	2005	2010	2013	2014*
Померлих (за винятком зовнішніх причин)	684,5	712,0	654,2	622,1 (100%)	592,2 (100%)
з них від:					
хвороб системи кровообігу	463,9	488,8	465,1	441,3 (70,9%)	425,6 (71,9%)
новоутворень	97,8	91,8	88,8	92,9 (14,9%)	83,9 (14,2%)
хвороб органів дихання	37,9	28,0	19,5	16,5 (2,7%)	14,8 (2,5%)
хвороб органів травлення	-	31,7	26,8	27,7 (4,5%)	25,2 (4,3%)
туберкульозу	11,0	11,9	7,62	6,5 (1,0%)	5,2 (0,9%)
ВІЛ-інфекції/СНІ-Ду	0,06	3,6	5,6	5,2 (0,8%)	5,9 (1,0%)
Розрахункова потреба у ПХД:					
80% від числа померлих	-	569,6	523,4	497,7	473,8
90% від числа померлих унаслідок онкологічних захворювань	-	82,6	79,8	83,6	75,5

*Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини Донецької і Луганської областей (зони проведення антитерористичної операції).

Сьогодні для 45 млн населення України, згідно з міжнародними рекомендаціями і стандартами, необхідно забезпечити близько 4,5 тис. стаціонарних ліжок у закладах ПХД. Це дозволить щороку надавати кваліфіковану ПХД та професійний догляд близько 75 тис. паліативних пацієнтів і понад 250 тис. їхніх родичів.

Як показують результати наших досліджень, більшість закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і часом не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, ефективними знеболювальними та лікарськими засобами для симптоматичного лікування, концентраторами кисню, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення.

В Україні майже відсутня служба ПХД вдома. Лише у небагатьох регіонах, зокрема у містах Івано-Франківську, Луцьку, Харкові, Києві, Виноградіві (Закарпатської області), при хоспісах та відділеннях ПХД створені виїзні бригади паліативної допомоги вдома, як у державних закладах охорони здоров'я, так і благодійними і громадськими організаціями. Це спричиняє до того, що мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, наразі взагалі не можуть отримати кваліфіковану ПХД.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Російській Федерації, Республіці Білорусь та інших країнах свідчать про значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дозволяє забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів і установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

Сьогодні в Україні надання ПХД регулюється низкою законодавчих актів, серед яких можна зазначити, зокрема, наступні:

- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI, у якому паліативна допомога була визначена як окремий вид медичної допомоги;
- Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 р., у якому зазначено завдання зі створення закладів для надання ПХД інкурабельним онкологічним хворим, розширення мережі закладів для допомоги таким громадянам та розробку стандартів надання ПХД хворим в умовах хоспісів;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 356-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», у якому вказано на низький рівень доступу населення, представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, що живуть з ВІЛ, до послуг з паліативної і хоспісної допомоги та визначено завдання щодо «забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги»;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», яка суттєво спрощує застосування наркотичних анальгетиків на практиці, покращує доступність знеболення пацієнтам, особливо в амбулаторних умовах, що сприятиме доступності ефективного знеболення і зменшенню страждань сотень тисяч пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

Однак більшість із задекларованих заходів залишилися не виконаними з об'єктивних та суб'єктивних причин.

Безумовно, сприяли розвитку ПХД в Україні наказ МОЗ України від 26.06.2009 р. № 463 «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 роки», рішення колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини», наказ МОЗ України від 07.11.2011 р. № 768 «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», наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311, яким був затверджений «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю».

Також впродовж останніх років МОЗ України видало низку важливих наказів з питань ПХД, зокрема:

- наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», основні медико-

юридичні дефініції ПХД (паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо); порядок надання паліативної допомоги (у т. ч. завдання та організація надання ПХД); перелік медичних показань для надання паліативної допомоги тощо;

- наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали», яким до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України був внесений морфіну сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступності паліативним пацієнтам ефективного знеболення в Україні;

- План заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2014–2015 роки, що затверджений у лютому 2014 р., яким визначені конкретні завдання, спрямовані на створення системи надання ПХД населенню.

Також хочемо виокремити наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. № 755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», який визначає, що одним з основних завдань лікарів загальної практики-сімейних лікарів у центрах та амбулаторіях ПМСД є надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у т.ч. виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин.

Отже, підсумовуючи перелік нормативно-правових актів, що регулюють розвиток системи та порядок надання ПХД на різних рівнях, можна зазначити, що сьогодні в Україні одним з нагальних питань розвитку системи ПХД є термінове розроблення національних стандартів ПХД, клінічних протоколів, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД у закладах охорони здоров'я і соціального захисту населення та вдома.

Також слід зазначити, що в Україні досі не набуло належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків, порівняно з розвинутими країнами світу. В Україні, згідно зі Звітом Міжнародного Комітету з контролю за наркотиками ООН (2012, 2013), лише 15% від загальної кількості пацієнтів, які потребують знеболення, мають доступ до ефективних наркотичних анальгетиків. У 2010 р. за показником споживання морфіну в медичних цілях на душу населення Україна посіла 36 місце серед 49 країн Європи та 79 місце серед 152 країн світу, які залучені до моніторингу. Це означає, що десятки тисяч паліативних пацієнтів не мають доступу до адекватного знеболення і страждають від інтенсивного хронічного больового

синдрому. Серед причин такого становища, на нашу думку, – недосконалість нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, у яких можна придбати наркотичні анальгетики, недостатня професійна підготовка та, навіть, «морфінофобія» у багатьох медичних працівників і населення.

В останні десятиліття в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, що визначають якісно нові вимоги до організації і проведення підготовки та підвищення кваліфікації кадрів з питань надання ПХД, що разом з формуванням державної політики, яка спрямована на розвиток і впровадження системи ПХД на всіх рівнях медичної допомоги, та доступністю ефективних лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у тому числі наркотичних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов успішного розвитку ПХД в Україні. До надання ПХД населенню повинні залучатися: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, дільничні терапевти та дільничні педіатри, онкологи, терапевти, психіатри, геріатри, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, гематологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, фтизіатри, інфекціоністи тощо, а також фельдшери ФАПів та інші середні медичні працівники [4,9,12,13].

Новим етапом у післядипломній підготовці кадрів з питань ПХД стало відкриття у грудні 2009 р. на базі НМАПО імені П. Л. Шупика першої в Україні кафедри паліативної та хоспісної медицини. Станом на 1 січня 2015 р. на кафедрі підвищили кваліфікацію з питань ПХД 1207 слухачів, з них 943 лікарі різних спеціальностей та 264 середні медичні працівники. У 2013–2014 рр. співробітники кафедри в рамках 24-годинної програми провели заняття зі 100 лікарями-інтернами, які проходили навчання за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина», в рамках 6-годинної програми – зі 133 лікарями, які навчалися на курсах спеціалізації із сімейної медицини і в рамках 12-годинної програми з 28 лікарями, які проходили курси спеціалізації з гематології та трансфузіології. У 2015 р. передбачені заняття на кафедрі ПХМ для інтернів-терапевтів, а також заняття з ПХП для лікарів інших спеціальностей.

Вважаємо за необхідне внести питання надання ПХД у програми спеціалізації, передатестаційних циклів і тематичного удосконалення лікарів багатьох спеціальностей, зокрема онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів та інших медичних спеціалістів; розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, що вимагає розробки та затвер-

дження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів з питань ПХД. У січні 2015 р. вчена рада НМАПО імені П. Л. Шупика схвалила до видання навчальний посібник «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги в практиці сімейного лікаря». Сьогодні всі співробітники кафедри ПХМ активно задіяні у підготовці національного підручника «Паліативна та хоспісна допомога», видання якого заплановано на цей рік.

Сьогодні курси паліативної допомоги включені у навчальні плани підготовки студентів деяких ВМНЗ. У 2013 р. співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації.

Для залучення кваліфікованих кадрів до надання ПХД, підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти, про що свідчить досвід багатьох країн світу, вважаємо за необхідне, щоб МОЗ України включило до номенклатури спеціальностей та посад лікарів спеціальність та посаду «Лікар паліативної медицини».

Висновки

1. В Україні поки що не створена ефективна та доступна система надання ПХД населенню. Слід зазначити, що сучасна європейська модель ПХД являє собою високоспеціалізовану та наукоємну галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує високотехнологічного обладнання та сучасних ефективних лікарських засобів, спеціальної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів, і, безумовно, відповідного фінансового забезпечення та підтримки Уряду України та усього суспільства

2. Гостра потреба населення у ПХД вимагає створення і розвитку доступної системи ПХД, заснованої на міжсекторальних та мультидисциплінарних підходах, що потребує координації роботи закладів, які підпорядковані різним міністерствам і відомствам, залучення до надання ПХД медичних працівників закладів ПМСД. Це ставить перед системою охорони здоров'я України в умовах реформування галузі нові наукові, організаційні та фінансові проблеми щодо розвитку ефективної та доступної системи ПХД.

3. Медико-соціальний аналіз розвитку системи надання ПХД населенню Україні засвідчив, що незадовільний стан розвитку системи ПХД значною мірою спричинений, зокрема: недостатньою забезпеченістю населення спеціалізованими стаціонарними закладами ПХД та виїзними бригадами ПХД;

недостатнім кадровим забезпеченням закладів ПХД; відсутністю у медичних працівників належної мотивації; необхідністю удосконалення нормативно-правової бази, що регулює надання ПХД населенню; незадовільною міждисциплінарною співпрацею медичних працівників при наданні ПХД, як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах та вдома.

4. Включення до номенклатури спеціальностей та посад лікарів спеціальності та посади «Лікар паліативної медицини» матиме велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти, що сприятиме залученню кадрів та підвищить інтерес медичних працівників працювати у системі ПХД.

Література

1. ВОЗ. Палліативная помощь / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
2. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
3. Вороненко Ю. В. 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 // *Наука і практика. Міжвідомчий мед. журн.* – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
4. Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги / Н. Г. Гойда // *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої Всеукраїнської наук.-практ. кон.*; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Гунського: наук. видання. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 177–179.
5. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
6. 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/>.
7. ЄАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
8. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискороеного старіння / В. В. Чайковська, Н. А. Хаджинова, Т. І. Вялих, Н. М. Величко // *Пробл. старения и долголетия.* – 2012. – Т. 21, № 3. – С. 396–400.
9. Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Царенко А. В. [та ін.] // *Матеріали науково-практичної конференції [«Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи»]*, (Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р.). – Черкаси, 2014. – С. 47–52.
10. Рекомендации (Res (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода / Совет Европы. – 2004. – 89 с.
11. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // *Фітотерапія.* – 2013. – № 4. – С. 4–7.
12. 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.
13. Knyazevych V. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine / V. Knyazevych, A. Tsarenko, O. Bratsyun // *European Journal of Palliative Care.* – 2013. – Vol. 20, № 4. – P. 202–205.
14. 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>

Социально-медицинские аспекты развития паллиативной и хосписной помощи в Украине в условиях реформирования системы здравоохранения

Н.Г. Гойда, Ю.И. Губский, А.В. Царенко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: медико-социальный анализ и определение организационных аспектов современного состояния и приоритетных направлений развития системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП) в Украине в условиях реформирования системы здравоохранения.

Материалы и методы. В работе были использованы отечественная и зарубежная научная литература, отечественные и международные нормативно-правовые документы, медико-статистические данные; применены следующие методы: сравнительный контент-анализ, информационно-аналитический, статистический, системного подхода.

Результаты. Особенности медико-демографической ситуации в Украине на протяжении последних десятилетий является быстрое старение населения; высокий уровень заболеваемости и смертности от онкологических и тяжелых осложнений хронических неинфекционных заболеваний; широкое распространение заболевания ВИЧ-инфекцией/СПИДом, туберкулезом, вирусными гепатитами В и С; последствия аварии на Чернобыльской АЭС. В течение 2014 года в Украине появилось значительное количество инвалидов из числа раненых в зоне АТО. Это требует создания и развития доступной мультидисциплинарной и межсекторальной системы ПХП, что требует развития стационарных учреждений ПХП, координации работы учреждений, подчиненных разным министерствам и ведомствам, внедрения системы подготовки кадров по вопросам предоставления ПХП и привлечения к предоставлению паллиативной помощи на дому медицинских работников заведений первичной медико-санитарной помощи.

Выводы. Состояние развития системы ПХП в Украине является неудовлетворительным. Современная европейская модель ПХП представляет собой высокоспециализированную и наукоемкую отрасль медицины и здравоохранения, что требует высокотехнологического оборудования и современных эффективных лекарственных средств, специальной подготовки и повышения квалификации медицинских кадров и, безусловно, соответствующего финансового и нормативно-правового обеспечения, поддержки Правительства Украины и всего общества.

Ключевые слова: паллиативные пациенты; качество жизни паллиативных пациентов; система оказания паллиативной и хосписной помощи; паллиативная и хосписная медицина; мультидисциплинарный и межсекторальный подход; додипломное и последипломное образование медицинских работников; мультидисциплинарная выездная бригада паллиативной помощи.

Socio-medical aspects of palliative and hospice care developing in Ukraine in terms of the health care system reform

N.G. Goyda, Yu.I. Gubskiy, A.V. Tsarenko

National Medical Academy of Postgraduate Education named P.L. Shupik, Kyiv

Objective: medical and social analysis and definition of organizational aspects of the current state and priority directions of development of palliative and hospice care (PHC) in Ukraine in terms of the health care system reform.

Materials and methods. We used in domestic and foreign scientific literature, domestic and international legal documents, medical statistics, and applied information-analytical, comparative content analysis, statistical, systematic approach methods.

Results. The features of current medical and demographic situation in Ukraine is the rapid aging of the population, a high level of morbidity and mortality from cancer and serious complications of chronic non-communicable diseases, a significant spread of HIV/AIDS, tuberculosis, hepatitis «B» and «C» the consequences of the Chernobyl accident and so on in recent decades. During 2014 in Ukraine there was a significant number of disabled people among the wounded in the area ATO. This requires the creation and development of multidisciplinary and intersectoral available system PHC in need of residential institutions PHC, coordination of institutions and agencies that are subject to various ministries and departments, the introduction of training on PHC issue and involvement of primary health care specialists to palliative care at home.

Conclusions. The state of PHC development in Ukraine is unsatisfactory. Modern European model of PHC is highly specialized and knowledge-intensive industries of medicine and public health, which requires high-tech equipment and modern effective drugs, special educated and trained medical personnel, and, of course, the funding and regulatory support of the Government of Ukraine and the whole society.

Key words: palliative patients; life quality of palliative patients; system of palliative and hospice care; palliative and hospice medicine; multidisciplinary and multisectoral approach; undergraduate and postgraduate education of health professionals; multidisciplinary palliative care team visiting.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Гойда Ніна Григорівна – проректор з лікувальної роботи, д.мед.н., академік АН ВО України, проф. каф. управління охороною здоров'я НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; E-mail: N_gojda@ukr.net.

Губський Юрій Іванович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Царенко Анатолій Володимирович – к.мед.н., доц. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Стаття надійшла до редакції 16.02.2015 р.

Паліативна підтримка дітей в Україні як складова системи педіатричної допомоги

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна*

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):31-38; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.31

Проаналізовано досвід та рекомендації країн, що мають мережу центрів паліативної допомоги дітям; виявлено можливості створення в Україні системи паліативної допомоги дитячому населенню (кадрові, матеріально-технічні ресурси). Визначено особливості паліативного догляду дітей, наведено розрахунки потреби у такій допомозі на основі аналізу матеріалів. Запропоновано шляхи розвитку системи паліативної допомоги дітям в Україні.

Ключові слова: паліативна допомога дітям, розрахунки потреби, мультидисциплінарний підхід, виїзна бригада.

Вступ

Педіатрична паліативна допомога – досить молода галузь медицини. Одними з перших моделей стали створена наприкінці 1970-х років у США служба догляду вдома за хворими на рак дітьми у Вірджинії, програма стаціонарного лікування, що забезпечує тимчасовий догляд (Оксфорд, Англія, 1982) і дитяча лікарня Св. Марії – у рамках програми комплексного стаціонарного паліативного лікування (Бейсайд, Нью-Йорк, 1985) [3].

В Україні паліативна допомога як окремий вид почала розвиватися тільки в останні декілька років, спочатку як допомога дітям з онкогематологічними захворюваннями, а надалі, з появою моделей на базі будників дитини, як допомога дітям з природженою і спадковою патологією та іншими станами.

Оскільки паліативна допомога, як і хоспісна, – це, передусім, філософія догляду та підтримки, організаційні форми, в яких вони реалізуються, можуть бути різноманітними. Ці форми залежать від потреб конкретного хворого і його родини, з одного боку, з іншого – від доступних на місці ресурсів, доповнених тими, які можна використовувати з централізованих ресурсів. Таким чином, для допомоги кожному пацієнту формується багатодисциплінарна команда, склад якої визначається ін-

дивідуальними потребами підопічних. Ще одним напрямком організації допомоги є розробка програм соціального партнерства громадських, державних та комерційних організацій як основного механізму, що матеріально забезпечує роботу [2].

Матеріали і методи

Об'єкт дослідження – система, мережа, принципи організації та потреба у паліативній і хоспісній допомозі дітям у різних країнах світу і в Україні, наявні нормативні документи, що регламентують діяльність паліативної допомоги дітям. При підготовці статті використано національні та міжнародні підходи до створення системи паліативної допомоги дітям. Використано методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, інформаційно-аналітичний метод.

Результати

Однією з важливих складових розвитку нових напрямків медичного забезпечення та реформування охорони здоров'я, у тому числі паліативної медицини, є наявність підготовлених кадрів. Останніми роками повністю втрачено тенденцію до підняття престижу праці медичних працівників, збільшення заробітної плати. Спостерігається

значний відтік медичних кадрів за межі країни, перехід медпрацівників працездатного віку у інші галузі господарства, що поглиблює негативну ситуацію з педіатричними кадровими ресурсами в охороні здоров'я.

Основними проблемами кадрового забезпечення галузі сьогодні є:

- кадровий дефіцит медичних працівників;
- регіональні диспропорції: у західних областях спостерігається надлишок медичних працівників, а у південно-східному регіоні країни їх не вистачає;
- диспропорції у розміщенні лікарських кадрів між містами та сільською місцевістю;
- дисбаланс між фахівцями первинної ланки (педіатри, сімейні лікарі, терапевти) та «вузькими спеціалістами»;
- недостатня соціальна захищеність медичних працівників;
- втрата престижності професії;
- некерована міграція медичних працівників з України.

Робота із розбудови системи паліативної допомоги населенню в країні сьогодні проводиться в умовах кадрового дефіциту. Слід вказати, що розвиток паліативної допомоги – це потреба часу, з огляду на гуманізацію суспільства, постаріння та накопичення патологічної ураженості населення. Особливу роль в організації паліативної підтримки відіграє мережа первинної медико-санітарної допомоги, яка сьогодні перебудовується на модель лікаря загальної практики – сімейної медицини. Тільки за рік забезпеченість дільничними терапевтами зменшилась на чверть, а педіатрами – на 15% при непропорційному зростанні забезпеченості сімейними лікарями лише на 8% (табл.).

Таблиця

Чисельність дільничних лікарів-терапевтів, педіатрів міських та приписних дільниць, сімейних лікарів; забезпеченість ними населення

Рік	Дільничні терапевти		Дільничні педіатри		Сімейні лікарі	
	абс. дані	на 10 тис. дорослого міського населення	абс. дані	на 10 тис. дитячого міського населення	абс. дані	на 10 тис. населення
2013	5 308	2	4 729	9,1	12 060	2,67
2014	3 675	1,5	3 818	7,7	12 344	2,89

Протягом останніх років досягнуто певного прогресу у сфері надання паліативної допомоги, зокрема прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 №3611-VI. У Статті 35-4 термін «паліативна допомога» було визначено як вид медичної допомоги: «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».

Також було прийнято закони України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», які містять питання розвитку паліативного догляду.

Було прийнято ряд нормативних документів, що змінюють підходи до організації медико-соціального забезпечення паліативних пацієнтів, зокрема щодо знеболюючих засобів, у тому числі вітчизняного таблетованого морфіну. Слід зазначити, що дещо збільшилася поінформованість про завдання паліативної допомоги, з'явилися фахівці, що вивчили досвід інших країн та є експертами з паліативної допомоги, прийнято та впроваджується у життя низка нормативно-правових актів МОЗ та Мінсоцполітики України.

На сьогодні в Україні створено два центри, сім хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечує доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок, при рекомендованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я потребі у 3500 ліжок. Функціонує лише сім мобільних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. При цьому паліативні центри для дітей створено лише у двох регіонах: Івано-Франківській області (м. Надвірна) та м. Харків. Обидва – на базі будинків дитини системи МОЗ України. На виконання наказу Департаменту

охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради від 30.09.2015 № 470 «Про створення Центру паліативної допомоги дітям м. Києва» розпочалась розбудова першого у м. Києві Центру надання паліативної допомоги дітям. За оцінками експертів, потреба у різних видах паліативної допомоги дітям в Україні задоволена лише на 15% [6].

Водночас відзначається низький рівень поінформованості різних верств населення, органів державної влади та місцевого самоврядування щодо паліативної допомоги, недостатнє нормативно-правове регулювання у сфері надання паліативної допомоги, відсутність системного підходу до організації її надання, міжвідомчої співпраці та інтегрованого підходу у цій сфері з урахуванням пацієнт-орієнтованого підходу.

В Україні паліативна медицина не включена у номенклатуру спеціальностей. Під час навчання не враховується мультипрофесійний і мультидисциплінарний підхід до надання паліативної допомоги, що має забезпечувати командну взаємодію медичного персоналу та осіб, які надають психосоціальну підтримку (психологів, педагогів, соціальних працівників, волонтерів). Сьогодні навіть наявні кафедри та клінічні бази позбавлені можливості проводити навчання фахівців – не медиків (психологів, спеціальних педагогів тощо) на безоплатній основі через особливості бюджетного фінансування різних відомств, а видані посвідчення, навіть у разі проходження підготовки на платній основі, не є підставою для атестації цих фахівців.

Відсутні типові навчальні програми з дитячої паліативної допомоги та знеболення у дитячому паліативі для базового до- та післядипломного рівня освіти лікарів, середнього медперсоналу, клінічних психологів та соціальних працівників. Як наслідок, якість надання паліативної допомоги дітям і якість знеболення є вкрай низькими. За рекомендаціями ВООЗ [11,14], формуляр лікарських засобів для надання паліативної медичної допомоги дітям і підліткам повинен включати близько 100 найменувань лікарських засобів та їх форм. Частина цих ліків не зареєстрована в Україні, а частина зареєстрованих лікарських засобів не представлена необхідними в паліативній педіатрії формами (наприклад, морфін короткої дії в розчині, краплях, неін'єкційний фентаніл; діазепам в супозиторіях; гідроморфон; оксикодон; пластирі для знеболення тощо). Гостро стоять проблеми з доступністю лікарських форм наркотичних анальгетиків, необхідних для використання в дитячій практиці. У практичній діяльності не знаходять застосування «золотий стандарт знеболення» у дітей та підлітків, що визначає принцип максимального досягнення фізичного комфорту пацієнта,

в основі якого лежить використання неінвазивних дитячих форм лікарських засобів. Спостерігається брак кваліфікованих медичних кадрів, що пройшли підготовку в галузі знеболення при наданні паліативної допомоги. Як наслідок, біль розглядається як невід'ємна складова хвороби і страждань, особливо наприкінці життя, а важливість і можливість ефективного знеболення недооцінюється або ігнорується. Практично не забезпечуються потреби в необхідному спеціальному обладнанні (у тому числі для проведення штучної вентиляції легенів вдома, виробами медичного призначення та витратними матеріалами для повноцінного догляду за дітьми та підлітками, які знаходяться вдома або у стаціонарі [4].

На даний час паліативна допомога дітям в Україні надається у різних спеціалізованих чи педіатричних загальносоматичних відділеннях, відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії, де опинилися такі пацієнти. Медичний персонал цих відділень здебільшого не має підготовки з питань паліативної медицини, особливостей надання такого виду підтримки, а сім'я, як правило, зовсім не отримує паліативної допомоги, ні поки дитина ще жива, ні, тим більше, після її втрати. Відсутній у наших стаціонарах і мультидисциплінарний підхід, психологи наявні лише в поодиноких закладах, батьки далеко не завжди можуть перебувати з дитиною, що помирає у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії. Волонтерство та громадські організації далеко не завжди сприймаються лікарнею як можливі помічники у паліативній підтримці дитини і батьків. Недовіра батьків маленького пацієнта до системи охорони здоров'я зумовлює небажання звертатися за паліативною підтримкою навіть там, де вона наявна.

Відповідно до світової практики, надання дітям паліативної допомоги ґрунтується на наступних принципах:

- мультидисциплінарний характер допомоги;
- доступність 24 години, 7 днів на тиждень;
- якість;
- гуманність;
- безкоштовність;
- спадкоємність;
- співпраця державних, громадських та інших організацій, включаючи міжнародні, у вирішенні питань надання паліативної допомоги дітям та їхнім родинам.

Досвід країн, що розбудовують паліативну допомогу дітям, вказує на те, що особливістю паліативної допомоги є різноманітність можливих організаційних моделей, які можуть бути розділені на:

- 1) універсальні (центри первинної медико-санітарної допомоги, поліклініка, швидка допомога,

лікарні загального профілю, фахівцям яких достатньо мати базові знання з питань паліативної допомоги);

2) основні (центри/відділення, ліжка дитячої паліативної допомоги, програми паліативної допомоги вдома, респіси, програми горювання);

3) спеціалізовані відділення, лікарні за профілем патології.

Таким чином, можна сказати, що комплексна система паліативної допомоги дітям передбачає, по-перше, наявність служб, доступних усім дітям, що її потребують, незалежно від місця їх перебування (вдома, стаціонар загального профілю, спеціалізований стаціонар), і, по-друге, чітку координацію діяльності цих служб [4].

Україна стоїть на порозі створення дитячої паліативної допомоги, тому є потреба у вивченні досвіду країн як дальнього, так і ближнього зарубіжжя. І якщо в таких країнах, як Велика Британія, Німеччина, кількість дітей, що потребують паліативної допомоги, визначається у діапазоні від 8 до 16 на 10 тисяч дітей, то у Російській Федерації ця потреба становить 30 на 10 тисяч дітей.

Під час засідання секції з педіатричної паліативної допомоги II Національного конгресу паліативної допомоги у м. Києві 01 жовтня 2015 року фахівцями зазначалось, що сьогодні в Україні потребують паліативної допомоги від 8 до 16 тисяч дітей, включаючи і немовлят, або близько 20 на 10 тисяч дітей.

У Російській Федерації розробили такий норматив для паліативної допомоги: лікар-педіатр у міській місцевості – 1 на 50 тисяч дитячого населення, у сільській – 1 на 20 тисяч дитячого населення, крім цього передбачається організувати близько 800 виїзних служб, що надають паліативну підтримку вдома. При цьому навантаження на одного лікаря-педіатра передбачається 105 дітей – користувачів послуг паліативної виїзної бригади.

Фахівці з паліативної допомоги у Російській Федерації визначили із власного досвіду спектр хвороб, що вимагають паліативної допомоги і ведуть до смерті в дитячому та підлітковому віці: злоякісні новоутворення – 8%, інша патологія – 92%, з якої важкі вроджені вади розвитку – 44%, неонатальні стани – 30%, хвороби нервової системи – 12% тощо [1,4,7,10].

З досвіду Великої Британії, 40% дітей і молодих дорослих помирають від онкологічних і 60% – від неонкологічних хвороб (наприклад, метаболічних, дегенеративних, кардіологічних).

Досвід Великої Британії, Німеччини, Польщі, Росії, Білорусі свідчить про важливість в організації паліативної допомоги дітям створення і функціонування мультидисциплінарної бригади

підготовлених для надання такої допомоги спеціалістів. Планова робота з паліативним пацієнтом і його сім'єю може успішно проводитись такою бригадою без додаткового залучення профільних спеціалістів, наприклад онкологів при онкопатології чи генетиків при спадковій і вродженій патології тощо [9].

Моделі паліативної допомоги дітям у країнах відрізняються залежно від наявних ресурсів.

Стаціонарні моделі (наприклад, дитячі хоспіси, як у Баварії) частіше використовуються в розвинених країнах, бо вони є високоартістичними. У країнах з обмеженими ресурсами поширені більш дешеві, але досить ефективні, моделі, наприклад, паліативна допомога вдома. Таку допомогу обирають понад 90% сімей, що мають невиліковну дитину. Для дітей домашні умови є максимально комфортними і переважаючими для організації супроводу.

Таким чином, паліативна допомога дітям може бути організована вдома та у стаціонарі. Сьогодні виділяють такі рівні надання паліативної допомоги дітям:

- вдома – надання допомоги вдома, у тому числі за участю мобільних (виїзних) мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги;
- амбулаторний – в умовах кабінетів паліативної допомоги, які в Україні відсутні;
- денний стаціонар – в умовах, що передбачають медичне спостереження та лікування в денний час і не потребують цілодобового медичного спостереження та лікування;
- стаціонарний – в умовах, що забезпечують цілодобове медичне спостереження та лікування на базі центрів, відділень/ліжок паліативної допомоги багатопрофільних дитячих лікарень, хоспісів та окремих центрів паліативної допомоги дітям або ліжок у центрах для дорослих.

В Україні існує інформація про поодинокі виїзні бригади паліативної допомоги (м.м. Івано-Франківськ, Харків, Луцьк, Рівне), частина з яких створена за рахунок грантів міжнародної технічної допомоги, деякі ще не працюють на постійній основі. Створюються дитячі виїзні бригади у м. Києві та Одесі. На разі відсутність єдиної нормативної бази їх діяльності, стихійність створення, залежність від стороннього фінансування вимагають термінового державного врегулювання цих питань, щоб максимально використати наявний досвід їх діяльності.

Надважливо при створенні служби паліативної допомоги дітям дотриматись головного принципу – пацієнт-орієнтованого підходу для організації допомоги та забезпечити мультипрофесійний міждисциплінарний підхід з обов'язковим залученням

членів сім'ї пацієнта, самої дитини та їх духовного супроводу.

Основна мета створення такої команди паліативної допомоги:

- реалізація прав невиліковно хворої дитини та повагу до її гідності;
- максимально повне задоволення вікових інтересів і потреб в контексті суспільства, навколишнього середовища, школи, сім'ї;
- інтеграція фізичних, психічних і соціальних аспектів життя.

Основу команди складають лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник, спеціальний педагог. Додатковий супровід пацієнтів проводиться фахівцями відповідного профілю (фахівцем з педіатричної паліативної медицини, дитячими онкологом, неврологом, анестезіологом, психіатром та ін.) із залученням соціальних служб (центри соціальної допомоги вдома, соціального обслуговування населення, допомоги сім'ї та дітям та ін.), освітніх установ (школи, центри психолого-медико-педагогічної допомоги та ін.), а також недержавних організацій (благодійні фонди, волонтерські рухи, громадські, релігійні об'єднання) [9].

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги, допомога вдома вважається однією з найефективніших форм паліативної допомоги. Виїзні (мобільні) служби здійснюють спеціалізовану паліативну допомогу пацієнтам вдома і підтримку членів їхніх сімей та осіб, що доглядають за пацієнтами. Кожна дитина, незалежно від тяжкості захворювання, хоче знаходитись вдома – в колі сім'ї, у звичних умовах, з улюбленими іграшками, книжками, з можливістю спілкування з рідними та друзями.

Хворі діти, так само, як і їхні родини, потребують комплексного догляду і різних інших видів допомоги, саме тому всебічне задоволення їхніх потреб вимагає участі в цій роботі професіоналів різних спеціальностей, як медичних, так і немедичних. Мультидисциплінарний підхід у наданні паліативної допомоги вдома припускає, що в команді працюють люди різних професій: лікарі, медичні сестри, психологи, соціальні працівники, адміністративний персонал. За необхідності до цієї роботи можуть залучатися й інші фахівці. Використовують також допомогу родичів і волонтерів. Весь обсяг допомоги здійснюється співробітниками однієї команди, при цьому кожен фахівець відповідає за надання якісної допомоги в рамках своєї компетенції, що дозволяє пропонувати якісну диференційовану підтримку хворій дитині та членам її сім'ї. Команда паліативної допомоги вдома працює у тісній співпраці з фахівцями різ-

них відомств (охорона здоров'я, соціальний захист, освіта), завдяки чому весь спектр послуг мультидисциплінарної команди може бути реалізований за місцем проживання пацієнта [4].

У наших умовах, коли відсутні дані про потребу у паліативній допомозі дітям в конкретному регіоні, немає підготовленого персоналу, низька поінформованість загальнопедіатричної мережі та центрів первинної медико-санітарної допомоги щодо філософії та особливостей паліативної допомоги дітям, доцільно створювати центри/відділення паліативної допомоги у складі трьох структурних підрозділів поетапно: стаціонар на 6–10 ліжок, мультидисциплінарна виїзна бригада, денний стаціонар на 3 ліжка. При цьому починати роботу слід зі створення мультидисциплінарної бригади спеціалістів, які перші включаться в роботу спільно з територіальними органами охорони здоров'я з вивчення потреби у паліативній допомозі, популяризації цього виду допомоги серед медичного персоналу, населення та самих батьків пацієнтів для формування їх прихильності.

Паліативна допомога дітям – це новий напрямок надання медичної та психосоціальної допомоги. Для правильного формування підходів до паліативної допомоги дітям в Україні треба добре вивчити відмінності її надання даній категорії хворих. Відмінні риси педіатричної паліативної допомоги [12]:

1. Нечисленність пацієнтів (порівняно з паліативною допомогою дорослому населенню).

2. Широке розмаїття патології (неврологічна, метаболічна, хромосомна, кардіологічна, респіраторна, інфекційна, онкологічна, травматологічна, неонатальна та ін.) з непередбачуваною тривалістю хвороби; багато захворювань носять сімейний характер, деякі лишаються не остаточно верифікованими.

3. Офіційні вікові обмеження щодо застосування лікарських засобів для дітей, в результаті чого багато медикаментів вимушено призначаються педіатрами в режимі «off label» (тобто відсутності згадування в інструкції до лікарського засобу).

4. Фактори вікового розвитку: діти перебувають у процесі постійного фізичного, емоційного і когнітивного розвитку, що впливає на всі аспекти паліативної допомоги – від дозування ліків до способів комунікації, навчання та підтримки.

5. Значна роль сім'ї: батьки пацієнта глибоко залучені в процес прийняття рішень, пов'язаних з наданням паліативної допомоги, – клінічних, етичних, соціальних.

6. Педіатрична паліативна допомога – відносно нова сфера медицини, що обумовлює на даному етапі її розвитку недостатню кількість експертів

і фахівців, які пройшли спеціальне навчання з паліативної допомоги.

7. Високий рівень емоційної залученості: коли помирає дитина, членам сім'ї і персоналу буває важко прийняти неспіх терапії, незборимість хвороби і смерть.

8. Втрата та горювання: після смерті дитини ці процеси у батьків і родичів виявляються найчастіше важкими, пролонгованими і ускладненими, що визначає характер тривалого професійного супроводу батьків після втрати дитини.

9. Правові та етичні аспекти паліативної допомоги дітям: як правило, дані аспекти адресуються до батьків або офіційних представників інтересів дитини. Бажання самої дитини та її участь у процесі прийняття рішень часто не розглядаються, що може призводити до великих моральних і юридичних складнощів при наданні допомоги.

10. Соціальні наслідки: дитині та членам її сім'ї важко підтримувати свої соціальні ролі на тлі хвороби (школа, робота, матеріальне забезпечення сім'ї тощо) [5,12].

Цікавою формою допомоги є респіс для дітей (стаття в *The Irish Times*). *Респіс* – соціальний перепочинок, надання періодів відпочинку тим, хто доглядає за важкохворою дитиною. Родині дуже нелегко доглядати за дитиною з хворобою, що загрожує життю. Батьки розповідають про постійну втому, ізоляцію, внутрішньосімейні конфлікти, фінансовий тягар, труднощі у забезпеченні найкращого догляду для їхньої дитини та проблеми виділення достатнього часу на інших дітей у сім'ї. Батьки дітей, що страждають на загрозливі для життя хвороби, заслуговують особливої підтримки з боку суспільства. Нещодавно був опублікований документ «Послуги респіса для дітей з обмеженим захворюваннями життям та їх сімей в Ірландії. Вивчення необхідності в таких послугах, проведене Ірландським хоспісним фондом і дитячим хоспісом Лора Лінн». Цей документ визначає кількість і географію тих, хто потребує респісного обслуговування, і висуває пропозиції щодо оптимальної організації таких послуг, у тому числі пропонує Комітету з національного розвитку паліативної допомоги дітям взяти на себе керівництво за виробленням національних стандартів для надання респісної допомоги сім'ям [2].

Таким чином, вивчення ситуації щодо розвитку паліативної допомоги дітям в країні виявило загальну необхідність у:

– прийнятті розпорядженням Кабінету Міністрів України «Стратегії розвитку паліативної допомоги на 2015–2025 роки» з планом виконання, який повинен включати окремі заходи з розвитку паліативної допомоги дітям, як такої, що суттєво

відрізняється від паліативної та хоспісної допомоги дорослому населенню;

– розробці та прийнятті відомчих нормативних актів, що затверджують порядок надання паліативної допомоги дітям, положення про паліативний центр / відділення паліативної допомоги дітям на мультидисциплінарній основі;

– розробці положення про мультидисциплінарну виїзну мобільну бригаду паліативної допомоги; розробці нормативів забезпечення паліативною допомогою дітей не тільки ліжком, але й нормативів щодо кількості виїзних бригад; передбачивши їх фінансування;

– створення мережі реєстрів (реєстрів) дітей, які потребують паліативного догляду; внесення змін до клінічних протоколів різних педіатричних спеціальностей щодо паліативної допомоги;

– здійсненні заходів щодо реєстрації, виробництва на території України дитячих форм лікарських засобів для знеболення у дітей (починаючи з періоду новонародженості);

– вивченні потреби у паліативній допомозі дітям в країні;

– реформуванні існуючих будинків дитини та дитячих інтернатів системи Мінсоцполітики для дітей з інвалідністю у напрямку впровадження паліативної підтримки для певних груп дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, мінімізації тривалої їх госпіталізації у лікарні і реалізації права на навчання, повноцінний розвиток, життя без душевних і фізичних страждань;

– створенні модельного Центру паліативної допомоги дітям у м. Києві для подальшого поширення досвіду на територію України;

– підтримці існуючих відділень паліативної допомоги дітям;

– залученні громадськості, фондів, проектів міжнародної технічної допомоги до розбудови системи паліативної допомоги дітям.

Висновки

В Україні створено два центри, сім хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечує доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок, при рекомендованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я потребі у 3500 ліжок. Функціонує лише сім мобільних служб надання паліативної допомоги на дому для дорослих та дітей.

В Україні практично відсутня система паліативної допомоги дітям. Паліативні центри для дітей створено у Івано-Франківській області (м. Надвірна) та м. Харків – обидва на базі будинків дитини системи МОЗ України.

Недостатньо педіатричних медичних кадрів взагалі і середнього медичного персоналу зокрема. Відсутня системна підготовка з паліативної допомоги дітям на до- та післядипломному рівні медичних і соціальних працівників, психологів та ін.

Досвід Великої Британії, Німеччини свідчить, що кількість дітей, які потребують паліативної допомоги, визначається у діапазоні від 8 до 16 на 10 тисяч дітей, у Російській Федерації ця потреба становить 30, а в Україні – 20 на 10 тисяч дітей.

В країні відсутнє нормативно-правове врегулю-

вання питань надання паліативної допомоги дітям, що потребує розробки низки нормативних актів.

Розбудова системи, з огляду на обмеженість ресурсів, може відбуватися шляхом створення центрів паліативної допомоги дітям, першим етапом для запуску яких повинні стати мультидисциплінарні виїзні бригади. Надалі – шляхом створення невеликих комфортних стаціонарів, з дотриманням пацієнт-орієнтованого підходу, з наявністю підготовлених спеціалістів, та стаціонарів денного перебування та респісів.

Література

1. Введенская Е. С. Палиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных / Е. С. Введенская, Е. Г. Соколова, П. К. Петрушов // Росмедпортал. ком. – 2012. – Т. 3. – С. 36–144.
2. Инициатива по улучшению паллиативной помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://rrci.choosinghope.info/>. – Название с экрана.
3. Паллиативная помощь в педиатрии – мировой опыт и развитие в России ФГУ «Центр спортивной медицины» ФМБА России, Москва / Информ. центр Танатогнозия. – 11 с.
4. Паллиативная помощь детям в России: потребность, состояние, концепция развития / под редакцией Н. Н. Савва. – Москва, 2015. – 100 с.
5. Полевиченко Е. В. Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов (пособие для врачей и средних медицинских работников) / Е. В. Полевиченко, Э. В. Кумирова. – Москва : Р. Валент, 2014. – 44 с.
6. Проект Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2024 роки // Матеріали II Національного конгресу з паліативної допомоги. – Київ, 2015. – 10 с.
7. Рамочная концепция хосписного и паллиативного ухода «Система сопровождения и ухода за тяжело больными и умирающими людьми, а также их родственниками в Баварии» [Электронный ресурс]
8. Специализированная программа «Паллиативный уход в больницах» (Бавария) от 28.11.2011 г.
9. Справочник детских паллиативных служб России / Савва Н. Н., Винярская И. В., Устинова Н. Н. [и др.]; под редакцией Н. Н. Савва. – Москва, 2014. – 80 с.
10. Хартия по уходу за тяжело больными и умирающими людьми в Германии. 2010 г., – 20 с. [Электронный ресурс].
11. Association of Pediatric Palliative Medicine, APPM, 2015.
12. European Association of Palliative Care, 2009.
13. <http://www.irishtimes.com/opinion/respite-for-children-1.1319686>
14. WHO Model List of Essential Medicines for Children, 5th list, April 2015.

Паллиативная поддержка детей в Украине как составляющая системы педиатрической помощи

Р.А. Моисеенко, В.М. Князевич

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Национальная академия государственного управления при Президенте Украины, г. Киев

Проанализирован опыт и рекомендации стран, имеющих сеть центров паллиативной помощи детям; определены возможности создания в Украине системы паллиативной помощи детскому населению (кадровые, материально-технические ресурсы). Показаны особенности паллиативной помощи детям, приведены расчеты потребности в такой помощи на основе анализа материалов. Предложены пути развития системы паллиативной помощи детям в Украине.

Ключевые слова: паллиативная помощь детям, расчеты потребности, мультидисциплинарный подход, выездная бригада.

Palliative support of children in Ukraine as a part of pediatric care system

R.A. Moiseenko V.M. Kniazevych

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine
National Academy of Public Administration under the President of Ukraine, Kiev

The experience and recommendations of the countries with the chain of palliative care centers for children are analyzed; the possibilities of creating of the system of palliative care for the children's population in Ukraine (professional, material and technical resources) are identified. The features of palliative care for children are shown. It is also given the requirement estimation of such care on the basis of the analysis materials. The ways of development of the palliative care system for children in Ukraine are proposed.

Key words: palliative care for children, requirement estimation, multidisciplinary approach, outreach brigade.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – д.мед.н., зав. каф. дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; e-mail: v-moiseenko@ukr.net.

Князевич Василь Михайлович – д.мед.н. Національної академії державного управління при Президентові України, Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги». Адреса: м. Київ, вул. Пимоненка, 10А, оф. 321; тел./факс: (044) 482 36 75; e-mail: ligahp@ukr.net.

Стаття надійшла до редакції 21.10.2015 р.

НОВОСТИ

Любимые мелодии усиливают действие наркоза во время операций

Часто, хирургические вмешательства выполняются с использованием местного или спинномозгового наркоза, что позволяет пациенту оставаться в сознании. Чтобы снизить уровень неизбежного стресса, таким больным рекомендовано слушать музыку.

Прослушивание музыки до операции, во время нее и в первые часы, после того как вмешательство завершено, оказывает самое благотворное воздействие на состояние пациентов.

В настоящее время при многих операциях вместо общего наркоза, повышающего риск развития различных осложнений, успешно используется местное обезболивание или спинномозговая анестезия. Однако в этом случае больной, находящийся в полном сознании, часто испытывает сильный стресс, вызывающий повышение артериального давления, тревожность и учащение пульса.

А швейцарские ученые обнаружили, что музыка, которую пациенты слушают непосредственно перед хирургической операцией, в течение вмешательства и после него, значительно уменьшает испытываемый ими стресс.

Сотрудники университета швейцарского города Цюрих (University of Zurich) провели анализ 47 научных работ, посвященных влиянию музыки на состоянии хирургических больных.

Ученые из Цюриха обнаружили, что использование музыки было связано со снижением болевых ощущений в среднем на 31%, а чувство тревоги снижалось на 34%.

Прослушивание музыки пациентами непосредственно во время операции приводило к уменьшению потребности в дополнительном введении обезболивающих лекарств на 29%.

Кроме того, приятные мелодии способствовали тому, что артериальное давление у больных повышалось не более чем на 40% по сравнению с больными, которых оперировали без музыки в операционной. Прослушивание музыки во время операции также было связано с повышением частоты пульса всего на 27% от показателей контрольной группы.

Примечательно, что если мелодии были подобраны не медицинским персоналом, а самими пациентами, то их благотворное влияние на состояние больных было еще более выраженным.

Авторы исследования считают, что полученные ими данные свидетельствуют в пользу внедрения музыкального сопровождения хирургических вмешательств, а также использования музыки в предоперационный и послеоперационный период.

Источник: med-expert.com.ua

Л.О.І. Андріішин

Особливості роботи психолога в закладах паліативної допомоги

Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):39-42; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.39

Психологічний супровід є надзвичайно важливим компонентом паліативної допомоги. Показано особливості роботи психолога у закладах паліативної допомоги та принципи організації психологічного супроводу невиліковних пацієнтів та їхніх родичів.

Ключові слова: паліативна допомога, медичний психолог, психічні проблеми паліативного пацієнта, психологічний супровід.

Вступ

Термін «Паліативна допомога» – широке поняття, що означає різнобічну допомогу і підтримку людини, яка захворіла на невиліковну хворобу. Комплексна кваліфікована паліативна допомога поєднує в собі різні компоненти: медичний терапевтичний контроль, паліативну медицину і лікування симптомів хвороби, якісний фізичний догляд і створення фізичного комфорту, психологічний супровід як пацієнта, так і членів його сім'ї, духовну опіку і підтримку душевного спокою, різні форми соціальної підтримки – усього того, що може забезпечити максимально можливу якість життя паліативного пацієнта. Така допомога надається від моменту встановлення хворому діагнозу і аж до останньої хвилини його життя. Окрім того, паліативна допомога передбачає психологічну підтримку страждаючих членів сім'ї, як у періоді тяжкої хвороби близької їм людини, так і в періоді скорботи.

Жодна людина не є готовою до будь-якої хвороби в плині свого життя, як і немає доброго очікуваного часу для її виникнення. Невиліковна хвороба, тяжкий діагноз мають сильний вплив на психіку людини. Стрес, негативні емоції, нерозуміння, неспокій, тривога, страх, розгубленість, паніка, апатія, відчуття приреченості нерідко стають причинами психічного спустошення, глибокої депресії – аж до суїцидальних думок і спроб. Отже, психологічний супровід є надзвичайно важливим компонентом паліативної допомоги і покликаний полегшувати та попереджати психічні, душевні

страждання, пов'язані з невиліковною хворобою і відходом з життя.

Створення психологічного комфорту підвищує ефективність симптоматичного лікування паліативного пацієнта, дозволяє максимально використати потенційні можливості його психічної адаптації, забезпечує максимально можливу якість життя за таких негативних обставин.

Робота психолога в закладі паліативної допомоги має свої специфічні властивості, враховуючи різні точки прикладання його професійної діяльності: важко хворі пацієнти, їх страждаючі родичі та постійно навантажений чужим горем персонал.

Мета роботи – розкрити симптоми психологічних страждань, які найчастіше зустрічаються в онкологічних хворих у термінальному періоді життя, можливості психологічної підтримки пацієнтів, які відчують відсутність сенсу життя, так звану «кризу ідентичності», або екзистенціальну кризу, що може стати як додатковою причиною багатьох захворювань, так і погіршувати й обтяжувати вже існуючу хворобу.

Матеріали і методи

Дослідження проводилось з використанням клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного методів протягом 2013–2014 рр. і 6 місяців 2015 р. на основі ведення пацієнтів з різною локалізацією онкологічного процесу, аналізу записів спеціалістів у медичних картах та спостереження і створення психологічного портрету хворих стаціонару і виїзного відділення, за умови їх згоди (табл. 1).

Таблиця 1

Кількість пацієнтів та період спостереження

Період	Кількість пацієнтів стаціонару	Кількість пацієнтів виїзного відділення	Усього
2013 р.	54	59	113
2014 р.	62	78	140
2015 р. (6 місяців)	37	46	83
Усього	153	183	336

Результати досліджень та їх обговорення

У всіх онкологічних хворих спостерігалися психогенні реакції, які відрізнялися ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Основною проблемою для всіх пацієнтів стала їхня хвороба. Вони сприйняли свою хворобу як небезпеку, загрозу для життя. Це передусім викликало у них відчуття паніки, тривоги й страху, що, в свою чергу, призвело до дезорганізації поведінки, сплеску високого рівня емоційної напруги і широкої палітри проявів емоцій. Нерідко у пацієнтів на початку паліативного лікування спостерігалась замкнутість, самоізоляція. Оскільки серед населення побутує думка про фатальність раку, і сам діагноз зазвичай сприймається як вирок, майже у всіх пацієнтів, навіть на етапі сумнівів і підозр щодо діагнозу, виникала ціла серія психогенних реакцій, які змінювали одна одну залежно від особливостей особистості пацієнта, сили і змісту його переживань. Так, надія могла змінюватись на відчай і навпаки, що породжувало то апатію, то тривогу і депресію, то деяку ейфорію. Завжди при спілкуванні на перший план виходила тема приреченості, самотності у своїй хворобі і смерті.

Як видно з таблиці 2, у хворих виявилася неочікувано мала кількість випадків формування депресії – 8,6%, основними проявами якої були апатія, тривога, порушення сну, замкнутість і приреченість, втрата контролю над ситуацією, песимістичне бачення майбутнього, відчай. З них лише у чотирьох випадках спостерігалися суїцидальні думки й в одному – суїцидальна спроба. Водночас психологічний механізм сприйняття негативної інформації у всіх пацієнтів був приблизно однаковим, описаним Елізабет Кюблер-Росс. Після шоквої стадії, як правило, короткої й сильної, наставало заперечення, витіснення інформації як захисна реакція, неготовність прийняти удар й адаптуватися до стресу. Після усвідомлення, що діагноз є дійсністю, стадія заперечення переходила в ста-

дію агресії, в основі якої лежить той самий страх, але його легше було пережити в пошуках причин або винних. Наступна стадія – депресія: переживання відчаю, безперспективності, туги, приреченості, самотності, власної вини перед кимось або за щось, відірваності від сім'ї, почуття втрати часу і сумніви щодо сенсу життя. У трьох випадках стадія депресії була глибокою, із суїцидальними думками. Через деякий час за допомогою різних психотерапевтичних впливів більшість пацієнтів переходили в стадію акцептації, примирення й прийняття.

Таблиця 2

Характеристика психоемоційного стану онкологічних хворих

Психологічна реакція	Кількість пацієнтів
Почуття небезпеки, паніка	336
Тривога	336
Страх смерті	336
Замкнутість	161
Самоізоляція	203
Безнадія	254
Відчай	98
Апатія	182
Депресія	29
Гнів	248
Почуття вини перед собою	302
Почуття вини перед іншими	259
Втрата сенсу життя	297
Втрата відчуття гідності	199
Втрата контролю над ситуацією	330
Відчуття непотрібності	234
Суїцидальні думки	4

Однак така динаміка реакцій на хворобу не завжди означала їх завершення. Вже на стадії примирення з долею, обговорення навіть бажаних подробиць завершення життя раптом спалахувало яскраво виражене бажання жити, і пацієнти ставили запитання: «А коли ви почнете мене лікувати?», «Знаєте про екстрасенса в горах, який все лікує?», «Можете покликати консультанта із столиці?».

Позиція психолога, як і всіх інших спеціалістів паліативної допомоги, повинна узгоджуватися з позицією пацієнта. Якщо йому потрібна надія, не слід її віднімати. Немає потреби обманювати чи видумувати щось, достатньо не заперечувати, залишати пацієнта з тими думками, з якими йому

в даний момент комфортніше жити. Урятувати від психологічних проблем хворого може тільки довірчий контакт з рідними і персоналом лікувального закладу. Таким чином, завоювання довіри, належне та якісне спілкування є потужним інструментом психолога і навченого персоналу паліативного закладу у питаннях психологічного супроводу. В основі створення сприятливого психологічного клімату лежать фізичний, емоційний, інтелектуальний і духовний види контактів. Детально ці види контактів описує засновник першого хоспісу в Росії професор А.В. Гнезділов у своїй роботі «Путь на Голгофу».

Фізичний контакт передбачає максимальну сумісність із пацієнтом з першої ж зустрічі, яка починається рукоштовпанням, до наступних легких дотиків рукою. Важливо перебувати з пацієнтом в єдиному часовому і просторовому полі. Тоді відпадає потреба в детальних поясненнях, відбувається обмін ситуаційною інформацією, коли персонал починає розуміти не тільки що, але і як говорить чи робить співбесідник. Легкий дотик руки може передати і почуття, і симпатію, і довіру, зменшити тривогу, переключити увагу. Особливого значення набуває такий тактильний контакт із людиною, яка помирає, в онкологічних клініках і хоспісах. У таких закладах поширене явище самоізоляції хворих, яке зумовлене неправильним уявленням про етіологію раку. А доторк знімає комплекси пацієнта про гидливість у навколишніх. В американських і європейських хоспісах закріпилася практика психологічної підтримки хворих у коматозному стані через погладження та потискання руки.

Емоційний контакт побудований на почутті симпатії. У цьому разі від пацієнта до лікаря слід прокласти психологічний місток. Необхідно налаштуватися на слухання і прийняття іншої людини, створити ґрунт для розмови і спонукати хворого до спілкування. При цьому належить поставитися з розумінням до ситуації пацієнта, виявляти співчуття і доброзичливість.

Література

1. Андрійшин Л. Догляд за пацієнтами госпісної служби : навчальний посібник для волонтерів і молодших медичних сестер / Л. Андрійшин, Н. Дацун, І. Кулікова. – Івано-Франківськ : Вид-во НВ, 2005.
2. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца / Е. С. Введенская. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2011.
3. Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. В. Гнездилов. – Санкт-Петербург, 1995.
4. Литвиненко В. И. Основы самопомощи / В. И. Литвиненко. – Київ : ООО «Инжиниринг», 2006. – 244 с.
5. Миллионщикова В. Хоспис – последний приют на земле / В. Миллионщикова, Н. Плавунув // Врач. — 2005. – № 3. – С. 30–31.

Інтелектуальний контакт передбачає однакове з пацієнтом розуміння ситуації, однакове «прочитання» певних понять і слів. Контроль за тим, чи правильно співбесідники розуміють один одного, створює передумови для повноцінного контакту.

Духовний контакт включає почуття розуміння і любові. Кожна людина володіє духовністю, яка виражається через її систему цінностей. Основою духовного контакту є розуміння та прийняття цінностей і потреб пацієнта, повага до його права на власні погляди та переконання (не можна нав'язувати підопічному своїй волі). Духовний аспект підтримки недужої людини передбачає допомогу в екзистенціальних питаннях, у постановці і вирішенні світоглядних питань, у забезпеченні спілкування з духівниками, капеланами та участі в церковному житті.

Висновки

Враховуючи те, що стадії психологічних реакцій в кризових ситуаціях, аналогічну палітру емоцій і страждань переживають близькі родичі пацієнтів, завданням працівників, які надають паліативну допомогу, є навчитися реагувати на почуття хворої людини та її рідних так, щоб це давало максимальну користь. Отже, основним інструментом праці психолога закладу є спілкування, а основним продуктом таких комунікацій – вислуховування і відкрите обговорення будь-яких психологічних проблем, що виникають протягом надання допомоги пацієнту. Робота психолога з онкологічними пацієнтами закладів паліативної допомоги полягає у «присутності поряд», у вмінні слухати, а не вдавати, що слухаєш, у вмінні ставити відкриті запитання, які дозволяють пацієнту подолати бар'єр горя, що його оточує. Мета такої присутності психолога – допомогти важко хворому прийняти себе таким, яким він є, і сприяти примиренню помираючої людини з останнім неминучим конфліктом його земного життя.

6. Не заставляйте нас страдать: Доступ к обезболивающим средствам как одно из прав человека [Электронный ресурс]. – <https://www.hrw.org/ru/report/2009/03/03/255889>
7. Організація та діяльність груп взаємодопомоги при консультативних пунктах «Довіра» центрів ССМ: методичні рекомендації для фахівців, які працюють у групах взаємодопомоги / за ред. Б. П. Лазоренка. – Київ, 2005. – 88 с.
8. Полехина Л. Группы профессиональной поддержки для сотрудников хэсэдов : методическое пособие / Л. Полехина, Ж. Ремпель, И. Морозова. – Днепропетровск, 2002. – С. 30.
9. Рекомендація 1418 Ради Європи про захист прав людини і гідності термінальних хворих і помираючих (1999) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu.prostir.ua/catalogue/999.html>
10. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Семігіна Т., Банас О., Венедиктова Н. [та ін.]. – Київ : ВД «Киево-Могилянська академія», 2006. – 620 с.
11. Шевченко О. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань : навчальний посібник / О. Шевченко. – Київ, 2005.
12. Doyle D. The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective / D. Doyle // National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2004.
13. Hill F. Caring for terminaly ill / F. Hill // Nursing. – 1991. – Vol. 4 (34). – P. 9–22.
14. Kubler-Ross E. Rozmowy o smierci i umieraniu / E. Kubler-Ross. – Poznan, Copyright 2007.
15. Stjernswärd J. Palliative medicine – a global perspective / J. Stjernswärd // Oxford textbook of Palliative medicine edited by Derek Doyl, Geoffrey W. C. Hanks and Nell Makdonald. – Section 18. – P. 805–814.
16. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee. – Geneva, 1990.

Особенности работы психолога в учреждениях паллиативной помощи

Л-О.И. Андришин

Ивано-Франковский областной клинический центр паллиативной помощи, Украина

Психологическое сопровождение является чрезвычайно важным компонентом паллиативной помощи. Показаны особенности работы психолога в учреждениях паллиативной помощи и принципы организации психологического сопровождения неизлечимых пациентов и их родственников.

Ключевые слова: паллиативная помощь, медицинский психолог, психические проблемы паллиативного пациента, психологическое сопровождение.

Features of the work of the psychologist in the palliative care institutions

L-O.I. Andriishin

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Center for Palliative Care, Ukraine

Psychological support is a critical component of palliative care. The features of the work of the psychologist in palliative care institutions and the principles of psychological support organization of incurable patients and their relatives are shown.

Key words: palliative care, clinical psychologist, mental problems of palliative patient, psychological support.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА:

Андришин Людмила-Оксана Іванівна – лікар-медичний психолог, зав. виїзним/консультативним відділенням Івано-Франківського обласного клінічного центру паліативної допомоги «Хоспіс», головний позаштатний спеціаліст з паліативної допомоги ДООЗ ОДА. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Новаківського, 8; тел. +38050-338-83-18; e-mail: hospice@optima.com.ua, hospice.iv@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

Ю.П. Жогно

Структура та особливості психологічного компонента паліативної допомоги

*Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського,
м. Одеса, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):43-48; doi 10.15574/IJRP.M.2015.2.43

Паліативна допомога (ПД) хворим з обмеженим прогнозом життя, серед інших, включає психологічний супровід. Її ініціалізація припускає точну діагностику психічного статусу пацієнта, який може змінитися ще до постановки діагнозу обмеженого прогнозу життя. Протягом усього періоду надання ПД психологічний супровід є її облігатним компонентом і включає кілька тематичних розділів – цілей, досягаючи яких мультидисциплінарна команда може забезпечити необхідний обсяг і якість наданих послуг. Запропоновано огляд фахової літератури і контент-аналіз поняття «психологічний компонент паліативної допомоги». В основу дослідження було покладено мультидисциплінарний і холистичний підхід, а також пацієнт-центровану концепцію надання ПД. Визначаючи пацієнт-центрований підхід як базовий у наданні ПД, було задіяно концепцію стійкості, яка визнана ЕАПД і передбачає докорінну зміну парадигми взаємодії усіх учасників надання ПД з пацієнтом. Під стійкістю розуміють здатність пацієнта жити з невилковним захворюванням і долати обумовлені хворобою проблеми, психологічно приймати необхідність зміни планів на майбутнє, що пов'язано з передчасним відходом з життя. Враховуючи потенційну користь даного особистісного ресурсу пацієнта, очевидно, що подібні зміни в структурі його особи набувають критичної маси в загальній проблематиці ПД і змушують звернути особливу увагу всіх учасників надання ПД, особливо в її психологічному компоненті. У ході нашого дослідження структури психологічного компонента паліативної допомоги було виділено чотири основні її елементи, виражені у вигляді необхідних характеристик його цілей: посередництво, комунікативність, етичність, адаптивність.

Ключові слова: паліативна допомога, мультидисциплінарний підхід, хворий з обмеженим прогнозом життя, end-of-life issues, психологічний супровід, dignified death.

Вступ

Необхідність та важливість психологічного компонента паліативної допомоги (ПД) на сьогодні ніким не заперечується, проте цей постулат не став визначальним у впровадженні ПД в Україні, де комплекс відповідних допоміжних заходів часто обмежується лише медичними та соціальними, що призводить до певної її медикалізації та змушує звернутись до визначення структури та значення психологічного супроводу паліативного хворого та його родини. Психологічний стан хворого, що має паліативний статус, та його родини визначається не лише моментом постановки медичного діагнозу. Чи не найбільшим випробуванням стають психологічні стани, що супроводжують пацієнта під час перебігу хвороби: премор-

бідні переживання, пов'язані із маніфестацією фізіологічних та психічних симптомів хвороби; переживання, пов'язані з визначенням та постановкою діагнозу; переживання, що супроводжують діагностичні та оперативні втручання (пов'язані з фізичним та психічним болем), симптоматичне лікування тощо. Важливим та вкрай драматичним моментом життя для паліативного хворого стає проблематика прикінцевого періоду життя (т.зв. end-of-life), а також комплекс переживань родини після смерті пацієнта. Усі зазначені психосома-тичні феномени та стани знаходяться у площині психологічного компонента ПД та зазвичай впроваджуються мультидисциплінарною командою (МДК) паралельно із рештою необхідних медичних, соціальних та духовних інтервенцій. Відтак психологічний компонент ПД набуває важливого,

іноді критичного, значення у наданні ПД. Структура та зміст цього компоненту на сьогодні недостатньо визначена та диференційована, що викликає певні методологічні та практичні труднощі. Так, фахівці Інституту паліативної і хоспісної медицини МОЗ України визначають суть психологічного компоненту ПД через вирішення завдань «...полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати. ... Психологічна підтримка родини хворого покликана зменшити негативний психоемоційний вплив та стрес, пов'язаний з невиліковним захворюванням рідної та близької людини, допомогти їм полегшити горе втрати, при необхідності – з використанням психологічного консультування після смерті хворого» [1].

Психологічна підтримка, яку надають працівники виїзної паліативної служби м. Києва, регламентована «Тимчасовим положенням про організацію паліативної допомоги на дому на базі Територіального центру соціального обслуговування», де визначено основні напрями діяльності служби, серед яких психологічний компонент призначений для «...забезпечення психологічного комфорту на основі принципів індивідуального підходу до кожного хворого та його родини з урахуванням стану хворого, духовних, релігійних і соціальних потреб хворого та його родини» [3]. Даний практичний варіант надання ПД наголошує на пріоритеті надання психологічної підтримки саме родині хворого.

Вочевидь завдання психологічної підтримки недостатньо деталізовані, що ускладнює як її надання, так і підготовку фахівців з цих питань. На нашу думку, *проблемна ситуація*, що лежить в основі нашого дослідження полягає у тому, що психологічний компонент ПД та відповідні поняття недостатньо визначені, мають недиференційоване семантичне поле, що на практиці призводить до некоректної трактовки відповідних функціональних обов'язків штатних одиниць МДК та робочих протоколів.

Метою роботи є визначення семантичного та асоціативного полів поняття «психологічний компонент паліативної допомоги» для уточнення та деталізації його структури.

Об'єктом вивчення є особливості паліативної допомоги пацієнтам з обмеженим прогнозом життя (у тому числі важко та невиліковно хворим), **предметом** є структура психологічного компоненту ПД.

Для досягнення мети дослідження нами передбачається виконання наступних **завдань**: 1) висвітлити стан розробленості проблеми якості паліативної допомоги важко/невиліковно хворим, зокрема її психологічного компоненту, на підставі аналізу сучасних вітчизняних та закордонних літературних джерел; 2) проаналізувати цілі та потенційні мішені психологічного компоненту ПД і, таким чином, 3) з'ясувати його структуру.

Матеріали і методи

Основними методами дослідження стали огляд фахової літератури та контент-аналіз понятійного апарату ПД.

Результати дослідження та їх обговорення

Починаючи огляд, ми виходимо з відомого визначення ВООЗ терміну «паліативна допомога» [14]: «Паліативна допомога – підхід, метою якого є поліпшення якості життя пацієнтів і членів їх сімей, що виявилися перед лицем загрозливого для життя захворювання. ... Ця мета досягається шляхом попередження і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці і купіруванню болю та інших обтяжливих фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки». Саме в ньому інституалізується ПД через специфічну норму соціальних стосунків, як певний соціальний інститут зі встановленими правилами та регламентами, що стосуються взаємодії пацієнта та всіх учасників надання ПД. Очевидно, що окрім першочергової фізіологічної потреби хворого у знеболенні, його страждання містять складові нефізичного ґатунку, які передбачено угамувати підтримкою, відповідно, у соціо-, психо- та духовній сферах життєдіяльності. Більше того, Європейська асоціація паліативної допомоги (ЕАПД) наполягає на тому, що психологічні проблеми, пов'язані з втратою й горем, розвиваються поступово та паралельно до загрозливих життю захворювань [10].

Розглянемо, власне, можливу проекцію потенційних страждань пацієнта та його родини на психологічну сферу буття та відповідну структуру цілей психологічної підтримки.

Відомо, що базовими мішенями ПД у випадку невиліковної хвороби є сукупність проблемних питань та симптомів біопсихосоціальної етіології [3]:

– основні соматичні симптоми та їхній внесок у загальну скруту пацієнта, зокрема у випадку онкологічної нозології [6]: анорексія (30–92%), біль

(35–96%), астения (32–90%), діспное (10–70%), маячні розлади (6–93%), депресія (3–77%);

– психологічні проблеми через екзистенційний вакуум, інтер- та інтраперсональні ускладнення, неврегульованість питань внутрішньосімейної взаємодії примирення, токсичного рівня почуття сорому та відчаю, тривога та депресія, переживання родинною втрати у період до та після смерті пацієнта тощо [6];

– соціальні ускладнення через втрату соціального статусу та фінансову скруту, невпорядкованість юридичних аспектів життя, зокрема впорядкування фінансового та майнового спадку, питання етичності та законності юридичного вибору, невирішеність питань надання соціальної допомоги (економічних та медичних пільг) тощо [2];

– трансцендентні проблеми через страх смерті та есхатологічну невизначеність, усвідомлення власної гріховності, екзистенційну провину та моральний борг перед іще живими та вже померлими тощо [4,5,6,14].

Численними рандомізованими дослідженнями останнього десятиліття підтверджується пріоритетність фокусу ПД на психологічних аспектах, зокрема, D.K. Heyland з колегами, досліджуючи зворотний зв'язок від пацієнтів та їхніх родин у період end-of-life, акцентують на необхідності покращення психологічної та духовної підтримки, кращого планування догляду та поліпшення взаємозв'язків з лікарями, особливо в аспектах, пов'язаних з комунікацією та прийняттям рішень [8].

P.A. Singer називає п'ять чинників якості ПД, що визначили хворі та їхні родини у зворотному зв'язку рандомізованого дослідження. Зокрема серед звичайних чинників – отримання адекватного знеболення та симптоматичного лікування, – пацієнти акцентували біоетичні та комунікативні аспекти психологічного комфорту end-of-life: уникнення небажаного продовження терміну лікування (суб'єктивно необґрунтованого з точки зору пацієнта відтермінування смерті, що, по суті, обертається для нього невиправданим фізичним та психічним болем), досягнення відчуття контролю, зменшення напруження та зміцнення взаємин з близькими [12]. E.V. Clarke [11], досліджуючи модифікованим Delphi-підходом індикатори якості опіки, інтервенцій та поведінки персоналу, виокремлює сім релевантних чинників:

1) можливість прийняття рішень родинною та пацієнтом, враховуючи можливі конфлікти, що супроводжують цей процес;

2) зв'язок МДК з пацієнтом та його сім'єю: для визначення та узгодження цілей ПД між пацієнтом, родинною та МДК; врегулювання конфліктів всередині МДК, проведення консиліумів тощо;

впровадження адаптивних стратегій комунікації, повідомлення bad news (поганих новин); залучення духовних та культурних консультантів для підвищення рівня адаптації пацієнта до end-of-life issue; підготовка пацієнта та його родини до кульмінації процесу вмирання тощо;

3) безперервність ПД: згладжування комунікативного процесу поміж певними етапами ПД (симптоматичне лікування, смерть пацієнта, 12–48-годинний час очікування передачі його тіла, формування команди для підтримки родини на час скорботи);

4) емоційна і практична підтримка для пацієнтів/сімей (забезпечення родини хворого емоційною підтримкою, друкованими та допоміжними матеріалами тощо),

5) можливість для пацієнта та його родини управління доглядом та якістю комфорту: квантифікація стану пацієнта, обговорення та упередження можливих інтервенцій МДК, облік та моніторинг потреб пацієнта та його родини; використання кращих практик для управління симптомами; уникнення зайвих та надмірних інтервенцій, мінімізація зайвої стимуляції пацієнта; психоедукація родини та персоналу МДК;

6) духовна підтримка для пацієнтів/сімей: оцінка потреби у духовній підтримці для пацієнта та його родини; активне залучення священнослужителів; налагодження комунікації з релігійною громадою; фасілітація відповідних духовних практик тощо;

7) емоційна та організаційна підтримка інтенсивних заходів опіки МДК, яка передбачає профілактику емоційного вигорання персоналу МДК, запровадження екологічної комунікації та ефективного менеджменту персоналу.

Ці чинники можна умовно розподілити на категорії – конфліктологічна, біоетична, комунікативна (посередницька) та емоційна, які сукупно описують психологічну проблематику періоду end-of-life. Контент-аналіз семантичного та асоціативного полів висвітленої проблематики дозволяє виокремити декілька основних цілей (мішеней) психологічного компоненту ПД. По-перше, це насичена протиріччями та протилежними інтенціями конфліктогенна площина, де стикаються та постійно протистоять різноманітні цілі (установки) та потреби різновекторного спрямування: пацієнт – МДК, пацієнт – родина, родина – соціум (конвенціональні норми соціума), МДК – професійні стандарти та корпоративні норми. По-друге, це комунікативна площина, де необхідно підтримувати комунікацію між суб'єктами взаємодії під час надання ПД, попри постійний ризик зриву контакту. Очевидно, що суб'єкти даної «паліативної

комунікації» неодмінно стикатимуться із подібним ризиком, оскільки кожен з них час від часу потрапляє в особисту екзистенційну кризу, яка, у свою чергу, є наслідком можливої (неминучої) смерті, потенційної втрати, «токсичної» комунікації та робочого стресу, відповідно, для пацієнта, його родини та фахівців МДК, усвідомленням кінцевих даностей буття (за І. Яломом). По-третє, це потужне моральне напруження через перманентну необхідність для всіх учасників надання ПД приймати етичні рішення, що викликає токсичного рівня емоційний (психічний) стрес. По-четверте, це площина емоцій, яка відтворює трагічну динаміку вмирання, проблеми регуляції власного емоційного стану, синдром емоційного вигорання в родині, психопатологічну симптоматику тощо. По-п'яте, це організаційна площина ПД, де також присутня негативна симптоматика різноманітної етіології: синдром *staff burn-out*, проблеми командоутворення та комунікації між персоналом МДК, фахової підготовки персоналу тощо.

R.A. Mularsk [9], досліджуючи можливості дефініції та кваліметрії *якості надання ПД*, стверджує, що існує декілька її кількісних рівнів, які відповідають хронології прикінцевого періоду життя пацієнта: *intensive care – critical care – terminal care – dying* (тобто інтенсивна, критична та термінальна опіка, що передують моменту смерті). Якість комплексної паліативної послуги, відтак, мусить відбивати інтенсивність процесу вмирання. Ріст фізичних та психологічних страждань пацієнта/родини досягає у цей період максимуму та вимагає корекції якості та обсягу ПД, а також конкретизує можливий характер інтервенцій її психологічної складової. Автор доречно використовує відоме поняття «спокійна та легка смерть» (*easy death*), що фактично віддзеркалює квінтесенцію постулату ПД про «якість життя» для вмираючого. Досягнути подібної якості життя хворого, враховуючи психологічний аспект її переживань, необхідно попри ускладнення умов надання ПД.

Розглядаючи динаміку інтенсивності життєвої кризи хворого, доцільно співвіднести її з відповідними особистісними особливостями хворого, які уможливають його спокійний та легкий відхід з життя. ЄАПД, визначаючи важливість психічного стану пацієнта, наголошує на *концепції стійкості*, яка передбачає зміну парадигми взаємодії усіх учасників надання паліативної допомоги з пацієнтом [10]. Установка людини на неприємностях, втратах, зокрема зосередженість на обтяжливих симптомах, ризиках, проблемах і ущербності, має бути змінена установкою на стійкість, орієнтовану

на наявні ресурси хворого та його родини. Під стійкістю ЄАПД розуміє здатність пацієнта жити з невиліковним захворюванням і долати обумовлені хворобою проблеми, психологічно приймати необхідність зміни планів на майбутнє, зумовлених завчасним відходом з життя, наголошує ЄАПД, чим, власне, становить дану особистісну властивість паліативного пацієнта у фокусі основного завдання ПД – забезпечення якості життя та досягнення гідної смерті (*dignified death*). З огляду на потенційну користь даного особистісного ресурсу пацієнта, очевидно, що подібні зміни у структурі його особистості набувають критичної ваги у загальній проблематиці ПД та змушують привернути до себе особливу увагу всіх учасників надання ПД, особливо у її психологічному компоненті.

Висновки

Узагальнюючи вищенаведений огляд фахової літератури та контент-аналіз поняття «психологічний компонент ПД», можна зробити наступні висновки щодо його структури. Остання, відбиваючи складові та зв'язки поміж ними, передбачає трьохвимірну локацію: пацієнт – його родина – МДК. Очевидно, що подібна локація психологічного компоненту ПД визначається концептуальними засадами мультидисциплінарного підходу в сукупності із холистичним поглядом на процес надання ПД та пацієнт-центрованою концепцією взаємодії усіх учасників цього процесу. За цією локацією розташовані всі без винятку **структурні елементи психологічного компоненту ПД**, та, відповідно, його цілі, позначені відповідною властивістю:

- 1) врегулювання конфліктів (*посередництво*);
- 2) встановлення та підтримка ефективної комунікації, яка орієнтує взаємодію всіх учасників надання ПД з пацієнтом у напрямку зростання його стійкості (*комунікативність*);
- 3) вирішення етичних дилем під час надання ПД (*етичність*);
- 4) ефективна регуляція емоційних станів (*адаптивність*).

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку ми вбачаємо у експериментальному підтвердженні даної структури, а також у вивченні відповідних до визначених елементів психологічного компоненту ПД ресурсів, релевантних психологічних інтервенцій та моделей взаємодії, що спираються на сучасні методи комунікації та посередництва (медіації) за векторами: «пацієнт-родина», «пацієнт-МДК», «родина-МДК», а також «пацієнт/родина-соціум».

Література

1. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні : аналітична доповідь / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.]. – Харків : Права людини, 2009. – 268 с.
2. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині [Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти] / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – Київ : Здоров'я, 2011. – 352 с.
3. Інформаційно-аналітичні матеріали щодо стану функціонування паліативної та хоспісної допомоги. – Луганськ : Вид-во ДУ НДІ СТВ, 2013. – 63 с.
4. Рекомендації експертного комітета Совета Европы по организации паллиативного ухода (приняты Кабинетом Министров СЕ 12 ноября 2003 г. на 860-й встрече Представителей Министров) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.eapceast.org>. – Название с экрана.
5. Сердюк А. М. Наукове забезпечення розвитку системи паліативної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / А. М. Сердюк // Матеріали 1-го Національного Конгресу із паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вер. 2012 р. – Режим доступу : <http://www.amnu.gov.ua/index.php?p=articles&area=1&action=displayarticle&id=39&name=aukove-zabezpechennya-rozvitku-sistemi-pal-ativno-do-pomogi-v-kra-n>
6. Bruera E. Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer [Establishing Goals and Models of Care] / E. Bruera, D. Hui // Journal of clinical oncology. – 2010. – Vol. 28, № 25. – P. 4013–4017.
7. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (National Consensus Project for Quality Palliative Care) [Electronic resource] / NCP One Penn Center West, Pittsburgh, PA 15276-0100. – 3-d edition – Assess mode : <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
8. Defining priorities for improving end-of-life care in Canada [Electronic resource] / Heyland D. K., Cook D. J., Rocker G. M. [et al.]; Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET) // CMAJ. – 2010. – Vol. 182 (16). – Assess mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921249>. – E747-52. doi: 10.1503/cmaj.100131. Epub 2010, Oct 4.
9. Mularsk R. A. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit [Electronic resource] / R. A. Mularsk // Crit Care Med, 2006. – Vol. 34, № 11. – Assess mode : http://www.casadocuidar.org.br/site/pdfs/modulo4/modulo4_critical_care/Suppl10.pdf
10. Radbruch L. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1 / L. Radbruch, S. Payne // European Journal of Palliative Care. – 2009. – Vol. 16 (6) – P. 278–289.
11. Seven End-of-Life Care Domains [Electronic resource] / E. B. Clarke, J. R. Curtis, J. M. Luce [et al.]; Associated Quality Indicators and Related Clinician and Organizational Interventions/Behaviors // Critical Care Medicine. – 2003, in press. – Assess mode : <http://www.aacn.org/WD/Palliative/Content/eolcare-sevenendoflifecare.content?menu=Practice>
12. Singer P. A. Quality End-of-Life Care: Patients' Perspectives [Electronic resource] / P. A. Singer, D. K. Martin, M. Kelner // JAMA. – 1999. – Vol. 281(2). – P. 163–168. – Assess mode : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.9782&rep=rep1&type=pdf>. – doi:10.1001/jama. 281.2.163.
13. Stjernswärd J. The public health strategy for palliative care / J. Stjernswärd, K. M. Foley, F. D. Ferris // Journal of Pain and Symptom Management. – 2007. – Vol. 33. – P. 486–493.
14. World Health Organization. WHO definition of palliative care, 2005 [Electronic resource]. – Assess mode : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed January 12, 2006.

Структура и особенности психологического компонента паллиативной помощи

Ю.П. Жогно

Южноукраинский национальный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, г. Одесса, Украина

Паллиативная помощь (ПП) больным с ограниченным прогнозом жизни, среди прочих, включает психологическое сопровождение. Ее инициализация предполагает точную диагностику психического статуса пациента, который может измениться еще до постановки диагноза ограниченного прогноза жизни. На протяжении всего периода оказания ПП психологическое сопровождение является ее облигатным компонентом и включает несколько тематических разделов – целей, достигая которые мультидисциплинарная команда может обеспечить необходимый объем и качество предоставляемых услуг. Предложен обзор профессиональной литературы и контент-анализ понятия «психологический компонент паллиативной помощи». В основу исследования положены мультидисциплинарный и холистический подходы, а также пациент-центрированная концепция оказания ПП. Определяя пациент-ориентированный подход как базовый в оказании ПП, была задействована концепция устойчивости, которая признана ЕАПД и предусматривает коренное изменение парадигмы взаимодействия всех участников оказания ПП с пациентом.

Под устойчивостью подразумевается способность пациента жить с неизлечимым заболеванием и преодолевать обусловленные болезнью проблемы, психологически принимать необходимость изменения планов на будущее, что связано с преждевременным уходом из жизни. Учитывая потенциальную пользу данного личностного ресурса пациента, очевидно, что подобные изменения в структуре его личности приобретают критическую массу в общей проблематике ПД и заставляют обратить особое внимание всех участников оказания ПД, особенно в ее психологическом компоненте. В ходе исследования структуры психологического компонента ПД выделены четыре основных ее элемента, выраженные в виде требуемых характеристик – его целей: посредничество, коммуникативность, этичность, адаптивность.

Ключевые слова: паллиативная помощь, мультидисциплинарный подход, больной с ограниченным прогнозом жизни, end-of-life issues, психологическое сопровождение, dignified death.

The structure and characteristics of the psychological component of palliative care

I.P. Zhogno

PNPU after the name of K.D.Ushinsky, Odesa city

Palliative care for patients with limited life prognosis, among others, includes psychological support. Its initialization involves accurate diagnosis of mental status of the patient, which may change before diagnosis limited life prognosis. Throughout the period of palliative care for psychological support is an obligate component of palliative care and includes several thematic sections - the purpose of achieving multidisciplinary team that can provide the necessary volume and quality of services. In our study, we used a review of the professional literature and content analysis of the concept of "psychological component of palliative care." The basis of the study, we used a multi-disciplinary and holistic approach, as well as the patient-centered concept of palliative care. Determining a patient-centered approach as a base to provide palliative care, we used the concept of sustainability, which is recognized as EAPD and provides a radical change in the paradigm of the interaction of all participants in palliative care with the patient. By stability, we mean the ability of the patient to live with an incurable disease and to overcome problems caused by disease, psychologically accept the need to change the plans for the future, due to premature departure from life. Given the potential benefits of the personal life of the patient, it is clear that such changes in the structure of his personality acquire a critical mass in the general problems of palliative care and forced to pay special attention to all the participants of palliative care, especially in its psychological component. In the course of our research structure psihologicheskogo component of palliative care, we identified four main elements, expressed in the form of the required characteristics - its objectives, namely: mediation, communication, ethics, adaptability.

Key words: palliative care, multidisciplinary approach, a patient with a limited life prognosis, end-of-life issues, psychological support, dignified death.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА:

Жогно Юрій Петрович – к.психол.н., доц. каф. сімейної та спеціальної педагогіки і психології Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського. Адреса: м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26; тел. +38048-731-62-91.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

В США найден новый метод диагностики инсультов

Как сообщают специалисты из США, они смогли разработать уникальный тест, позволяющий примерно за десять минут установить, подвержен ли человек развитию инсульта или нет.

В том случае, если кто-либо пожалуется на плохое самочувствие и к нему приедет скорая помощь, врачи смогут достаточно быстро провести данный тест, если увидят у пациента какие-либо симптомы состояния, предшествующего инсульту. Для этого понадобится лишь несколько капель крови.

Благодаря данному анализу можно существенно сэкономить время, необходимое для определения заболевания и перехода к лечению. Можно не сомневаться, что разработка позволит спасти немало жизней. Но нужно сказать, что над созданием такого теста трудились многие ученые, но результаты их тестов нужно было дожидаться до нескольких часов. Именно из-за данной особенности они были малоэффективными.

Как говорят врачи, очень важно своевременно установить диагноз, ведь лишь тогда больному можно дать лекарство. Нельзя доходить до этапа, на котором будет очень непросто победить болезнь. Специалисты считают, что прогноз теста будет достаточно точным, ведь лекарства от инсульта способны не только спасти жизнь, но и навредить человеческому организму.

Источник: med-expert.com.ua

Деякі міжнародні нормативно-правові акти щодо забезпечення реалізації соціальної політики та соціальної роботи у сфері паліативної та хоспісної допомоги

*Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
Благодійна організація «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги»*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):49-53; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.49

Розглянуто основні принципи паліативної допомоги. Проаналізовано міжнародні нормативно-правові документи, розроблені та опубліковані у 2013–2014 рр. (Організації об'єднаних націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Європейської Асоціації паліативної допомоги), у яких висвітлено різні аспекти політики стосовно невиліковно хворих.

Наявність кризових явищ у суспільно-політичному житті України може актуалізувати та прискорити організаційно-політичні та нормативно-правові зміни щодо паліативних хворих. Велика роль у цих суспільно-політичних змінах має належати структурам громадянського суспільства. Наведені документи мають стати базовими для нашої держави, адже вони враховують кризові явища, що особливим чином торкнулися країн, які розвиваються.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, структури громадянського суспільства, неурядові організації, права пацієнта, права людини, евтаназія, глобальна соціальна політика, гуманізація охорони здоров'я.

Вступ

Відповідно до міжнародних стандартів, соціальна політика щодо невиліковно хворих передбачає забезпечення цій категорії людей, а також членам їхніх родин, максимально можливої якості життя, що актуалізується в останній період життя таких хворих.

Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведенню адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки [4].

Діяльність інститутів громадянського суспільства та державних інституцій в останнє десятиріччя у напрямку розвитку цього виду допомоги, а

також суспільно-політичні зміни та виклики, пов'язані з фінансово-економічною кризою, актуалізували питання соціальної політики щодо невиліковно хворих. Ці питання привертають увагу державних діячів, представників третього сектору, науковців. Проблематика нормативно-правового підґрунтя цієї політики – одна з ключових для вивчення, адже дозволяє використати міжнародні підходи та забезпечити вищі стандарти якості життя громадян у нашій країні.

За оцінками експертів, в Україні щороку паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) потребують не менше 600 000 пацієнтів та 1,5 млн членів їхніх родин, і лише менше 5% пацієнтів мають змогу одержати кваліфіковану стаціонарну паліативну та хоспісну допомогу в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної допомоги [1]. З іншого боку, усе більшого значення набуває діяльність інститутів громадянського суспільства, які звертають увагу суспільства та держави на цю проблему.

Попередні дослідження стосувалися вивчення нормативно-правових передумов гуманізації соціальної політики стосовно невиліковно хворих, причому особлива увага була приділена медико-правовим аспектам, а також деяким доктринальним і нормативно-правовим документам православних і католицьких церков другої половини ХХ – початку ХХІ ст. (О.М. Бабійчук, О.О. Вольф, І.Я. Сенюта та ін.).

Мета роботи: аналіз найважливіших міжнародних нормативно-правових документів, розроблених у 2013–2014 рр., які визначають основні засади політики стосовно невиліковно хворих.

Матеріали і методи

Під час проведення дослідження були проаналізовані нормативно-правова база, дані статистики, міжнародний досвід, сучасна наукова література.

Результати

Базові права та свободи людини у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо паліативної допомоги, закріплено у таких найважливіших документах:

- Загальна декларація прав людини, прийнята Організацією Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року (ст. 25);
- Європейська конвенція про захист прав людини та основних свобод (1950 р.);
- Лісабонська декларація прав пацієнта, Познанська Декларація про розвиток паліативної допомоги у Східній Європі (1998 р.);
- Резолюція Парламентської асамблеї Ради Європи «Про права хворих і помираючих людей» (1999 р.);
- Паризька хартія по боротьбі з раком (2000 р.);
- Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи державам-учасникам по організації паліативної допомоги (2003 р.);
- Резолюція Парламентської Асамблеї Ради Європи: «Palliative care: a model for innovative health and social policies» (2008 р.) [2].

У 2013–2014 рр. були прийняті документи, що мають найбільше значення для нашої держави:

- Резолюція Ради ООН з прав людини А/ HRC/ 23/ про доступ до основних лікарських засобів у контексті права досягати найвищого можливого стандарту фізичного та душевного здоров'я (2013 р.) [5];
- «Біла книга: що таке оптимальна паліативна допомога людям похилого віку з деменцією. Результати Дельфі-опитування та рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги» (2013 р.) [6];

- Резолюція 135-ї сесії Виконавчої Ради Всесвітньої Асамблеї Здоров'я ВООЗ (WHA; World Health Assembly Resolution) «Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими», що відбулася за участі делегації Міністерства охорони здоров'я України (2014 р.) [8];

- «Отримання паліативної допомоги – право людини» (так звана «Празька хартія» – резолюція 14-го Конгресу Європейської асоціації паліативної та хоспісної допомоги) (2014 р.) [6];

- Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги з розробки освітніх програм з паліативної медицини в європейських медичних вищих навчальних закладах (2014 р.) [6];

- Європейська Декларація з паліативної допомоги (2014 р.) [7].

У Резолюції Ради ООН з прав людини йдеться про те, що доступ до ліків є одним із фундаментальних елементів поступового досягнення повного забезпечення права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Виходячи з цього, Резолюція закликає державні та недержавні структури до більшої співпраці, особливо заради кращого доступу до медичних препаратів у країнах, що розвиваються. Документ закликає неурядові організації та інших стейкхолдерів до підтримки новаторських досліджень і розвитку для задоволення потреб охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, включаючи доступ до якісних, безпечних, ефективних та доступних лікарських засобів. Особливу увагу необхідно звернути на захворювання, які здійснюють значний вплив на країни, що розвиваються, а також проблеми, що виникають із зростаючим тягарем неінфекційних захворювань. Для нашої держави цей документ є важливим з огляду на те, що основним бар'єром гуманізації допомоги невиліковно хворим є брак доступних лікарських засобів, які зменшують фізичний біль («знеболювальні»). Незважаючи на їх низьку вартість і простоту застосування, громадяни України мають обмежений доступ до них. Структури громадянського суспільства в Україні провадять суспільно-політичну діяльність щодо вирішення цієї проблеми: здійснюють вплив на зміну нормативно-правової бази, підкреслюють, що існування цієї проблеми суперечить сучасним міжнародним нормам і стандартам, організовують пропагандистські акції тощо. Це актуалізує проблему належного ставлення та збереження гідності громадянина, відповідно до Конституції України (ст. 28) [3]. Питання доступу до основних лікарських засобів виходить за суто медичні межі і стає важливим питанням соціальної політики.

«Біла книга» вперше визначає паліативну допомогу при деменції. Документ приділяє досить значну увагу, між іншим, духовній підтримці хворих з деменцією. Відповідний розділ зазначає, що «релігійні обряди і ритуали, спів і богослужіння можуть допомогти пацієнтові, оскільки вони знаходять відгук навіть при важкій формі деменції». У «Білій книзі» йдеться про те, що більшість форм деменції, зокрема хвороба Альцгеймера, неминуче прогресують, скорочують тривалість життя і, зрештою, приводять до смерті, навіть якщо пацієнти залишаються в живих довгі роки. Сприйняття деменції як смертельного захворювання пов'язано з тим, що пацієнт з деменцією, вмираючи, йде з життя в більш спокійному стані. Висловлюється думка, що саме перейменування медичної допомоги при деменції в паліативну допомогу може привести до поліпшення якості медичної допомоги.

У Резолюції 135-ї сесії Виконавчої Ради Всесвітньої Асамблеї Здоров'я ВООЗ, між іншим, зазначено, що «етична відповідальність за надання паліативної допомоги покладена на систему охорони здоров'я і що етичним обов'язком медичних працівників є полегшення болю та страждання пацієнтів, незалежно від того, чи є цей біль фізичного, психологічного, емоціонального або духовного характеру, та чи піддається лікуванню дане захворювання або стан, і що догляд за пацієнтами наприкінці їх життя є одним з найважливіших компонентів паліативної допомоги; існує необхідність адекватних механізмів фінансування програм паліативної допомоги, у тому числі закупівель ліків та виробів медичного призначення, особливо в країнах, що розвиваються». Резолюція закликає розробляти, зміцнювати та впроваджувати, за необхідності, політику з організації та надання паліативної допомоги, як комплексної частини систем охорони здоров'я, для інтеграції науково обґрунтованих, економічно ефективних та неупереджених послуг з паліативної допомоги в систему охорони здоров'я на всіх рівнях, з акцентом на первинній медичній допомозі, догляді вдома та із залученням громади, та загальнодоступному медичному забезпеченні; забезпечити відповідне фінансування та забезпечення персоналом для впровадження ініціатив з паліативної допомоги, у тому числі розробки та реалізації політики паліативної допомоги, освіти та професійної підготовки, а також ініціатив з покращення якості, доступності та належного використання життєво необхідних лікарських засобів, у тому числі контрольованих лікарських засобів; забезпечити базову підтримку, у тому числі шляхом міжсекторального партнерства, для сімей, добровольців зі спільноти та інших осіб, які здійснюють догляд, під наглядом

кваліфікованих фахівців; включити питання паліативної допомоги до програм освіти та професійної підготовки медичних працівників та надавачів послуг, відповідно до їх ролей та обов'язків, як невід'ємної частини цих програм».

Отже, у документі визначено, що допомога невиліковно хворим має бути невід'ємною складовою системи охорони здоров'я. Підкреслено необхідність фінансування цієї галузі. Механізми фінансування цієї допомоги в країнах, що розвиваються, мають свою специфіку, яка полягає в розвитку економічних, маловитратних форм допомоги, де має місце співпраця державних і недержавних інституцій. Особливо важливим для нашої держави є положення про спеціальну фахову підготовку надавачів послуг. У 2009–2013 рр. за участі структур громадянського суспільства було створено кафедру паліативної та хоспісної медицини у складі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Державне підприємство «Інститут паліативної та хоспісної медицини Міністерства охорони здоров'я України», Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Саме ці структури, а також організації третього сектору, мають провадити таку спеціальну підготовку надавачів послуг.

«Празька хартія», визнаючи, що створення служб паліативної допомоги в країнах, що розвиваються, має відчутні результати, закликає уряди країн: «Розробити всебічну політику, яка забезпечить інтеграцію паліативної допомоги в систему охорони здоров'я поряд з іншими формами медичних послуг; забезпечити юридично можливість родичам пацієнтів отримувати підтримку під час лікування і після смерті близької людини; зробити необхідні зміни в програмах навчання медичних працівників (лікарів, середніх медичних працівників, фармацевтів, психологів тощо) на університетському рівні, щоб гарантувати, що всі медичні працівники можуть отримати базові знання з паліативної допомоги та здатні надавати таку допомогу пацієнтам, незалежно від того, в якому закладі охорони здоров'я вони працюють; підтримувати розробку та впровадження спеціалізованих освітніх програм з паліативної допомоги для підвищення кваліфікації лікарів і діючих фахівців паліативної допомоги, щоб у складних випадках пацієнти могли отримати належну допомогу; забезпечити доступність навчання для медичних працівників на курсах підвищення кваліфікації з питань паліативної допомоги; забезпечити інтеграцію паліативної допомоги в системи охорони здоров'я на всіх рівнях тощо». Отже, цей документ також

підкреслює важливість фахової підготовки, особливо медичних працівників, у цій галузі. У ньому йдеться про те, що всі медичні працівники мають бути обізнаними з основними засадами допомоги невиліковно хворим.

Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги з розробки навчальних програм у вищих медичних навчальних закладах наводять 10 основних компетенцій, необхідних для надання паліативної допомоги. Серед них – вміння надавати психологічну підтримку, забезпечувати соціальні потреби, розвивати навички міжособистісного спілкування тощо. За суспільно-політичних умов, які склалися в 2014–2015 рр. у результаті «Революції гідності», трансформація та осучаснення освіти, впровадження нових напрямків підготовки стають важливими викликами для державних і недержавних організацій.

Європейська декларація з паліативної допомоги закликає уряди держав включити паліативну допомогу в програми розвитку охорони здоров'я, причому мають існувати чіткі критерії якості, якими можуть користуватися самі невиліковно хворі та їхні рідні та близькі. Допомога таким громадянам має бути комплексною та мультидисциплінарною. Як і вищезазначені документи, Декларація закликає до обов'язкового включення паліативної допомоги у навчальні програми як елементу фахової підготовки, особливо медичних працівників. Паліативна допомога має стати спеціальністю.

Виконання вищезгаданих рекомендацій і резолюцій можливе у державах, які прагнуть забезпечити високі стандарти соціальної політики. Звичайно, країни, що розвиваються, серед яких і наша держава, зіткнуться із багатьма труднощами – організаційно-правовими, організаційно-політичними, світоглядними. Так, зокрема, складним може бути питання впровадження тематики щодо паліативної та хоспісної допомоги в навчальні курси медичних працівників у часи, коли йдеться про докорінну зміну підходів до додипломної та післядипломної освіти. Разом з тим, можемо зазначити, що у всіх аналізованих документах йдеться про особливу роль неурядових організацій, які тим самим визнаються стейкхолдером соціальної полі-

тики. Для України, у якій на хвилі «Революції гідності» відбулося піднесення структур громадянського суспільства, це важливо та актуально. Виконання положень аналізованих документів залежить від того, чи держава визнає такі організації рівноправним партнером і делегує їм частину своїх повноважень.

Особлива увага до ролі структур громадянського суспільства є характерною рисою документів, які були розроблені та опубліковані в 2013–2014 рр. Нормативно-правові акти, створені в інші періоди, містять менше алюзій до третього сектору.

Висновки

Таким чином, основними положеннями міжнародних нормативно-правових документів, розроблених у 2013–2014 рр., є підкреслення необхідності:

- включення паліативної та хоспісної допомоги в систему соціальної політики держави;
- забезпечення відповідними ліками тяжкохворих громадян;
- забезпечення програм навчання медичних та інших працівників;
- забезпечення комплексного догляду для досягнення максимального комфорту пацієнта.

Велику роль у виконанні вищеперерахованого можуть відігравати інститути громадянського суспільства.

В Україні виникла гостра суспільно-політична та фінансово-економічна криза, однією з ознак якої стала «Революція гідності». Наявність кризи може актуалізувати та прискорити організаційно-політичні та нормативно-правові зміни щодо такої групи людей, якими є невиліковно хворі. Велика роль у цих суспільно-політичних змінах має належати структурам громадянського суспільства. Міжнародні нормативно-правові документи щодо різних аспектів політики стосовно невиліковно хворих, які були розроблені та опубліковані в 2013–2014 рр., мають стати базовими для нашої держави, адже вони враховують кризові явища, що особливим чином торкнулися країн, які розвиваються, у тому числі і нашу державу.

Література

1. Tsarenko A. W., Gubski Y. I. (2013), *Organizaciya mizwidomchoj spiwpraci simejnyh likariw pry nadanni ambulatornoj paliatywnoj dopomogy pacientam pohylogo wiku [Organization of inter-agency cooperation of family doctors in outpatient palliative care for older patients]*, Kyiv, *All-Ukrainian scientific and practical journal «Family medicine»*, Vol. 1. – pp. 14-17.
2. Wolf O.O., Gubski Y.I. (2013), *“Normatywno-prawowa osnowa realizacji socialnoi polityky tschodo tyazkohworych (newylikownych) w Ukraini [Legislation for the realization of social policy towards incurably ill in Ukraine]*, *Proceedings of the 2nd All-Ukrainian conference on social policy towards incurably ill*, pp. 8-13.

3. *Konstytuciya Ukrainy [Constitution of Ukraine], (1996), Parliament of Ukraine website, available at: www.rada.gov.ua (accessed 13 January 2015).*
4. *Definition of palliative care (2006), World Health Organization corporate website, available at: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (accessed 18 January 2015).*
5. *United Nations Human rights office of the High commissioner for human rights Documents (2013), UN office of the High commissioner for human rights corporate website: available at: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G13/147/15/PDF/G1314715.pdf?OpenElement (accessed 12 February 2015).*
6. *European Association of palliative care Documents (2013), EAPC corporate website, available at www.eapcnet.eu (accessed 12 February 2015).*
7. *European Declaration of palliative care (2014), available at http://palliativecare2020.eu/declaration/ (accessed 13 February 2015).*
8. *World Health Assembly Resolution (2014), available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (accessed 16 February 2015).*

Некоторые международные нормативно-правовые акты по обеспечению реализации социальной политики и социальной работы в сфере паллиативной и хосписной помощи

А.А. Вольф

*Национальная академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Благотворительная организация «Ассоциация паллиативной и хосписной помощи»*

Рассмотрены основные принципы паллиативной помощи. Проанализированы международные нормативно-правовые документы, разработанные и опубликованные в 2013–2014 гг. (Организации объединенных наций, Всемирной организации здравоохранения, Европейской Ассоциации паллиативной помощи), в которых освещены разные аспекты политики относительно неизлечимо больных.

Наличие кризисных явлений в общественно-политической жизни Украины может актуализировать и ускорить организационно-политические и нормативно-правовые изменения относительно паллиативных больных. Большая роль в этих общественно-политических изменениях должна принадлежать структурам гражданского общества. Приведенные документы должны стать базовыми для нашего государства, поскольку они учитывают кризисные явления, особо коснувшиеся стран, которые развиваются.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, структуры гражданского общества, неправительственные организации, права пациента, права человека, эвтаназия, глобальная социальная политика, гуманизация здравоохранения.

Some international legal acts to ensure the implementation of social policy and social work in palliative and hospice care

Wolf, Olexander

Charitable organization «Association of palliative and hospice care», head of the board

The aim of the article is to highlight the issue of legal grounds for humanization of social policy towards the terminally ill as the new area of social policy in Ukraine as well as the basic principles of palliative care. Its material being analyzed - the most important documents of international organizations (United Nations, World Health Organization, the European Association for Palliative Care), developed in 2013-2014, have been reviewed. As a conclusion and issues for discussion, it is noted that the existence of the crisis in social and political life of Ukraine can update and accelerate organizational, political and legal changes in relation to terminally ill citizens. The important role in these public and political changes should belong to structures of civil society. International legal documents on various aspects of policy concerning the terminally ill, which have been developed and published in 2013-2014, should become the basic for our country, too, because they take into account the crisis that particularly affects developing countries.

Key words: palliative and hospice care, civil society, NGOs, patients' rights, human rights, euthanasia, global social policy, humanization of health care.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Вольф Олександр Олександрович – к.політ.н., магістр соціальної роботи, голова правління БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги». Адреса: м. Київ, вул. Щусева, 24, оф.11; e-mail: info@palliativ.kiev.ua.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

Т. В. Семигіна

Соціальна робота у моделі паліативної допомоги: функції та виклики

Академія праці, соціальних відносин і туризму, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):54-58; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.54

Комплексний характер спеціалізованої паліативної допомоги забезпечується залученням соціальних працівників, які покликані не тільки оцінювати й вирішувати соціальні проблеми клієнта, але й допомагати йому долати страждання, працювати з родиною задля зменшення рівня відчуття втрати й вирішення соціально-психологічних та соціально-правових питань. Від соціальних працівників очікується проведення навчання, вплив на покращання практики та формування політики. В Україні побудова багатопрофільних команд стримується і недостатнім розвитком самої соціальної роботи, і традиціями системи охорони здоров'я, орієнтованої на медикалізований підхід, неготовністю лікарів до роботи у мультидисциплінарних командах.

Ключові слова: спеціалізована паліативна допомога; соціальна робота; функції соціальних працівників.

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я, подаючи визначення паліативної та хоспісної допомоги, наголошує на покращенні якості життя невиліковно хворих та їхніх рідних. Якість життя при цьому розуміється як суб'єктивне задоволення, яке переживає та виявляє людина з приводу власного життя [5]. Проте забезпечення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, а тим більше наприкінці життя, – непросте і суперечливе завдання, яке активно обговорюється у науковій літературі [2,4,6]. Наразі у різних моделях паліативної та хоспісної допомоги йдеться про надання різнопланової підтримки – медичної, психологічної, соціальної, духовної. Однак питання комплексності, інтегрованості такої пацієнт-орієнтованої підтримки залишаються актуальними як у закордонній, так і у вітчизняній науковій та практичній площині. До дискусійних моментів належать і питання ролі, функцій та компетенцій соціальних працівників у системі паліативної допомоги.

Мета

Ця публікація визначає складові паліативної допомоги, місце соціальної роботи у такій допомозі, а також характеризує ті виклики, які постали

у забезпеченні соціальної складової паліативної допомоги в Україні.

Матеріали і методи

Робота ґрунтується на огляді документів міжнародних організацій та аналізі результатів досліджень, проведених за кордоном та в нашій країні.

Результати

Аналіз документів та результатів досліджень доводить, що у практичному та науковому дискурсі сформувались різні бачення ролі соціальних працівників у системі паліативної допомоги та очікування від їх діяльності.

Насамперед зауважимо, що Міжнародна асоціація паліативної та хоспісної допомоги визнає такі рівні паліативної допомоги, як: 1) базова допомога, яку надають лікар загальної практики та медична сестра (у співпраці з онкологами та іншими медичними працівниками); 2) спеціалізована паліативна допомога, за якої до команди долучаються ще фахівці із соціальної роботи, психології або психіатрії, дієтології, фізіотерапії, працетерапії, теології, фармакології [13]. Така допомога може надаватися як у стаціонарних закладах (не обов'язково суто медичних), так і в амбулаторних закладах,

денних центрах або ж вдома (у деяких випадках – із залученням волонтерів та громади, груп підтримки) [8,10,11]. До компонентів паліативної допомоги відносять різні форми медичного та немедичного догляду: загальний догляд за хворим; симптоматичне лікування; реабілітація, спрямована на підтримку, наскільки це можливо, доброго фізичного, психологічного та соціального стану; психотерапія; соціальна та психологічна підтримка сім'ї на час хвороби одного з її членів та у період втрати. Окремо виділяють навчання (клієнта, його сім'ї, медичних та соціальних працівників, волонтерів) та дослідження, покликані надавати інформацію для покращання допомоги [5].

У вітчизняній літературі з медико-соціальної роботи [2,4] знаходимо досить вузьке розуміння ролі соціальних працівників у системі паліативної допомоги – сприяння вирішенню соціально-правових питань, пов'язаних з оформленням спадщини, вирішення побутових проблем тощо. Однак у міжнародній практиці перелік завдань та функцій соціальних працівників значно ширший.

На думку Е. Ахо, Т. Каупшіла та М. Хаанпаа [7], соціальні працівники можуть залучатися службами допомоги невиліковно хворим вдома задля забезпечення гуманнішого ставлення до потреб пацієнта, зменшення рівня депресії та суїцидальних намірів, які можуть виникати унаслідок вживання знеболювальних ліків. Крім того, науковці вважають, що соціальні працівники повинні здійснювати оцінку певних компонентів страждання та болю, не лише фізичного [17], визначати, якої саме допомоги потребує клієнт та члени його родини [10].

У закордонних дослідженнях наведено аргументи на користь різних підходів до організації соціальної роботи з особами, що перебувають у термінальних стадіях хвороби. Одні вчені дотримуються концепції «орієнтованої на людину» соціальної роботи (person-centered approach) [9], яка розглядає людину, котра потребує термінального догляду, як основного клієнта соціальної роботи і бере до уваги передусім його потреби та особливості. Інші науковці доводять ефективність «зосередженого на сім'ї» підходу (family-centered approach) [15], у межах якого значну увагу приділяють зміні родинних відносин і моделей сімейної поведінки, формуванню психотерапевтичних стосунків із родиною, соціально-психологічній адаптації до втрати, зокрема через проведення групової роботи (bereavement groups).

Широкого погляду на роль соціальної роботи в охороні здоров'я дотримується Т. Бамфорд. Він відзначає, що саме соціальні працівники надають мультидисциплінарній команді відчуття команд-

ності та усвідомлення соціальних факторів, які мають вплив на пацієнта. Такі працівники мають особливий вплив на формування мережі установ і організацій, які надають підтримку хворому, й на роботу з рідними хворого [9]. Стандарт Національної асоціації соціальних працівників США «Практика соціальної роботи у закладах охорони здоров'я» ґрунтується на холістичному баченні проблем пацієнтів медичних закладів та командній роботі соціальних працівників, лікарів та іншого персоналу [14]. Однак для розвитку мультидисциплінарного підходу в системі паліативної допомоги, як свідчить дослідження П. Фіндл [12], потрібне не тільки правове регулювання, але й таке навчання усього персоналу закладів охорони здоров'я та медико-соціальної допомоги, яке дасть змогу сформувати партнерські стосунки між представниками різних фахів і сприятиме впровадженню системних підходів до надання допомоги.

У 2002 р. провідні фахівці та науковці, які займаються питаннями соціальної роботи у системі паліативної допомоги, сформулювали детальний перелік знань, навичок та цінностей, які віддзеркалюють роль соціальної роботи у цій царині допомоги. У документі визначено інтервенції соціальної роботи, спрямовані на особу, сім'ю, групу, команду, громаду та організацію, які можуть бути використані в різних закладах, культурах та з різними групами населення. Ці інтервенції покликані забезпечити представництво інтересів, навчання, клінічну практику соціальної роботи, організацію спільноти, адміністрування програм, втілення політики та дослідження. Документ, який містить компетенції, призначений для керівництва підготовкою та атестації професійних соціальних працівників, щоб допомогти колегам у міждисциплінарній співпраці із соціальними працівниками, а також забезпечити основу для тестування індикаторів якості та «кращої практики» заходів соціальної роботи [16]. Такий підхід відбиває комплексний характер соціальної роботи і бере до уваги, що вона може здійснюватись у неоднакових умовах і мати різні завдання – від індивідуального соціального супроводу пацієнта медичного закладу до впливу на формування відповідної політики.

Таким чином, у закордонній практиці набув популярності доволі широкий погляд на роль та функції соціальної роботи у системі паліативної допомоги (узагальнено він представлений на рисунку). Соціальні працівники належать до команди фахівців, покликаної забезпечити паліативний догляд в умовах стаціонарних закладів або поза ними. Згідно із цим підходом соціальні працівники повинні мати належний рівень підготовки, компетенцій та повноважень, чітко усвідомлювати

парадигму, в межах якої вони здійснюють свої втручання. Увесь персонал – як соціальні працівники, так і лікарі різного профілю, молодший медичний персонал, психологи тощо – повинен бути навченим роботі у мультидисциплінарній команді й будувати свої професійні взаємовідносини на основі відповідних стандартів надання послуг. Фактично діяльність соціальних працівників може відбуватися на мікро- (рівні особистості, що потребує спеціалізованої медико-соціальної підтримки, та її найближчого оточення), мезо- (рівні закладу, організаційному рівні) та макрорівнях (рівні політики).

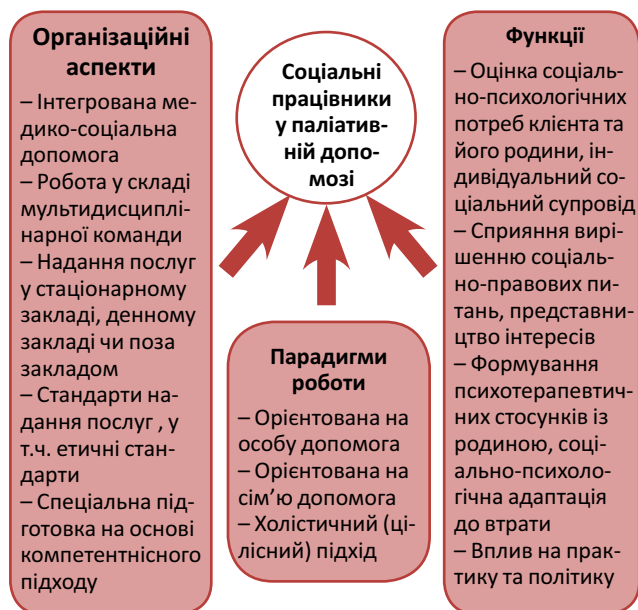


Рис. Модель соціальної роботи у системі паліативної допомоги

Аналіз вітчизняних публікацій [2,9,10] дає підстави для формулювання низки практичних питань, актуальних для ефективного впровадження в Україні дієвої системи паліативної та хоспісної допомоги, побудованої за міждисциплінарним принципом: 1) Чи готова до цього вітчизняна соціальна робота? 2) Чи готова до цього охорона здоров'я? 3) Чи готове до цього державне управління медико-соціальною сферою? 4) Чи готове до цього українське суспільство?

Наразі в Україні фахова підготовка соціальних працівників розпочалася лише у 1990-ті роки. В нашій країні й досі наявний брак взаємозв'язків між медичною та соціальною сферою (дається взнаки й відомче розмежування закладів охорони здоров'я та соціального обслуговування, що ускладнює формування цілісного комплексу необхідних медичних та соціальних заходів). Водночас

не здійснюється спеціалізована підготовка соціальних працівників до роботи в закладах охорони здоров'я й бракує відповідних посад у закладах охорони здоров'я чи навіть у деяких стаціонарних закладах системи соціального обслуговування, наприклад геріатричних пансіонатах.

З іншого боку, в українських закладах охорони здоров'я наявна невизначеність функцій соціальних працівників та кваліфікаційних вимог до них. Так, опитування головних лікарів хоспісів і завідувачів закладів паліативної допомоги (що знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України), проведене Асоціацією паліативної допомоги у 2010–2011 рр., засвідчило, що завдання соціальних працівників, які працюють у цих закладах, включають, передусім, соціально-побутову допомогу. Соціальні працівники хоспісів не беруть участі у засіданнях команди хоспісу і не є її членами [10].

Хоча в Україні також наявні окремі інноваційні практики взаємодії між соціальним сектором та охороною здоров'я (наприклад, у сфері ВІЛ/СНІДу), впроваджуються перспективні моделі паліативної допомоги (наприклад, догляд за пораненими під час воєнних дій), проте вони мають експериментальний характер і не лягли в основу відповідної державної політики. Така політика мала б врахувати міжнародний, зокрема європейський, досвід щодо активного залучення професійних соціальних працівників, які мають відповідну освіту, до закладів охорони здоров'я, створення стандартів діяльності таких працівників, та формування системи спеціалізованої (пере)підготовки спеціалістів із соціальної роботи для надання допомоги, насамперед у вузькопрофільних сферах, до якої належить і паліативна допомога, в якій наявна гостра потреба у немедичній підтримці пацієнтів та їхніх рідних.

Висновки

Міжнародні документи передбачають комплексний характер спеціалізованої паліативної допомоги, що, зокрема, забезпечується залученням до команди відповідних закладів соціальних працівників. Такі працівники покликані не тільки оцінювати й вирішувати соціальні проблеми клієнта (пацієнта), але й допомагати йому долати страждання, працювати з родиною задля зменшення рівня відчуття втрати й вирішення соціально-психологічних та соціально-правових питань. Від соціальних працівників також очікується проведення навчання, вплив на практику та формування політики. Все це потребує належної спеціалізованої підготовки, визначення рівня компетенцій та стандартів роботи.

В Україні побудова багатопрофільних команд стримується і недостатнім розвитком самої соціальної роботи, і традиціями системи охорони здоров'я, орієнтованими на медикалізований підхід та відмежованість від соціальної сфери, неготовністю

лікарів до роботи у мультидисциплінарних командах. Відтак подальшого дослідження потребують практичні аспекти впровадження в Україні інтегрованих медико-соціальних підходів, побудованих на холистичному баченні проблем здоров'я.

Література

1. Вольф О. О. Мультидисциплінарний підхід до комплексного забезпечення потреб хворих при наданні паліативної та хоспісної допомоги у контексті сімейної медицини [Електронний ресурс] / О. О. Вольф; Асоціація паліативної і хоспісної допомоги. – Режим доступу: <http://www.palliativ.kiev.ua/index.php?item=articles&id=4>
2. Жогно Ю. П. Організація служби паліативної допомоги на регіональному рівні / Ю. П. Жогно // *Практична психологія та соціальна робота*. – 2013. – № 12. – С. 32–35.
3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – Санкт-Петербург: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 315 с.
4. Організація та управління медико-соціальним забезпеченням невиліковно хворих у медичному закладі «Госпіс» / [укл. В. Рудень, Є. Москвяк]. – Київ, 2006. – 44 с.
5. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом / за ред. Т. Семігіної. – Київ: ВД «Києво-Могилянська академія», 2006. – 620 с.
6. Царенко А. В. Звіт за результатами дослідження щодо впровадження системи паліативної допомоги людям, що живуть із ВІЛ / А. В. Царенко та ін.; ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ». – Київ, 2010. – 117 с.
7. Aho H. Patients referred from multidisciplinary pain clinic / H. Aho, T. Kauppila, M. Haanpää // *Scandinavian Journal of Pain*. – 2010. – Vol. 1 (4). – P. 186–192.
8. Arthur D. P. Social Work Practice with LGBT Elders at End of Life: Developing Practice Evaluation and Clinical Skills Through a Cultural Perspective / D. P. Arthur // *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. – 2015. – Vol. 11. – Issue 2. – P. 178–201.
9. Bamford T. The Team Approach in Person-centred Health Care: The Social Work Perspective / T. Bamford // *The International Journal of Person-Centered Medicine*. – 2010. – Vol. 1 (1). – P. 23–26.
10. Christ G. H. The Profession of Social Work in End-of-Life and Palliative Care / G. H. Christ, S. Blacker // *Journal of Palliative Medicine*. – 2005. – April. – P. 415–417.
11. Community Systems Strengthening for HIV Care: Experiences From Uganda / Mburu G., Oxenham D., Hodgson I. [et al.] // *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. – 2013. – Vol. 9. – Issue 4. – P. 343–368.
12. Findley P. A. Social work practice in the chronic care model: Chronic illness and disability care / P. A. Findley // *Journal of Social Work*. – 2014. – Vol. 14 (1). – P. 83–95.
13. Manual of Palliative care. – 3d ed. [Electronic resource] / International Association for Hospice & Palliative care. – Mode of access: <http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manual-of-palliative-care>
14. NASW standard for social work practice in health care settings [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWHealthCareStandards.pdf>
15. Sanders S. Exploring Professional Boundaries in End-of-Life Care: Considerations for Hospice Social Workers and Other Members of the Team / S. Sanders, K. Bullock, C. Broussard // *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. – 2012. – Vol. 8. – Issue 1. – P. 10–28.
16. Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care / Gwyther L. P., Altillo T., Blacker S. [et al.] // *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. – 2005. – Vol. 1. – Issue 1. – P. 87–120.
17. Social Work Role in Pain Management with Hospice Caregivers: A National Survey / Oliver D. P., Wittenberg-Lyles E., Washington K., Sehrawat S. // *Journal of Social Work and End of Life Palliative Care*. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 61–74.

Социальная работа в модели паллиативной помощи: функции и вызовы

Т.В. Семьгина

Академия труда, социальных отношений и туризма, г. Киев, Украина

Комплексный характер специализированной паллиативной помощи обеспечивается привлечением социальных работников, которые призваны не только оценивать и решать социальные проблемы клиента, но и помогать ему преодолевать страдания, работать с семьей для уменьшения уровня ощущения потери и решения социально-психологических и социально-правовых вопросов. От социальных работников ожидается проведение обучения, влияние на улучшение практики и формирование политики. В Украине построение многопрофильных команд сдерживается и развитием самой социальной работы, и традициями системы здравоохранения, ориентированной на медикализированный подход, неготовностью врачей к работе в мультидисциплинарных командах.

Ключевые слова: специализированная паллиативная помощь; социальная работа; функции социальных работников.

Social work in palliative care model: functions and challenges

T.V. Semigina

Academy of Labour, Social Affairs and Tourism, m. Kyiv, Ukraine

The complex nature of specialized palliative care is possible due to the involvement of social workers. They are expected not only to assess and solve social problems of a client, but also to help him overcome suffering, to work with the family to reduce the feeling of loss and address the psychosocial and socio-legal issues. Social workers should also be involved in arranging trainings, improving practice and policy. In Ukraine, the construction of multidisciplinary teams are held back by the low level of social work development and reluctance of doctors to work in multidisciplinary teams.

Key words: specialized palliative care; social work; functions of social workers.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Семігіна Тетяна Валеріївна – д.політ.н., проф. Академії праці, соціальних відносин і туризму, виконавчий секретар Міжнародної асоціації шкіл соціальної роботи. E-mail: semigina.tv@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 28.09.2015 р.

НОВОСТИ

С начала года в Украине стартует проект возмещения стоимости инсулинотерапии для больных диабетом

МОЗ подготовило все нормативные акты для запуска системы аптечного возмещения стоимости препаратов инсулина для больных сахарным диабетом.

В Минздраве України состоялась пресс-конференция «Государственное обеспечение больных диабетом в Украине: состояние и перспективы» с участием Первого заместителя Министра здравоохранения Украины Александры Павленко, директора Департамента рациональной фармакотерапии и сопровождения государственной формулярной системы Государственного экспертного центра Татьяны Думенко, главного внештатного специалиста Минздрава Украины по специальности «Эндокринология» Бориса Маньковского и президента Миджнародной диабетической ассоциации Украины Людмилы Петренко.

Александра Павленко сообщила, что МОЗ подготовило все нормативные акты для запуска системы аптечного возмещения стоимости препаратов инсулина для больных сахарным диабетом. Кабинет Министров Украины должен согласовать эти документы до конца текущего года, чтобы уже с января 2016 года в Украине действовал проект реимбурсации стоимости инсулиновых препаратов.

«За выписанным рецептом больной не платит ни копейки при получении лекарственного средства в аптеке. Возмещение будет включать не только цену производителя, но и все наценки, предусмотренные действующим законодательством, в том числе НДС», – сообщила во время выступления директор департамента рациональной фармакотерапии и сопровождения государственной формулярной системы Государственного экспертного центра МЗ Украины Татьяна Думенко.

Источник: med-expert.com.ua

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

Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна*

ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):59-69; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.59

Мультидисциплінарна професійна підготовка лікарів має велике значення для підвищення якості надання ПХД населенню. Така підготовка дозволить лікарям разом із соціальними працівниками та представниками неурядових організацій забезпечити комплексну ПХД хворим та членам їхніх родин, що включає медичну, психологічну, соціальну і духовну складову, а також юридично-правовий супровід. Виняткове значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти в галузі надання паліативної допомоги населенню має введення в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності або спеціалізації «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох розвинених країн світу.

Необхідною передумовою створення сучасного науково-практичного напрямку «Паліативна та хоспісна медицина», поряд із підготовкою кадрів, є наукові дослідження стосовно: організаційно-методичних питань надання ПХД; новітніх методів фармакологічної та немедикаментозної корекції/контролю хронічного больового синдрому та інших симптомів захворювання в термінальній/декомпенсованій стадії; комплексної/мультидисциплінарної медичної допомоги паліативному пацієнту; діагностики та корекції психічних порушень у термінальних хворих та медико-психологічна допомога членам родини; медичних та психофізіологічних особливостей надання паліативної допомоги дітям з інкурабельними хворобами та геріатричному контингенту пацієнтів; в галузі медичного та фармацевтичного права; юридичних, біоетичних та медико-соціальних проблем еутаназії.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, професійна підготовка лікарів, якість надання паліативної допомоги, наукові дослідження у галузі паліативної медицини.

Вступ

Швидке і невідпинне збільшення кількості інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя серед населення багатьох країн світу, у тому числі й України, внаслідок поширення онкологічних захворювань, постаріння населення, поширення хронічних неінфекційних захворювань та епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, мультирезистентного туберкульозу, гепатитів В і С у термінальних стадіях розвитку тощо, зумовлюють актуальність

створення та удосконалення системи паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) та інтеграції її в існуючі служби охорони здоров'я і соціального захисту населення [3–9, 11, 14, 15, 20, 24, 28].

Початком сучасного періоду розвитку паліативної та хоспісної допомоги можна вважати 1967 рік, коли відома сьогодні у всьому світі Сесілія Сандерс організувала перший сучасний хоспіс у прибутку Святого Христофора, що в передмісті Лондона. У 1969 році Елізабет Кюблер-Рос записала понад 500 інтерв'ю з помираючими пацієнтами, на

основі яких видала першу книгу з танатології, що викликало шок у суспільстві та змусило багатьох фахівців, громадських діячів і політиків поновому поглянути на неминучий для кожної людини процес вмирання та смерті. У парламентах та урядах багатьох країн стали обговорювати проблему законодавчого врегулювання права пацієнта брати участь у вирішенні питань щодо завершення свого біологічного життя.

У 1981 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прийняла Лісабонську декларацію – перелік прав пацієнта, серед яких окремо виділено право на гідну смерть. У всьому світі починає створюватися новий соціально-науково-практичний напрямок – паліативна і хоспісна допомога, метою якого є забезпечення відповідної якості життя інкурабельних хворих та членів їхніх родин, що потребує професійної підготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників у цій інноваційній галузі медико-соціальної опіки [1, 2, 5, 6, 13, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25–27].

Ефективність системи охорони здоров'я України залежить не лише від проведення структурних і фінансово-економічних змін, але й, значною мірою, від забезпечення закладів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами.

У Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 рр., яка визначає основні напрями, пріоритети, завдання і механізми реалізації державної політики в галузі освіти, кадрову і соціальну політику і складає основу для внесення змін і доповнень до чинного законодавства України, управління і фінансування, структури та змісту системи освіти, а також основні напрями і шляхи реалізації ідей та положень Національної доктрини розвитку освіти, здійснення реформування освіти впродовж найближчих 10 років у нових соціально-економічних умовах, зазначено, що освіта належить до найважливіших напрямків державної політики України. Держава виходить з того, що освіта – це стратегічний ресурс соціально-економічного, культурного і духовного розвитку суспільства, поліпшення добробуту людей, забезпечення національних інтересів, зміцнення міжнародного авторитету й формування позитивного іміджу нашої держави, створення умов для самореалізації кожної особистості. Інтеграція України у світовий освітній простір вимагає постійного вдосконалення національної системи освіти, пошуку ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг, модернізації змісту освіти та організації її відповідно до світових тенденцій і вимог ринку праці, забезпечення безперервності освіти та навчання протягом усього життя.

У Законі України «Про вищу освіту» зазначено, що одним із принципів державної політики Украй-

ни в галузі вищої освіти є принцип інтеграції системи вищої освіти України у світову систему вищої освіти при збереженні і розвитку досягнень та традицій української вищої школи.

Отже, підготовка кваліфікованих кадрів, разом із формуванням державної політики, що спрямована 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 [5, 26, 28].

Мета дослідження: обґрунтування створення і розвитку системи до- і післядипломної підготовки лікарів та середніх медичних працівників для забезпечення доступності і високої якості надання ПХД населенню, а також оптимізації наукових досліджень з паліативної медицини, що сприятиме розробці та запровадженню в Україні доступної ефективної системи ПХД.

Матеріали і методи. У роботі були використані: вітчизняна та закордонна наукова література, медико-статистичні дані та звіти МОЗ України і регіональних органів охорони здоров'я, нормативно-правові документи.

Були застосовані інформаційно-аналітичний, порівняльний контент-аналіз, статистичний, метод системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз вітчизняної та міжнародної літератури, статистичних даних свідчить, що, починаючи з 60-х років ХХ-го століття, у більшості індустріальних країн світу проблема розвитку ПХД населенню стає однією з найбільш актуальних медико-соціальних та гуманітарних проблем суспільства [3–5, 15, 20, 26–28].

У зв'язку із винятково важливим соціальним значенням проблеми, що розглядається, швидкими темпами розвивається ПХД і в нашій країні. Впродовж останніх 15 років в Україні починають створюватися перші хоспіси та відділення паліативної допомоги: у м. Львові (1997 р., Львівська комунальна міська лікарня «Хоспіс», головний лікар – Є.Й. Москвяк), м. Івано-Франківську (1997 р., Івано-Франківська обласна лікарня «Хоспіс», головний лікар – Л.І. Андріішин), м. Коростені Житомирської області (1997 р., Хоспіс Святої Олени, головний лікар – Л.М. Буслаєва), м. Херсоні (1999 р., Херсонська обласна лікарня «Хоспіс», головний лікар – І.М. Чамлай), м. Харкові (2000 р., Харківський обласний центр паліативної медицини «Хоспіс», головний лікар – В.О. Екзархов),

м. Запоріжжі (Благодійний заклад «Хоспіс Архангела Михаїла», директор – В.О. Гальчанський), м. Луцьку (2002 р., Волинська обласна лікарня «Хоспіс», головний лікар – В.І. Бачинський); а згодом – відділення паліативної та хоспісної медицини при онкологічних диспансерах (зокрема у м. Києві, Севастополі, Донецьку, Сімферополі) і лікарнях загального профілю (зокрема у м. Києві – міські лікарні № 2 і № 10, м. Харкові – міська лікарня № 17, м. Львові – шпиталь імені А. Шептицького і міська лікарня № 4, м. Дніпропетровську – міська лікарня № 15), протитуберкульозних диспансерах (зокрема у м. Севастополі, Херсоні, Миколаєві) та психоневрологічних лікарнях (зокрема у м. Харкові, м. Чернігові, м. Сміла Черкаської області), паліативні палати та ліжка у Центрах профілактики та боротьби зі СНІД (зокрема у м. Києві та Полтаві) та інші. Нарешті, у 2013 р. у м. Надвірна, Івано-Франківська область, було відкрито перший в Україні дитячий хоспіс.

Особливо інтенсивно почали відкриватися хоспіси, відділення паліативної та хоспісної медицини та активізувалася робота щодо створення і розвитку системи надання ПХД впродовж останніх п'яти років завдяки сприянню та співпраці органів державної влади та громадських організацій, зокрема ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та МБФ «Відродження».

Результати наших досліджень, аналіз наукової літератури та основних міжнародних документів з організації паліативної допомоги свідчать, що однією з головних умов забезпечення доступності та якості ПХД є підготовка кваліфікованих фахівців, адже сучасні стандарти надання ПХД населенню вимагають від медичних працівників глибоких знань з різних галузей клінічної медицини, психології та фармакології, відповідних навичок спілкування з пацієнтом та членами його сім'ї або опікунами, координації зусиль медичних та соціальних працівників, психологів, юристів та священнослужителів, представників громадських та благодійних організацій, органів влади та місцевих громад, вміння працювати в складі мультидисциплінарної команди. Медичні працівники, які залучаються до надання ПХД, повинні бути чуйними і милосердними, і разом з тим вміти протидіяти професійному вигоранню [1, 2, 6, 19, 13, 16, 22–23, 25–27].

Впродовж останніх років в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, які визначають якісно нові вимоги до організації й здійснення підготовки кадрів у ВМНЗ з питань надання ПХД. Це, зокрема, невпинне зростання захворюваності та поширеності онкологічних захворювань. За даними медичної статистики, станом

на 1 січня 2015 р. на диспансерному обліку в онкологічних медичних закладах України перебувало близько 1 млн хворих на злоякісні новоутворення (ЗН). Впродовж останніх п'яти років щорічно реєструється понад 160 тис. нових випадків ЗН і понад 85 тис. онкологічних хворих помирають від цієї недуги. За прогностичними оцінками, до 2020 р. рівень захворюваності на ЗН у країні збільшиться на 15% і досягне 180 тис. нових випадків щороку. Це значно актуалізує проблему надання ПХД онкологічним хворим, як у стаціонарних закладах ПХД, так і вдома.

Щороку в Україні збільшується кількість людей похилого та старечого віку, що збільшує потребу надання ПХД населенню. Аналіз даних медичної статистики свідчить, що рівень захворюваності літніх людей майже удвічі вищий, ніж населення працездатного віку, а у осіб старечого віку цей показник вищий у шість разів. Понад 70% цієї категорії осіб мають по 4–5 хронічних захворювань, до 80% пенсіонерів у віці 75 років і старше потребують медико-соціальної допомоги. Значна кількість людей похилого і старечого віку страждають на тяжкі невиліковні хвороби – онкологічні, серцево-судинні, нейропсихічні захворювання, включаючи хворобу Альцгеймера, хворобу Паркінсона та інші нейродегенеративні захворювання, посттравматичні і дегенеративні ураження головного і спинного мозку, периферичної нервової системи та опорно-рухового апарату тощо. Більшість із цих захворювань у термінальній стадії характеризуються розвитком хронічного больового синдрому та інших важких розладів життєдіяльності, зниженням та втратою здатності паліативних хворих до самообслуговування [6, 12, 14, 21].

Члени сім'ї паліативних пацієнтів також потребують професійної паліативної допомоги. Коли у сім'ї з'являється паліативний хворий, особливо у термінальній стадії захворювання, це спричиняє суттєве зниження якості життя всієї родини та стає причиною тяжких психоемоційних, соціальних та економічних розладів її функціонування. За нашими розрахунками, впродовж останніх п'яти років в Україні кількість пацієнтів та членів їхніх родин, які щорічно потребують ПХД, становить близько 1,5–2 млн осіб. Водночас ці самі дослідження свідчать, що в Україні спостерігається вкрай недостатня кількість стаціонарних ліжок у закладах ПХД і майже відсутня служба амбулаторної та виїзної ПХД вдома, що зумовлює необхідність залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів, дільничних терапевтів, лікарів поліклінік та середніх медичних працівників до надання ПХД на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Ми вважаємо, що до надання ПХД різним

контингентам населення повинні залучатися: лікарі паліативної медицини, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, терапевти, онкологи, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, геріатри, гематологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, психіатри, фізіотри, інфекціоністи (зокрема ті, що працюють у центрах профілактики і боротьби зі СНІД) тощо, а також фельдшери сільських ФАПів та інші середні медичні працівники [6–8, 12, 17, 21, 24].

Враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що актуальною проблемою в Україні сьогодні є запровадження системи підготовки медичних фахівців з питань ПХД. Це є запорукою забезпечення якості та доступності надання паліативної допомоги населенню.

Підготовка фахівців з питань надання ПХД населенню: рівень додипломної освіти

В Україні впродовж останніх 15 років швидкими темпами розвивається ПХД як інноваційний напрямок охорони здоров'я та соціального захисту населення, що покликаний поліпшити якість життя інкурабельних хворих та членів їхніх родин. У ст. 35-4. «Паліативна допомога» Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. №3611-VI було «узаконено» цей вид медичної допомоги: «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».

Міжнародний досвід додипломної підготовки медичних працівників з питань надання ПХД населенню свідчить, що сьогодні більшість університетів та клінічних онкологічних центрів у США, Канаді та Європі виділяють паліативну медицину як окрему академічну дисципліну. Так, у США практично в усіх вищих медичних школах університетів студенти вивчають курс паліативної меди-

цини; питання надання паліативної допомоги вивчаються на кафедрах сімейної медицини, терапії, невідкладної медичної допомоги, педіатрії, хірургії [25–27].

У Великобританії з 1990 р. в навчальні плани всіх медичних шкіл включені курси паліативної медицини; співробітники Лікарського Королівського коледжу розробили навчальні програми з ПХД для студентів вищих медичних навчальних закладів. У Польщі перша кафедра паліативної медицини була організована в 1991 р. в університеті міста Познань. В Угорщині в навчальних програмах підготовки студентів у закладах вищої медичної освіти включено 10 годин з питань знеболювання і контролю симптомів у інкурабельних пацієнтів, близько 30 годин присвячені вивченню психосоціальних проблем паліативних пацієнтів та членів їхніх родин. У Канаді та Австралії паліативна допомога входить до навчальних програм студентів-медиків III–IV курсів [25–27].

Згідно з Рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги (European Association for Palliative Care – EAPC), у навчальні програми з ПХД для студентів ВМНЗ обов'язково повинні бути включені сім основних розділів, що дозволить забезпечити відповідний рівень компетенцій фахівців у галузі паліативного догляду:

1. *Паліативна та хоспісна допомога, паліативна медицина (визначення тощо).*
2. *Контроль болю.*
3. *Неврологічні та психічні симптоми (збудження, сплутаність свідомості, пригнічення, депресивні стани тощо).*
4. *Контроль інших симптомів (задишка, нудота тощо).*
5. *Етичні та правові аспекти.*
6. *Пацієнт, родина, доглядальники; неклінічні аспекти догляду.*
7. *Навички спілкування [25].*

Важливою умовою при навчанні студентів є формування у них умінь та навичок роботи в складі мультипрофесійної/мультидисциплінарної команди. Вважається обов'язковим залучати до викладання не тільки лікарів, але й фахівців різних спеціальностей (наприклад, медичних сестер, соціальних працівників, психологів, священників тощо).

Метою навчання є формування у студентів відповідних знань, навичок та переконань, які необхідні для надання ефективної паліативної допомоги.

Завданнями програми є:

- показати, що паліативна медична допомога – це значно ширше, ніж лише діагностичні дослідження і лікування, і пацієнт потребує цілісного підходу та піклування;

- навчити, як полегшити симптоми паліативно-го пацієнта (біль, задишку, нудоту, закрепи тощо), застосовуючи фармакологічні та немедикаментозні засоби;

- показати, що паліативна допомога хворим та їхнім родичам – це процес, який застосовується не лише у кризових ситуаціях, а включає й превентивне лікування та догляд, за необхідності;

- показати, що догляд та лікування повинні надаватися з урахуванням індивідуальних потреб, побажань і особливостей пацієнта та його родичів;

- показати, що якість медичної допомоги інкурабельним пацієнтам буде ефективною тільки тоді, якщо лікуючий лікар буде мати відповідні знання щодо патогенезу та перебігу невиліковної хвороби, смерті і скорботи;

- показати, що якість паліативної медичної допомоги можна покращити не тільки за рахунок поглиблення знань, але й за рахунок удосконалення навичок командної роботи, ефективного спілкування та готовності обговорювати етичні питання.

Певний досвід додипломної підготовки студентів з питань паліативної медицини накопичено у Російській Федерації. Так, співробітники кафедри онкології Ульяновського державного університету розробили та впровадили навчальну програму «Хоспісна і паліативна медицина» для студентів 4–6 курсів медичного факультету та аналогічні програми для студентів медичних коледжів, а з 2003 року на базі Ульяновського хоспісу проводяться практичні заняття у формі елективного курсу «Паліативна медицина» для студентів 6 курсу. У Нижньогородській державній медичній академії на кафедрі неврології, нейрохірургії та медичної генетики було організовано факультативний цикл семінарів з паліативної допомоги для студентів 4–6 курсів [2,15].

Вивчення стану підготовки студентів у ВМНЗ України з питань надання ПХД населенню засвідчило, що факультативний курс, який впроваджено у деяких медичних університетах і академіях, не відповідає сучасним вимогам до лікарів стосовно знань і навичок, необхідних для лікування та догляду паліативних пацієнтів, як на рівні первинної медико-санітарної допомоги, так і у стаціонарних лікувальних закладах вторинного і третинного рівнів. Якщо клінічні аспекти допомоги інкурабельним хворим розглядаються при вивченні онкології, хірургії, терапії, гематології, педіатрії, неврології, психіатрії тощо, то ознайомлення з організацією і моделями надання ПХД на різних рівнях медичної допомоги в Україні, принципами і філософією ПХД, формування у студентів практичних навичок з питань надання паліативної медичної допомоги інкурабельним пацієнтам, спілкування з ними та

членами їхніх сімей, ефективної співпраці у рамках мультидисциплінарних команд тощо вимагає довготривалої комплексної професійної підготовки, починаючи із перших років навчання.

У цьому аспекті вважаємо як актуальний та ефективний підхід співробітників Івано-Франківського національного медичного університету на чолі з проф. О.З. Децик, які розробили «Типову наскрізну навчальну програму «Паліативна та хоспісна допомога» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації», що була затверджена МОЗ України 17.04.2014 р.

Вважаємо, що сьогодні вкрай недостатнім є навчально-методичне забезпечення підготовки майбутніх лікарів з питань надання ПХД населенню. Навчальний посібник для студентів V–VI курсів, лікарів-інтернів і сімейних лікарів «Паллиативная медицинская помощь», що розроблений авторським колективом під керівництвом академіка НАМН України Г.В. Бондаря [16], який було видано ще у 2006 р., та деякі інші посібники, на нашу думку, переважно зосереджені на клінічних аспектах паліативної медицини і недостатньо висвітлюють питання організації та філософії ПХД, психологічної, соціальної та духовної підтримки невиліковно хворих та їхніх родин, особливостей комунікацій з близькими інкурабельного пацієнта та іншими фахівцями, які залучені до надання ПХД, зокрема медичними і соціальними працівниками, волонтерами, представниками органів місцевої влади та громад, громадських та благодійних організацій, священнослужителями тощо.

Дещо краща ситуація щодо підготовки студентів медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства з питань надання ПХД. Є затверджені МОЗ України навчальні програми, що розроблені співробітниками Львівського державного медичного коледжу імені Андрія Крупинського, зокрема «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині. Програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 “Сестринська справа”», викладається курс ПХД для студентів-бакалаврів і магістрів у Тернопільському інституті медсестринства тощо. У Куп’янському медичному училищі (Харківська область) створено факультет з підготовки фахівців для роботи у хоспісній службі. Видані посібники, зокрема розроблені співробітниками Житомирського інституту медсестринства, на нашу думку, потребують удосконалення, що можна вирішити шляхом проведення МОЗ України конкурсу на створення підручника «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації.

Таким чином, додипломна підготовка медичних працівників з питань ПХД є актуальною проблемою в Україні, що має на меті забезпечити доступність і якість надання ПХД населенню як у спеціалізованих закладах охорони здоров'я і закладах охорони здоров'я вторинного рівня, так і на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Це потребує невідкладної уваги і підтримки з боку Міністерства охорони здоров'я України.

З метою підготовки фахівців для надання ПХД населенню належної якості необхідно розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–III та IV рівнів акредитації України, що вимагає розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів з питань ПХД на базі відповідних кафедр закладів післядипломної освіти.

Підготовка лікарів та медичних сестер з питань надання ПХД населенню: рівень післядипломної освіти

Сучасна паліативна медицина висуває високі вимоги до лікарів і середніх медичних працівників, які повинні мати знання в різних областях клінічної медицини, фармакології та психології, володіти навичками спілкування, бути чуйними і милосердними, вміти працювати в команді, оскільки в основі сучасної ПХД лежить мультидисциплінарний і міжсекторальний підхід, до процесу надання ПХД залучаються медичні та соціальні працівники, психологи, юристи та священнослужителі, сам пацієнт та його близькі або опікуни, представники громадських та благодійних організацій, органів влади та місцевих громад. Медичні працівники, які надають ПХД, повинні бути готовими реалізувати головне завдання паліативної медицини: якщо пацієнта не можнавилікувати, треба зробити усе можливе, щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя йому і його близьким, полегшити біль і зменшити страждання.

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 ВМНЗ з видачею документа, що засвідчує підвищення кваліфікації в даній сфері; у кожній країні залучати провідних фахівців у галузі паліативної медицини до прове-

дення навчання практикуючих лікарів різних спеціальностей та студентів-медиків тощо.

Важливість професійної підготовки та неперервного навчання фахівців, насамперед лікарів, підкреслюється в основних міжнародних документах з організації паліативної допомоги, зокрема у «Рекомендаціях 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи з організації паліативної допомоги в державах-учасниках» (2005), 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).

Заслугує на увагу досвід Російської Федерації. Так, з 1999 р. на курсі паліативної допомоги при кафедрі онкології факультету післявузівської професійної освіти лікарів (ФППОЛ) Московської медичної академії імені І.М. Сеченова здійснюється підготовка лікарів з питань надання ПХД. Міністерство охорони здоров'я Російської Федерації та Навчально-методичне об'єднання медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів у 2000 р. затвердили «Програму післявузівської професійної підготовки фахівців з вищою медичною освітою з паліативної допомоги в онкології». З 1999 по 2010 роки на курсі паліативної допомоги кафедри онкології ФППОЛ пройшли тематичне удосконалення близько 1500 лікарів (Г.А. Новиков і соавт., 2011, 2012).

1 грудня 2009 р. за наказом ректора Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика №3702 була створена перша в Україні кафедра паліативної та хоспісної медицини (ПХМ). З травня 2010 р. на кафедрі проводяться цикли тематичного удосконалення (ТУ) з актуальних питань ПХД, розроблено 11 навчальних програм циклів ТУ, що розраховані на лікарів та середніх медичних працівників різних спеціальностей, які, відповідно до своїх професійних та службових обов'язків, надають паліативну допомогу. За цей час майже 1,5 тис. лікарів та середніх медичних працівників підвищили свою кваліфікацію на кафедрі ПХМ. Крім цього, з 2013 р. співробітники кафедри залучені до підготовки лікарів-інтернів та спеціалізації лікарів зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина».

У зазначених навчальних програмах післядипломної освіти на циклах ТУ передбачене навчання сучасним принципам і методам паліативної допомоги, зокрема:

- організація та моделі ПХД інкурабельним хворим у кінці життя – критерії визначення

статусу паліативного хворого, показання до госпіталізації у заклади ПХД, планування та мультидисциплінарна координація медико-соціальної допомоги;

- контроль болю, зокрема сучасні підходи і методи адекватного знеболення паліативних хворих;
- контроль тяжких патологічних симптомів у термінальних стадіях захворювань;
- особливості надання ПХД хворим різних нозологій та віку;
- психологічні особливості спілкування та надання ПХД інкурабельним хворим та членам їхніх сімей (особливо в останні дні та години життя людини), профілактика депресій та суїциду;
- соціальна та духовна підтримка паліативних хворих та членів їхніх сімей;
- медична, психологічна та соціальна реабілітація паліативних хворих;
- медичні, філософські, етичні та духовні проблеми смерті та процесу вмирання, основи танатології;
- медико-юридичні та психологічні основи запобігання еутаназії;
- визначення та максимально можливе задоволення потреб паліативного хворого та членів його сім'ї;
- психологічна, соціальна і духовна допомога родині після смерті хворого, профілактика психосоматичних захворювань;
- особливості роботи у складі мультидисциплінарної команди тощо.

Особливого значення набуває вміння і навички лікаря та медичної сестри:

- проведення адекватної початкової оцінки стану пацієнта, ранньої та точної діагностики порушених або втрачених функцій: ковтання, мови, рухової активності, сприйняття і мислення, порушення функцій тазових органів;
- розуміння форм невербальної поведінки пацієнта у термінальних стадіях захворювань – міміка, погляд, жести, що відображають його потреби;
- інформування та спілкування з пацієнтом і родичами тощо, від чого залежить якість життя паліативного пацієнта та членів його сім'ї.

Медичним працівникам необхідні педагогічні уміння та навички, щоб навчити пацієнта і його родичів елементам догляду, гігієни та контролю симптомів. Їм часто доводиться виступати і в ролі психолога, який здійснює психологічну підтримку в період адаптації до нової ситуації. Знання етики

і деонтології, спілкування, поєднане з високим професіоналізмом, сприяє успішному подоланню труднощів, що виникають у хворих у кінці життя, забезпечити гідне завершення біологічного життя, без болю та страждань.

Враховуючи особливості мультидисциплінарної професійної підготовки з питань ПХД, при комплектуванні 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 дозволяє на високому професійному рівні забезпечувати навчальний процес.

Певний досвід післядипломної освіти лікарів з питань ПХД є на факультеті післядипломної освіти Івано-Франківського медичного університету [13,19], а середніх медичних працівників – у Навчально-науковому інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Черкаському медичному коледжі та інших.

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

Наукові дослідження в галузі паліативної та хоспісної медицини

Вважаємо за можливе сформулювати і виділити такі основні напрямки наукових досліджень, що, разом з підготовкою кадрів, є необхідною передумовою створення сучасно новітнього науково-практичного напрямку «Паліативна та хоспісна медицина».

1. Наукові дослідження стосовно організаційно-методичних питань надання ПХД:

- Особливості надання паліативної медичної допомоги різним категоріям пацієнтів, принципи та філософія ПХМ.
- Медична допомога в кінці життя як розділ ПХД.
- Хоспіс та відділення ПХМ; основи організації та специфіка роботи медичного персоналу закладів МХМ.
- Контингенти неонкологічних хворих, які потребують ПХД.

2. Наукові дослідження новітніх методів фармакологічної та немедикаментозної корекції/контролю хронічного больового синдрому:

- Хронічний больовий синдром у онкологічних хворих. Концепція клінічного (тотального) болю.
- Методи оцінки та моніторингу хронічного больового синдрому.
- Принципи та методи лікування хронічного больового синдрому у неонкологічних хворих.
- Клініко-фармацевтичні принципи знеболення.

3. Наукові дослідження, що спрямовані на корекцію/контроль інших – відмінних від болю – симптомів захворювання в термінальній/декомпенсованій стадії, комплексної/мультидисциплінарної медичної допомоги паліативному пацієнту, у тому числі в останні дні та години життя.

4. Наукові дослідження стосовно діагностики та корекції психічних порушень у термінальних хворих. Медико-психологічна допомога членам родини паліативних пацієнтів.

5. Наукові дослідження стосовно медичних та психофізіологічних особливостей надання паліативної допомоги дітям з інкурабельними хворобами.

6. Наукові дослідження стосовно медичних та психофізіологічних особливостей надання ПХД геріатричному контингенту пацієнтів – особам похилого та старечого віку.

7. Наукові дослідження в галузі медичного та фармацевтичного права, що є необхідними засадами створення сучасної нормативно-правової бази

надання ПХД. Основні законодавчі акти, що регламентують призначення та відпуск сильнодіючих анальгетиків. Дослідження юридичних, біоетичних та медико-соціальних проблем еутаназії.

Вважаємо, що крім кафедр та навчально-наукових центрів вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів України до сучасних наукових досліджень у галузі ПХМ, відповідно до сформульованих найбільш актуальних напрямків, повинні приєднатися також спеціалізовані науково-клінічні установи (інститути, центри) Національної академії медичних наук України.

Висновки

1. Мультидисциплінарна професійна підготовка лікарів має велике значення для підвищення якості надання ПХД населенню. Така підготовка дозволить лікарям разом із соціальними працівниками та представниками неурядових організацій забезпечити комплексну ПХД паліативним хворим та членам їхніх родин, що включає медичну, психологічну, соціальну і духовну складову, а також юридично-правовий супровід. Це дозволить забезпечити відповідну якість життя паліативних хворих.

2. Враховуючи особливості медико-демографічної ситуації в Україні на початку XXI ст., професійна підготовка медичних працівників з питань ПХД є актуальною проблемою, що потребує створення відповідної системи ПХД та уваги і підтримки Міністерства охорони здоров'я України. Водночас як організація, так і фаховий рівень такої підготовки ще не відповідають сучасному рівню підготовки лікарів з ПХД у розвинених європейських країнах та США і вимагають ґрунтовного покращення.

3. Виключне значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти в галузі надання паліативної допомоги населенню має введення в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності або спеціалізації «Паліативна медицина», про що свідчить досвід багатьох розвинених країн світу.

Література

1. Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги / Царенко А. В., Губський Ю. І., Толстих О. І. [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої науково-практичної конференції; ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Гунський : наукове видання. – Київ : Університет «Україна», 2012. – С. 58–65.
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. Палліативна допомога / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
4. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
5. ВОЗ. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла // Резолюция шестьдесят седьмой сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (А67/31. 4 апреля 2014 г.). – Женева : ВОЗ, 2014. – 11 с.
6. Вороненко Ю. В. 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 // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.
7. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф., 20–21.11.2013 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Київ : Талком, 201. – С. 49–62.
8. Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої науково-практичної конференції; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського: наукове видання. – Київ : Університет «Україна», 2012. – С. 5–8.
9. Губський Ю. І. Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти / Ю. І. Губський // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – Т. 1, № 1 (1). – С. 20–26.
10. Губський Ю. І. Розвиток паліативної допомоги в Україні: перешкоди та перспективи // Доповідь Президента Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів на засіданні Президії Міжнародного благодійного фонду “Відродження”. – 20.10.2003 р.
11. 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.
12. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти : монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – Київ : Здоров'я, 2011, – 352 с.
13. Децик О. З. Про актуальність включення питань з подолання професійного стресу в програми післядипломної освіти медичних працівників сфери паліативної допомоги / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28) : Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті проф. В. М. Пономаренка, м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. – С. 130–131.
14. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискореного старіння / Чайковська В. В., Хаджинова Н. А., Вялих Т. І., Величко Н. М. // Пробл. старения и долголетия. – 2012. – Т. 21, № 3. – С. 396–400.
15. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи / Эккерт Н. В., Новиков Г. А., Хетагурова А. К., Шарафутдинов М. Г. – Москва : ММА им. И. М. Сеченова, 2008. – 58 с.
16. Палліативна медичинська допомога. Учебное 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.
17. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / Царенко А. В., Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М. // Практикуючий лікар. – 2012. – № 1. – С. 26–32.
18. Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні / Вороненко Ю. В., Моїсеєнко Р. О., Князевич В. М., Мартинюк В. Ю. // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – Т. 1, № 1 (1). – С. 27–33.
19. Про шляхи поліпшення підготовки лікарських кадрів з питань паліативної медицини / Глушко Л. В. Позур Н. З., Чаплинська Н. В. [та ін.] // Впровадження стандартів паліативної допомоги : матеріали наук.-практ. конф. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2013. – С. 34–35.
20. Совет Европы. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы, 2004. – 89 с.
21. Царенко А. В. Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку вдома / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Впровадження стандартів надання паліативної допомоги : матеріали науково-практичної конференції з Міжнародною участю; за ред. І. П. Вакалюка, О. З. Децик : наукове видання. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2013, с. 122 – 124.
22. Царенко А. В. Мультидисциплінарна професійна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, В. А. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 61–65.

23. Царенко А. В. Оптимізація післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я України / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера // *Здоров'я суспільства*. – 2013. – Т. 2, № 3–4.
24. 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.
25. *A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees* / Weissman D. E., Ambuel B., Norton A. J. [et al.] // *J. Pain Symptom Manage.* – 1998. – Vol. 15, № 2. – P. 82–90.
26. *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.
27. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* / Doyle D., Hanks G., Calman K., Cherny N., editors. – Oxford : Oxford University Press, 2003. – P. 6.
28. Wodarg W. *Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758 [Electronic resource]* / W. Wodarg // *Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008*. – Access mode : <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>

Вопросы подготовки кадров и развитие научных исследований по паллиативной медицине как предпосылка создания современной системы паллиативной и хосписной помощи в Украине

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

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
ВОО «Украинская лига содействия развитию паллиативной и хосписной помощи»

Мультидисциплинарная профессиональная подготовка врачей имеет большое значение для повышения качества оказания паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению. Такая подготовка позволит врачам совместно с социальными работниками и представителями неправительственных организаций обеспечить комплексную ПХП больным и членам их семей, включающую медицинскую, психологическую, социальную и духовную составляющие, а также юридически-правовое сопровождение. Исключительное значение для повышения качества оказания ПХП и мотивации медицинских работников к последипломному образованию в сфере оказания паллиативной помощи населению имеет введение в номенклатуру специальностей врачей и младших медицинских специалистов медицинской специальности или специализации «Паллиативная медицина», о чем свидетельствует опыт многих развитых стран мира. Необходимой предпосылкой создания современного научно-практического направления «Паллиативная и хосписная медицина», наряду с подготовкой кадров, являются научные исследования относительно: организационно-методических вопросов оказания ПХП; новейших методов фармакологической и немедикаментозной коррекции/контроля хронического болевого синдрома и других симптомов заболевания в терминальной/декомпенсированной стадии; комплексной/мультидисциплинарной медицинской помощи паллиативному пациенту; диагностики и коррекции психических нарушений у терминальных больных и медико-психологическая помощь членам семьи; медицинских и психофизиологических особенностей оказания паллиативной помощи детям с incurable болезнями и гериатрическому контингенту пациентов; в сфере медицинского и фармацевтического права; юридических, биоэтических и медико-социальных проблем еутаназии.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, профессиональная подготовка врачей, качество оказания паллиативной помощи, научные исследования в сфере паллиативной медицины.

Staff training items and scientific research development in palliative medicine as a prerequisite for the creation of a modern system of palliative and hospice care in Ukraine

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

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine
AUNGO, «Ukrainian League to Support the Development of Palliative and Hospice Care»

The multidisciplinary professional training of doctors has a great importance for the improvement of the quality of palliative and hospice care (PHC) to the population. This training will allow doctors in conjunction with social workers and representatives of non-governmental organizations to provide a comprehensive PHC for patients and their families (with medical, psychological, social and spiritual components) as well as juridical and legal support. Exceptional importance for the improvement of the quality of PHC and motivate health workers to postgraduate education in palliative care population is an introduction to the nomenclature of the specialties of doctors and junior medical professionals such medical specialty or specialization as «Palliative Medicine», as evidenced by the expe-

rience of many developed countries. The important prerequisite for creation of a modern scientific and practical direction „Palliative Medicine and Hospice „, along with staff training is scientific research concerning to: organizational and methodological issues of PHC providing; the latest methods of pharmacological and non-pharmacological correction / control of chronic pain and other symptoms in the terminal/decompensated stage; integrated/multidisciplinary medical care to palliative patient; diagnostics and correction of mental disorders in terminal patients and medical and psychological assistance to family members; medical and psycho-physiological characteristics of palliative care support for children with incurable diseases and geriatric population; in the field of medical and pharmaceutical law; legal, bioethical and medical-social problems of euthanasia.

Key words: palliative and hospice care, professional training of doctors, the quality of palliative care support, scientific researches in the field of palliative medicine.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Вороненко Юрій Васильович – д.мед.н., проф., академік НАМН України, Ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Губський Юрій Іванович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61

Царенко Анатолій Володимирович – к.мед.н., доц. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Стаття надійшла до редакції 16.02.2015 р.

НОВОСТИ

Ухудшение обоняния в старости – повод посетить невропатолога

Пожилому человеку, который обнаружит у себя ухудшение способности различать запахи в отсутствие насморка, было бы нелишним провериться у врача-невропатолога. Ученые считают, что проблемы с обонянием могут быть сигналом о начале болезни Альцгеймера.

Сложные и поначалу никак не проявляющиеся процессы, происходящие в мозгу больного деменцией, очень трудно определить на ранних стадиях болезни – как раз тогда, когда лечение способно максимально приостановить ее развитие.

А ученые из знаменитого американского лечебного и исследовательского центра клиника Майо в городе Рочестер (Mayo Clinic in Rochester) утверждают, что одним из первых симптомов появления деменции может являться необъяснимое ухудшение обоняния у пожилого человека.

Авторы публикации в онлайн-омеdicинском издании JAMA Neurology на протяжении 3,5 лет наблюдали группу американцев численностью более 1 400 человек.

К началу исследования ни у одного из его участников не было выявлено нейродегенеративных заболеваний.

Однако на протяжении 3,5 года проблемы с памятью появились у 250 участников эксперимента – причем у 221 участника ухудшение памяти было выраженным: из этих 221 человека у 64 участников, в конечном счете, развилась болезнь Альцгеймера.

На протяжении всего периода исследования все участники регулярно проходили специальные тесты для проверки обоняния с использованием 6 запахов, связанных с пищей, и 6 запахов, которые отношения к пище не имели.

Ученые из клиники Майо сообщают, что ухудшение обоняния, как правило, наблюдалось у тех участников, у которых впоследствии появились проблемы с памятью.

При этом степень ухудшения способности различать запахи прямо коррелировала с последующим риском развития деменции.

Источник: med-expert.com.ua

Л.А. Стаднюк¹, Ю.І. Губський¹, А.В. Царенко¹, В.В. Чайковська¹, В.Ю. Приходько¹,
О.В. Давидович¹, А.М. Бондарчук¹, Ю.В. Криничний²

Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки фахівців до надання паліативної і геріатричної допомоги

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

²Дніпропетровська міська лікарня №15, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):70-77; doi 10.15574/IJRP.M.2015.2.70

В Україні існує велика потреба оптимізації системи багаторівневої міжвідомчої підготовки з надання паліативної і геріатричної допомоги. Реальним шляхом забезпечення економічності та якості такої підготовки є застосування відносно дешевого дистанційного навчання. Міжвідомчий та мультидисциплінарний характер проблем паліативної та геріатричної допомоги людям літнього віку обумовлює необхідність скоординованої дії різних урядових і неурядових організацій та кваліфікованої підготовки професіоналів і громадськості, що вимагає створення Українського міжвідомчого освітнього центру з питань паліативної і геріатричної підготовки.

Ключові слова: міжвідомча система багаторівневої підготовки фахівців; оптимізація мультидисциплінарної професійної підготовки; до- і післядипломна підготовка медичних працівників; дистанційне навчання; система паліативної та хоспісної допомоги; геріатрична допомога; якість надання паліативної та геріатричної допомоги; паліативні пацієнти; якість життя літніх людей; професія «Доглядальниця».

Вступ

За даними ВООЗ та інших авторитетних міжнародних організацій, зокрема Фонду народонаселення ООН та Європейської Асоціації паліативної допомоги, люди похилого (60–74 роки) та старечого віку (75–89 років) є контингентом населення, що невпинно і найшвидше збільшується на Землі та потребує тривалої медико-соціальної допомоги і догляду наприкінці життя. За прогнозами експертів ВООЗ, у 2025 р. чисельність цієї вікової категорії населення збільшиться у 6 разів порівняно з 1950 р., а до 2050 р. чисельність людей похилого та старечого віку досягне 2 млрд осіб [4,14,15].

У значної частини людей похилого та старечого віку суттєво знижується якість життя – вони страждають через невгамований больовий синдром,

важкі вікові розлади функцій органів і систем, порушення працездатності і спроможності до фізичної активності та самообслуговування внаслідок хронічних інкурабельних захворювань, зокрема серцево- та церебросудинної системи, органів дихання та травної системи, нейродегенеративних та травматичних уражень опорно-рухового апарату, головного і спинного мозку, периферичної нервової системи, когнітивних порушень і нейропсихічних захворювань, включаючи хворобу Альцгеймера, а також через відсутність необхідної психологічної та соціальної підтримки і догляду, самотність та соціальну ізоляцію [2,5,6,10,13,14,15].

Сьогодні вітчизняна система охорони здоров'я працює в умовах зatoryжної медико-демографічної та соціально-економічної кризи. Україна належить до країн з високим рівнем старіння населення, де

швидкими темпами зростає частка людей похилого та старечого віку. Так, за даними Державного комітету статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України, частка літніх людей впродовж останніх десятиліть збільшується і сьогодні становить понад 20% населення нашої країни, а вік майже 3 млн громадян перевищує 75 років. За показником частки осіб віком 60 років і старше у загальній чисельності населення наша країна посідає 11 місце у світі. На відміну від країн Європи та деяких розвинутих країн світу, де старіння відбувається в результаті зниження смертності, показник старіння населення України зростає лише за рахунок високої смертності дорослого працездатного населення та зниження народжуваності. Також в Україні відзначаються значні регіональні особливості старіння населення. Так, до найбільш «старих» регіонів належать центральні і східні області України. Дещо нижчий показник постаріння населення спостерігається в областях західної та південної частини нашої країни. Набагато вищим рівнем старіння вирізняється сільське населення. У результаті масової міграції молоді й осіб середнього працездатного віку в міста та суттєвого зниження народжуваності кількість людей пенсійного віку в сільській місцевості істотно переважає над молодим населенням [3,5,6,11,13].

Зазначене зумовлює актуальність цієї роботи, необхідність розробки оптимальної моделі міжсекторального і мультидисциплінарного підходу до організації системи підготовки фахівців з надання комплексної паліативної і геріатричної допомоги населенню України з урахуванням сучасних медико-демографічних особливостей та координації роботи закладів і установ, що належать різним міністерствам і відомствам.

Мета дослідження: медико-соціальний аналіз і визначення можливих підходів і напрямів оптимізації організації підготовки фахівців до надання комплексної мультидисциплінарної та міжсекторальної паліативної і геріатричної допомоги населенню України, що дозволить забезпечити відповідну якість життя людей похилого та старечого віку.

Матеріали і методи

Були опрацьовані вітчизняна та закордонна наукова література, нормативно-правові документи, медико-статистичні дані Державного комітету статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України. У ході роботи використовувалися інформаційно-аналітичний, статистичний, метод системного підходу, порівняльний контент-аналіз.

Результати

Фонд народонаселення ООН у «Мадридському міжнародному плані дій щодо старіння» [4] визначив одним з ключових факторів гуманізації суспільства забезпечення адекватного навчання фахівців і представників різних груп суспільства з питань збереження і поліпшення здоров'я людей літнього віку, забезпечення активного довголіття і належної якості їх життя. У документі зазначено, що слід підвищити ефективність програм навчання спеціалістів різного профілю на всіх рівнях з урахуванням вікових особливостей та потреб людей літнього віку. Координовані та послідовні заходи політики у різних галузях (зокрема охорони здоров'я, економіки, ринку праці, соціального захисту і освіти) дозволяють успішно вирішувати завдання, що пов'язані із сучасними медико-демографічними змінами, вивільнити невикористаний потенціал людей літнього віку, протидіяти дискримінації за віковими ознаками, сприяти солідарності між поколіннями. Особи, які працюють з людьми літнього віку, повинні мати базову професійну підготовку та регулярно проходити перепідготовку. Навчання повинно бути багатопредметним і мультидисциплінарним, з підготовкою кадрів для усіх рівнів надання геріатричної допомоги.

Придатність працівників старших вікових груп до трудової діяльності повинна підвищуватися шляхом професійної орієнтації і підготовки, безперервного навчання у будь-якому віці. Необхідно адаптувати навчальні програми до потреб пенсіонерів, працівників передпенсійного віку для адаптації їх до змін у способі життя, пошуку нових інтересів. Люди літнього віку повинні навчитися доглядати за собою, пройти підготовку в інших областях для сприяння утвердженню та дотриманню засад здорового способу життя, профілактиці захворювань, фізичній та психічній реабілітації. Необхідно підтримувати розвиток навчальних закладів, де навчаються люди літнього віку, наприклад університетів для людей третього віку. Важливими є програми навчання формування прихильності до лікування і реабілітації, а також навичок довготривалого догляду для членів сім'ї і спеціалістів із догляду. Слід розвивати методи навчання інструкторів за місцем проживання літніх людей щодо використання технічних та комунікаційних засобів у побуті, розвитку їх пізнавальних, фізичних і сенсорних можливостей [4].

Вищенаведені питання підготовки всього суспільства до діяльності для поліпшення якості життя людей літнього віку тісно узгоджуються із завданнями багаторівневого міжвідомчого та мультидисциплінарного навчання фахівців та

волонтерів із надання паліативної допомоги [14,15]. Значення організації такої доступної та ефективної підготовки фахівців та громадян в Україні підвищується у зв'язку з ускладненням медико-демографічної, соціальної та економічної ситуації, наслідками аварії на Чорнобильській АЕС, а також в умовах проведення АТО [1, 7-11].

В Україні існують структури, які постійно займаються питаннями організації і проведення навчання спеціалістів для надання паліативної і геріатричної допомоги. Так, з 1970 р. на базі Інституту геронтології НАМН України ім. Д.Ф. Чеботарьова працює кафедра геронтології і геріатрії (з 2001 р. – кафедра терапії і геріатрії), яка є опорною з післядипломної геріатричної підготовки лікарів. У рамках виконання Україною положень «Мадридського міжнародного плану дій щодо старіння» у 2005 р. за підтримки Верховної Ради України та Програми зі старіння ООН був створений Державний навчально-методичний геріатричний центр (ДНМГЦ) НМАПО імені П.Л. Шупика на базі Інституту геронтології НАМН України. Метою діяльності ДНМГЦ є удосконалення до- і післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників та волонтерів для системи медико-соціальної допомоги людям літнього віку і координації навчання населення старших вікових груп.

У 2006 р. ДНМГЦ НМАПО імені П.Л. Шупика, ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» за підтримки Верховної Ради України та Програми ООН зі старіння провели семінар «Законодавчі підходи до вирішення питань, пов'язаних з постарінням населення України». Позитивне значення створення ДНМГЦ та проведення вказаного семінару було відзначено у доповіді Генерального Секретаря ООН у 2007 році. З 2012 р. ДНМГЦ об'єднує кафедру терапії і геріатрії та відділення підготовки середнього і молодшого медперсоналу, соціальних працівників, волонтерів і населення літнього віку (підготовка у відділенні в даний час проводиться лише на госпрозрахунковій основі, що значно обмежує можливості навчання). Також розробляються і впроваджуються відповідні програми навчання для викладачів вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), медичних і соціальних працівників та інноваційні форми надання медико-соціальної допомоги людям літнього віку.

У зв'язку із становленням та розвитком в Україні системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню актуальною проблемою сьогодні є створення ефективної системи підготовки медичних і соціальних працівників та волонтерів з питань ПХД, що є умовою покращення ситуації з надання паліативної допомоги пацієнтам та членам

їхніх родин. Проведений нами аналіз навчальних програм до- та післядипломної підготовки лікарів засвідчив, що питання симптоматичного лікування в термінальних стадіях захворювань, фармако-терапії хронічного больового синдрому та розладів функцій життєдіяльності у помираючих хворих розглядаються фрагментарно при вивченні курсів онкології, анестезіології і реаніматології, хірургії, неврології, терапії, геріатрії та інших дисциплін. Але ні студенти під час навчання у ВМНЗ, ні інтерни, ні лікарі під час навчання у закладах післядипломної освіти не вивчають інтегрований курс надання ПХД населенню. За результатами опитування, проведеного на кафедрі паліативної та хоспісної медицини (ПХМ) НМАПО імені П.Л. Шупика у 2010–2014 рр., лікарі та середні медичні працівники гостро потребують теоретичних знань та практичних навичок з різних аспектів ПХД.

Враховуючи зазначене, на підставі найкращого сучасного міжнародного та національного клінічного і науково-педагогічного досвіду в галузі ПХД, викладачі кафедри ПХМ розробили та затвердили вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика 11 навчальних програм і робочих планів циклів тематичного удосконалення (ТУ) для лікарів та середніх медичних працівників різних спеціальностей (у тому числі для сімейних лікарів, дільничних терапевтів, онкологів, геріатрів, фізіотерапевтів, спеціалістів з ВІЛ-інфекції/СНІДу, організаторів охорони здоров'я тощо), які, відповідно до своїх професійних та службових обов'язків, залучаються до надання ПХД.

У всіх навчальних програмах з ПХД, крім клінічних питань, велика увага приділяється психологічним та етичним проблемам паліативних пацієнтів і членів їхніх родин, а також питанням діагностики і лікування психічних порушень (таким як, зокрема, неспокій, тривожність, депресія і сплутаність свідомості), розладів когнітивних функцій тощо. Також важливою частиною навчальних програм є соціальна складова ПХД, зокрема форми співпраці та залучення органів соціального захисту, волонтерів та громади до надання практичної соціальної допомоги сім'ям паліативних пацієнтів. Одним з навчальних розділів зазначених програм є вивчення духовних, біоетичних і культурних аспектів ПХД. Викладання організаційних аспектів включає питання організації та інтеграції служби ПХД у систему охорони здоров'я, вивчення чинної законодавчої та нормативно-правової бази, опанування навичок роботи у складі мультидисциплінарної команди, координації з установами соціального захисту населення, благодійними фондами та неурядовими

організаціями, у тому числі релігійними, та священнослужителями. Крім цього, медичні працівники повинні опанувати навички навчання родичів, близьких або сусідів паліативного пацієнта, які його доглядають, правилам, як давати йому призначені лікарем фармацевтичні препарати, застосовувати медичне обладнання і засоби медичного призначення, а також надавати інші види медичної допомоги та догляду, якщо пацієнт хоче одержувати паліативну допомогу вдома.

Враховуючи сучасну складну економічну ситуацію, співробітники кафедри ПХМ НМАПО імені П. Л. Шупика усе частіше практикують проведення виїзних циклів ТУ. Так, у 2014 і 2015 навчальних роках були проведені виїзні цикли ТУ з актуальних питань ПХД для сімейних лікарів та лікарів поліклінік і стаціонарних закладів охорони здоров'я у багатьох містах, зокрема Донецьку, Житомирі, Дніпропетровську, Чернігові, Луцьку, Переяслав-Хмельницькому, Кам'янець-Подільському, Вишгороді, Ірпені, а також у лікувально-профілактичних закладах Дніпровського, Солом'янського, Святошинського, Шевченківського, Деснянського та інших районів м. Києва.

Враховуючи особливості мультидисциплінарної підготовки з питань ПХД, при комплектуванні професорсько-викладацького складу кафедри ПХМ Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика були запрошені фахівці різних спеціальностей, зокрема онколог, терапевт, медичний психолог, геріатр, психотерапевт, клінічний фармаколог, організатор охорони здоров'я, фізіотерапевт, а також спеціалісти немедичного профілю – соціальний працівник, юрист і біолог, що дозволило забезпечити високий професійний рівень навчального процесу.

Кафедра ПХМ та ДНМГЦ НМАПО імені П.Л. Шупика тісно співпрацюють з міжнародними і вітчизняними неурядовими організаціями у галузі профільного багаторівневого навчання. Впродовж останніх років у тісній співпраці з ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» разом з неурядовими організаціями (Фонд народонаселення ООН, Український Фонд соціальних інвестицій, МБФ «Карітас України», Організація ветеранів України, МБФ «Відродження» тощо) проведено біля 30 семінарів для медичних і соціальних працівників, керівників волонтерського руху в різних регіонах України. У 2007–2010 рр. співробітники ДНМГЦ НМАПО імені П.Л. Шупика брали участь у міжнародному проекті МАТРА (Україна-Нідерланди). Завданнями цього проекту були створення навчальних програм геріатричної підготовки медсестер та Київського інформаційного волонтерського геріатричного центру на базі

амбулаторії сімейної медицини для покращення інформованості громадян літнього віку про можливість отримання послуг та широкого впровадження серед населення принципів здорового способу життя і активного довголіття.

У 2010–2011 рр. за підтримки МБФ «Відродження» кафедра ПХМ та ДНМГЦ НМАПО імені П. Л. Шупика співпрацювали з американськими спеціалістами Хоспісу міста Сан-Дієго з питань підготовки викладачів для навчання лікарів, медсестер і соціальних працівників у галузі ПХД, у тому числі і особам похилого віку.

У жовтні-листопаді 2011 р. за участі спеціалістів із США та Румунії та за підтримки МОЗ України і МБФ «Відродження» на базі Черкаського медичного коледжу проведено одномісячний цикл ТУ з підготовки викладачів ВМНЗ з питань паліативної і геріатричної допомоги. Були переведені на українську мову міжнародний посібник для викладачів з підготовки лікарів (ЕРЕС–О – Education in Palliative and End-of-Life Care–Oncology) та медсестер (ELNEC – End-of-Life Nursing Education Consortium) з питань надання паліативної допомоги.

Впродовж останніх років ми все частіше застосовуємо передові дистанційні, очно-заочні форми навчання. У цій роботі кафедра ПХМ та ДНМГЦ тісно співпрацюють з кафедрою медичної інформатики НМАПО імені П.Л. Шупика, яка є лідером з питань розробки і впровадження передових економічно вигідних форм дистанційного заочного та очно-заочного навчання. Розроблені кафедрою підходи дозволили значно розширити можливості проведення дистанційних конференцій. У вересні 2011 р. був підписаний договір про співробітництво між НМАПО імені П.Л. Шупика та Східним Мічиганським університетом і Військовим коледжем Південної Кароліни (США). Викладачі НМАПО імені П.Л. Шупика та Східного Мічиганського Університету і Військового коледжу Південної Кароліни (США) обмінялися візитами, під час яких провели заняття із студентами та лікарями, обговорили з керівництвом закладів перспективи майбутнього співробітництва. Це дозволило поглибити спільну роботу зі створення спільного міжнародного дистанційного навчального центру для підготовки спеціалістів різного профілю щодо допомоги людям літнього віку та вибору найбільш перспективних напрямків співпраці. Перша телеконференція «Міжнародні перспективи: Роль недержавних організацій у наданні допомоги людям літнього віку в Україні» була проведена 27 вересня 2012 року в межах офіційного підвищення компетенції з питань медико-соціальної допомоги для 60 американських спеціалістів (лікарів, медичних сестер, соціальних працівників) з надання

допомоги людям літнього віку. А 4 жовтня 2013 року було проведено другу міжнародну телеконференцію «Міждисциплінарні підходи у наданні геріатричної допомоги». Третя міжнародна телеконференція «Перспективи міждисциплінарної допомоги людям літнього віку у сімейній медицині та у закладах тривалого перебування» відбулася 31 жовтня 2014 року.

Враховуючи загальнодержавне значення підготовки різних груп спеціалістів і населення, надзвичайно актуальною є міжвідомча кооперація у цьому напрямку. Подальша робота зі створення економічно вигідної стандартизованої мультидисциплінарної паліативної і геріатричної підготовки потребує подолання міжвідомчої розрізненості у питаннях навчання фахівців, а також підвищення його економічності, що вимагає уваги і підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства освіти і науки України. На даний час проведення післядипломного навчання в НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України з питань паліативної і геріатричної допомоги для медичних і соціальних працівників установ системи Міністерства соціальної політики України та інших державних і громадських організацій є платним, що унеможливує реальне повноцінне його проведення. Недостатньою і розрізненою є відповідна підготовка учнів та студентів ВНЗ системи Міністерства освіти і науки України, а також різних груп населення (Міністерство соціальної політики України, різноманітні громадські організації, університети третього віку тощо).

Багатосторонній характер проблем щодо медико-соціальної (у тому числі паліативної) допомоги людям літнього віку, а також шляхів досягнення активного довголіття обумовлює необхідність координованої дії різних урядових і неурядових організацій. Тому ми вважаємо за доцільне створити Український міжвідомчий освітній центр з питань паліативної і геріатричної підготовки (УМОЦ) професіоналів, волонтерів, учнів та студентів, а також громадськості. При цьому Мінсоцполітики України, МОЗ України, МОН України та Товариство Червоного Хреста України разом з іншими недержавними, релігійними організаціями створює єдину систему підготовки та перепідготовки кадрів з питань паліативної і геріатричної допомоги (спільний колектив викладачів, єдині програми) у різних регіонах України, надавши функції координатора кафедрі паліативної і хоспісної медицини та кафедрі терапії і геріатрії НМАПО імені П.Л. Шупика. Робота викладачів з багаторівневого навчання повинна враховуватись як педагогічне навантаження (у даний час до їх педнавантаження

включається лише підготовка лікарів закладів системи МОЗ України). При цьому зацікавлені державні і недержавні організації надають свої установи як клінічні та навчальні бази і беруть участь у фінансуванні роботи викладачів УМОЦ за умови безоплатного навчання представників цих структур (насамперед викладачів, методистів). Створенню УМОЦ може сприяти подальша робота міжвідомчої робочої групи з розроблення Національного плану дій з питань старіння в Україні при Міністерстві соціальної політики України, яка була створена за підтримки Фонду Народонаселення ООН.

Важливим питанням роботи у даному напрямку може стати забезпечення можливостей узгодженої до- та післядипломної підготовки медсестер. Для цього доцільно створити координаційну групу за участі НМАПО імені П.Л. Шупика та ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Інститутів медсестринства та провідних медичних коледжів. При цьому розробляються спільні програми навчання (базові і факультативні) та загальний колектив викладачів з використанням можливостей дистанційного навчання. Цей розділ оптимізації підготовки не передбачає суттєвих додаткових фінансових витрат.

Збільшення обсягів та забезпечення якості багаторівневої паліативної та геріатричної підготовки вимагають одночасного підвищення її економічності, оскільки в умовах економічної кризи розраховувати на значне додаткове фінансування неможливо. Тому єдиним реальним шляхом забезпечення навчання є різнобічне застосування відносно дешевого дистанційного навчання із широким використанням під час очної частини тренінгів практичної роботи із надання паліативної допомоги, наприклад, у складі мультидисциплінарних бригад при наданні медико-соціальної допомоги вдома тощо. До організації різних варіантів стандартизованого дистанційного навчання доцільно залучати кафедру медичної інформатики НМАПО імені П.Л. Шупика.

Важливим питанням оптимізації паліативної і геріатричної допомоги може стати впровадження стандартизованої підготовки осіб без медичної освіти для догляду за немічними пацієнтами. Така 3–6-місячна підготовка, що включає теоретичний і практичний курс та психологічне тестування, з отриманням відповідного сертифікату, буде свідчити про здатність людини надавати першу медичну допомогу, забезпечувати довготривалий якісний догляд за пацієнтами. Потреба у такій підготовці в сучасних умовах дуже велика. Вона також зможе підвищити доступність, ефективність та економічність паліативної і геріатричної допомоги. Проводити таку підготовку доцільно на базі

медичних коледжів або училищ із залученням Товариства Червоного Хреста України, Міжнародного благодійного фонду «Карітас України» та інших профільних організацій, а також центрів працевлаштування. Таке навчання можуть проходити студенти, члени сімей, де є немічні та паліативні пацієнти, безробітні, які мають бажання доглядати за немічними (у тому числі на платній основі у державних і приватних структурах), а також волонтери – члени громадських організацій, які надають геріатричну і паліативну допомогу. Для приватних структур, які надають відповідну допомогу, навчання можна проводити на платній основі.

У цьому плані вважаємо за важливе консолідувати зусилля фахівців та громадськості, щоб домогтися від Міністерства соціальної політики України та МОЗ України включення професії «Доглядальниця» у перелік професій та спеціальностей, а також уведення посади «Доглядальниця» у штатний розпис закладів і установ, що надають паліативну і геріатричну допомогу населенню.

Для впровадження кращого міжнародного досвіду багаторівневої підготовки для допомоги людям літнього віку перспективним є залучення для дистанційної освіти спеціалістів інших країн. Нами отримана попередня згода щодо такої співпраці від спеціалістів США, Канади, Польщі та інших країн.

Висновки

В Україні існує велика потреба та можливості суттєвої оптимізації системи багаторівневої між-

відомчої підготовки з надання паліативної і геріатричної допомоги без значного додаткового фінансування, що є особливо актуальним у сучасних складних економічних і політичних умовах. Реальним шляхом забезпечення економічності та якості багаторівневої паліативної і геріатричної підготовки є різнобічне застосування відносно дешевого дистанційного навчання.

Міжвідомчий та мультидисциплінарний характер проблем паліативної та геріатричної допомоги людям літнього віку обумовлює необхідність скоординованої дії різних урядових і неурядових організацій та кваліфікованої підготовки професіоналів і громадськості, що вимагає створення Українського міжвідомчого освітнього центру з питань паліативної і геріатричної підготовки.

Доцільним також є створення координаційної групи за участі НМАПО імені П.Л. Шупика та ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Інститутів медсестринства та провідних медичних коледжів, що дозволить розробляти спільні програми навчання (базові і факультативні) та створити загальний колектив викладачів з використанням можливостей дистанційного навчання. Цей напрям оптимізації підготовки не передбачає суттєвих додаткових фінансових витрат.

Фахові та громадські організації повинні домогтися включення професії «Доглядальниця» у перелік професій та спеціальностей, а також уведення посади «Доглядальниця» у штатний розпис закладів і установ, що надають паліативну і геріатричну допомогу населенню.

Література

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А. [та ін.]. – Тернопіль, 2010. – 432 с.
2. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні і соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // *Наука і практика. Міжвідомчий мед. журн.* – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
3. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.org/uk>.
4. Мадридський міжнародний план дій щодо старіння // Друга всесвітня асамблея з проблем старіння. Мадрид, Іспанія, 8–12 квітня 2002 року. – Фонд народонаселення ООН, 2002. – 108 с.
5. Рингач Н. О. Старіння населення в Україні як стимул змін у національній охороні здоров'я / Н. О. Рингач // *Східноєвропейський журн. громад. здоров'я.* – 2012. – № 1 (17). – С. 41–47.
6. Старіюче суспільство України: запити та рішення / Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Єгорова Л. В. [та ін.] // *Проблеми старення и долголетия.* – 2011. – № 2. – С. 246–251.
7. Сучасний стан та перспективи геріатричної підготовки лікарів, середнього медичного персоналу та волонтерів / Стаднюк Л. А., Чайковська В. В., Давидович О. В. [та ін.] // *Медична освіта.* – 2007. – № 1. – С. 38–40.
8. Царенко А. В. Мультидисциплінарна професійна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, В. А. Царенко // *Здоров'я суспільства.* – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 61–65.

9. Царенко А. В. Оптимізація післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я України / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера // *Здоров'я суспільства*. – 2013. – Т. 2, № 3–4. – С. 34–40.
10. 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.
11. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
12. Чайковская В. В. Проблемы совершенствования и стандартизации подготовки медицинских и социальных работников для гериатрической службы Украины / В. В. Чайковская, Л. А. Стаднюк // *Клиническая геронтол.* – 2002. – №1. – С. 101–105.
13. Чайковська В. В. Сучасні стратегії розвитку медико-соціальної допомоги населенню літнього віку України / В. В. Чайковська // *Східноєвропейський журн. громад. здоров'я*. – 2012. – № 1. – С. 281.
14. *Palliative care for older people: better practices* / edited by S. Hall, H. Petkova, A. D. Tsouros, M. Costantini and I. J. Higginson. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2011. – 72 p.
15. *Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People / EAPC Taskforce 2010–2012. Report*. – January 2013. – 73 p. – [Electronic resource]. – Access mode : http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf

Перспективы оптимизации всеукраинской межведомственной системы многоуровневой подготовки специалистов по оказанию паллиативной и гериатрической помощи

Л.А. Стаднюк¹, Ю.И. Губский¹, А.В. Царенко¹, В.В. Чайковская¹, В.Ю. Приходько¹,
О.В. Давидович¹, А.Н. Бондарчук¹, Ю.В. Криничный²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Днепропетровская городская больница №15, Украина

В Украине существует большая потребность в оптимизации системы многоуровневой межведомственной подготовки по оказанию паллиативной и гериатрической помощи. Реальным путем обеспечения экономичности и качества такой подготовки является применение относительно дешевого дистанционного обучения. Межведомственный и мультидисциплинарный характер проблем паллиативной и гериатрической помощи людям пожилого возраста обуславливает необходимость скоординированных действий различных правительственных и неправительственных организаций и квалифицированной подготовки профессионалов и общественности, что требует создания Украинского межведомственного образовательного центра по вопросам паллиативной и гериатрической подготовки.

Ключевые слова: межведомственная система многоуровневой подготовки специалистов, оптимизация мультидисциплинарной профессиональной подготовки, до- и последипломная подготовка медицинских работников, дистанционное обучение, система паллиативной и хосписной помощи, гериатрическая помощь, качество оказания паллиативной и гериатрической помощи, паллиативные пациенты, качество жизни пожилых людей, профессия «Сиделка».

The perspectives of optimization of the all-ukrainian intersectoral system of palliative and geriatric care specialists multilevel training

L.A. Stadnyuk, Yu.I. Gubskiy, A.V. Tsarenko, V.V. Tchaikovska, V.Yu. Prikhod'ko, O.V. Davydovych,
A.M. Bondarchuk, Yu.V. Krynychnyy

Objective: medical and social analysis and determining of possible approaches and directions of the organization of specialists' training optimizing on providing integrated multidisciplinary and intersectoral palliative and geriatric care in Ukraine, which will provide the appropriate quality of life for elderly people.

Materials and methods: domestic and foreign scientific literature, legal documents, medical statistics; information-analytical and statistical methods, comparative content analysis and systematic approach method.

Results: On the basis of international and national experience considered modern approaches and models of All-Ukrainian intersectoral system of specialists' and representatives of various groups in society multilevel training for providing comprehensive multidisciplinary and intersectoral palliative and geriatric care to population of Ukraine, highlighted the possible directions of the organization of such training optimizing. This will ensure appropriate quality of life for the elderly people, their health improving and their active longevity maintaining. The above is one of the key factors of humanization of society in Ukraine in the current medical-demographic and socio-economic conditions specific. Exceptional value for the quality of palliative and geriatric care is that persons, who work with older people at all levels of palliative and geriatric care, must have basic multidisciplinary training and undergo regular training. Intersectoral

and multidisciplinary nature of the problems related to palliative and geriatric care elderly people necessitates coordinated actions of various governmental and nongovernmental organizations. The above requires a Ukrainian intersectoral education center for palliative and geriatric training, with the involvement of the faculty of the department of palliative and hospice medicine and the State educational-methodical geriatric center of the National Medical Academy of Postgraduate Education named P.L.Shupyk. Professional and social organizations must achieve inclusion a profession "Sick-nurse" in the list of professions and specialties, as well as inclusion "Sick-nurse" in the staffing of palliative and geriatric care facilities. The real economy and quality of palliative and geriatric multilevel training is relatively cheap versatile use of distance learning. Proved that effective work to create economically advantageous standardized multidisciplinary palliative and geriatric system of training needs to address inter-agency fragmentation of attention and support of the Ministry of Health of Ukraine, Ministry of Social Policy of Ukraine and Ministry of Education and Science of Ukraine.

Keywords: inter-agency multilevel system training of specialists; optimization of multidisciplinary training; under- and postgraduate training of health specialists; distance education; palliative and hospice care system; geriatric care; quality of palliative and geriatric care; palliative patients; quality of life of older people; profession "Sick-nurse".

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Стаднюк Леонід Антонович – д.м.н., проф., зав. каф. терапії і геріатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Губський Юрій Іванович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61

Гойда Ніна Григорівна – проректор з лікувальної роботи, д.мед.н., лауреат, академік АН ВО України, проф. каф. управління охороною здоров'я НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; e-mail: N_gojda@ukr.net.

Царенко Анатолій Володимирович – к.мед.н., доц. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Чайковська Віра Володимирівна – д.м.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології ДУ "Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України". Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67; тел. (044) 430-40-68.

Приходько Вікторія Юріївна – д.м.н., проф. каф. терапії і геріатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Давидович Оксана Василівна – к.мед.н., доц. каф. терапії і геріатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Бондарчук Артем Миколайович – асистент каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Криничний Юрій Володимирович – заступник гол. лікаря з медичної частини КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 15 ДОР», головний позаштатний спеціаліст з паліативної допомоги ДООЗ Дніпропетровської ОДА, магістр державного управління.

Стаття надійшла до редакції 05.11.2015 р.

НОВОСТИ

Американские медики создали первую в мире инсулиновую таблетку

Медики из университета Санта-Барбары создали первую в мире таблетку, которая позволяет доставлять инсулин в организм диабетиков, не используя уколы, что должно психологически облегчить прием этого гормона, передает УНН со ссылкой на сайт Ассоциации фармацевтов США.

«Если мы говорим о диабете, то нам было крайне важно создать методы доставки инсулина в организм оральным путем. Сегодня диабетики вынуждены вводить себе инсулин по семь раз в день, и это часто бывает большой проблемой для них. Психологический дискомфорт часто приводит к нарушениям режима приема лекарств, появлению осложнений и госпитализации», – заявила Самир Митраготри из университета Калифорнии в Санта-Барбаре.

Как объясняют медики, главная проблема с оральной доставки инсулина в организм заключается в том, что его молекулы легко разрушаются пищеварительными соками в желудке и кишечнике, поэтому ученые уже несколько десятилетий работают над созданием средств защиты молекул гормона от пищеварительной системы.

С. Митраготри и ее коллеги впервые смогли создать таблетки, способные не только доставлять инсулин в организм человека оральным путем, но и снижать дозу лекарств, научившись создавать особые «нанопластыри», которые могут прикрепляться к стенкам кишечника. Эти пластыри, упакованные внутри защитной капсулой, предохраняют ее от кислот желудочного сока, и выполняют две функции – они препятствуют разложению молекул инсулина, спрятанных внутри них, и способствуют их проникновению в кровоток через стенки тонкого кишечника.

По словам С. Митраготри, пока эти таблетки не были одобрены регулирующими органами и им еще предстоит пройти клинические испытания на животных и людях.

Источник: med-expert.com.ua

Т.І. Чернишенко

Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні

*ДУ «Центральний методичний кабінет підготовки молодших спеціалістів
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):78-82; doi 10.15574/IJRP.M.2015.2.78

Мета. Визначити рівень учбової, наукової та методичної допомоги та підготовки медсестер в Україні для роботи з пацієнтами, що потребують паліативної допомоги.

Завдання. Професійна та психологічна підготовка медсестер для надання паліативної допомоги у загальноосвітніх медичних школах і коледжах, а також надання допомоги у проходженні курсів відповідної спеціалізації/аспірантури.

Результати. Відкриття хоспісу при медичному коледжі міста Дубни; наукові та методологічні досягнення Черкаського медичного коледжу в розвитку учбової програми для викладачів і медичних працівників у сфері паліативної допомоги для студентів і аспірантів; удосконалення учбової програми з предмету «Основи паліативної допомоги» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Висновки. Підготовка медичних спеціалістів для роботи в паліативній медицині при використанні сучасного науково-методичного забезпечення вимагає подальшого удосконалення та систематичного розвитку.

Ключові слова: паліативна допомога, паліативна медицина, навчальна програма, науково-методичне забезпечення, підготовка студентів і аспірантів.

Вступ

Збільшення в Україні, як і в більшості країн світу, кількості хворих з невиліковними захворюваннями та обмеженим прогнозом тривалості життя зумовило гостру необхідність організації та удосконалення підготовки фахівців з паліативної допомоги населенню, адже одним з показників розвитку суспільства є рівень паліативної та хоспісної допомоги [9].

Брак знань про паліативну допомогу та знеболення серед медичних працівників є однією з найбільших перешкод на шляху запровадження паліативної допомоги та знеболення у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні. Через відсутність знань з даної теми багато медичних працівників не повністю розуміють суть паліативної допомоги, не володіють навичками її надання та поділяють різноманітні міфи, хибні уявлення про сильнодіючі опіоїдні знеболювальні препарати [11].

Мета: визначити стан навчального та науково-методичного забезпечення та підготовки медичних сестер в Україні для роботи з пацієнтами, що потребують паліативної допомоги.

Матеріали і методи

Медичні сестри насамперед та інші медичні фахівці повинні бути професійно і психологічно підготовленими до надання паліативної допомоги ще на етапі додипломної освіти у вищих медичних навчальних закладах та мати можливість пройти курси відповідної спеціалізації/удосконалення на післядипломному рівні. Для досягнення мети був використаний інформаційно-аналітичний метод дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, високої якості, безперервності та наступності, з урахуванням основ деонтології, етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його родини, і передбачає щоденний моніторинг його стану.

Оскільки в паліативній медицині основним завданням медичного персоналу є опіка, а не лікування, то її основною особою виступає саме медична

сестра, пріоритетним завданням якої є вирішення проблем, які виникають у пацієнта та членів його сім'ї у зв'язку із захворюванням.

Міжнародна Рада медичних сестер у 1958 р. (за поданням американської медичної сестри Вірджинії Хендерсон) прийняла визначення сестринської справи: «Унікальним завданням медичної сестри є надання допомоги людині, хворій чи здоровій, у здійсненні тих дій по відношенню до її здоров'я, видужання чи спокійної смерті, які ця людина виконала б сама, 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 та впевненості для молодої матері, вуста тих, хто дуже слабкий, щоб говорити...».

В Етичному Кодексі медичної сестри України (ст. 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 [5].

Професія 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 у боротьбі з недугою паліативному пацієнту та його родині.

З огляду на вищезазначене, важливим є поліпшення підготовки саме медичних сестер і фельдшерів з паліативної і хоспісної допомоги для роботи як у хоспісах, відділеннях паліативного догляду, так і в інших неспеціалізованих закладах. З метою забезпечення поліпшення якості життя пацієнта шляхом своєчасної діагностики больового синдрому і розладів життєдіяльності, запобігання та полегшення його страждань, цілодобового кваліфікованого контролю симптомів і медичного догляду, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки, вищими медичними навчальними закладами розроблено навчальні плани і програми з паліативної і хоспісної допомоги для підготовки на додипломному рівні та відділеннях післядипломної освіти, проводяться навчальні семінари для викладачів. Безумовно, необхідно поліпшувати і розвивати зазначену підготовку фахівців, використовуючи кращий вітчизняний та зарубіжний досвід. Цьому сприятиме вивчений досвід

з надання паліативної і хоспісної допомоги, наприклад, у Нідерландах. На часі відкриття відділень та будинків сестринського догляду, хоспісів. Саме тут потрібні будуть і дипломовані медичні сестри, медичні сестри-бакалаври та магістри.

Заслугове вивчення і підтримки позитивний досвід створення хоспісів при медичних коледжах. Такий заклад створено при Дубенському медичному коледжі. Викладачі-лікарі за фахом забезпечують медичну та консультативну допомогу пацієнтам, а догляд за хворими, надання паліативної допомоги здійснюють не тільки кваліфіковані медичні сестри, але й студенти старших курсів, які навчаються у коледжі за спеціальністю «Лікувальна справа» [13].

Питання створення хоспісів опрацьовується в інших медичних коледжах та інститутах медсестринства.

Позбавлення страждань часто не здійснюється через недостатність знань про паліативну допомогу, тому зростає важливість безперервної освіти та належної підготовки всіх, хто надає медичну допомогу, – медичних фахівців та інших осіб, які здійснюють догляд, у тому числі працівників неурядових організацій та членів сімей пацієнтів [6].

Для підготовки молодших спеціалістів у медичних училищах, коледжах та інститутах медсестринства за ініціативи Черкаського базового медичного коледжу створено програми з паліативної та хоспісної медицини зі спеціальностей:

- 5.12010102 «Сестринська справа»;
- 5.12010101 «Лікувальна справа»;
- 6.120101 «Сестринська справа».

У 2011 р. Міністерством охорони здоров'я України затверджені навчальні програми з дисциплін:

– «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині» для підготовки медичних сестер [7];

– «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина» для підготовки фельдшерів [1];

– «Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі» для підготовки медичних сестер [2].

У здійсненні навчального процесу найважливіша і найвідповідальніша роль належить викладачу з будь-якої навчальної дисципліни, у тому числі і з паліативної допомоги. Так, Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика для викладачів вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів розроблено програму циклу тематичного удосконалення «Основи підготовки до проведення навчання з паліативної допомоги» (обсягом 156 годин). З 2010 р. розпочала свою роботу на клінічних базах поліклініки №1 Печерського району м. Києва, Київської міської клінічної лікарні №2 та Київського міського клінічного онкологічного центру перша в Україні

кафедра паліативної та хоспісної медицини в НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Викладачами Черкаського медичного коледжу була створена програма для викладачів дисципліни «Основи медсестринства» ВМ(Ф)НЗ I–III рівнів акредитації на курсах удосконалення (очно-заочної форми навчання) обсягом 90 годин [12]. У 2011 р. на базі цього закладу Міжнародною тренінговою програмою ELNES (США) був успішно проведений виїзний цикл тематичного удосконалення для викладачів медичних коледжів України «Основи підготовки до проведення навчання з паліативної допомоги» та практикуючих медичних сестер України «Підготовка медсестер до надання паліативної допомоги. Вікові аспекти». Варто поновити практику таких тематичних удосконалень, оскільки колективи навчальних закладів поповнюються новими спеціалістами, а набуті знання потребують постійного оновлення [6].

Актуальним залишається питання підвищення кваліфікації медичних працівників, що працюють у закладах паліативної допомоги. З цією метою викладачами Черкаського базового медичного коледжу були розроблені:

- програма для циклів удосконалення та спеціалізації молодших спеціалістів з медичною освітою з циклу «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (обсягом 144 та 288 годин). Підготовка за цією програмою здійснюється у медичних коледжах, училищах, інститутах медсестринства, центрах, на постійно діючих курсах підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів [8];

- програма тематичного удосконалення «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги (обсягом 40 годин) [3];

- програма спеціалізації та удосконалення для медичних сестер – бакалаврів відділень паліативно-хоспісної допомоги (очна форма навчання, затверджена МОЗ України 2012 р., обсягом 288 годин та 144 години).

Зазначеними навчальними програмами передбачено 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 з 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 та 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 тяжкохворими.

Таким чином, надання паліативної допомоги пацієнту та його родичам буде забезпечуватися кваліфікованими фахівцями, які пройшли цикл тематичного удосконалення/спеціалізації з надання паліативної допомоги [11].

На разі гостро стоїть питання стосовно розробки протоколів надання паліативної допомоги та знеболення. Варто зауважити, що авторським колективом викладачів Черкаського базового медичного коледжу спільно з Державним експертним центром МОЗ України, Асоціацією медичних сестер України, Центральним методичним кабінетом підготовки молодших спеціалістів МОЗ України розроблені протоколи медичної сестри, фельдшера, акушерки з догляду за пацієнтом, які введені в дію наказом МОЗ України від 01.06.2013 р. № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій» [4]. Ці протоколи уже зараз необхідно активно використовувати при здійсненні догляду за паліативними пацієнтами.

Окрім того, необхідно:

- розробити протокол надання паліативної допомоги та широко його розповсюджувати серед усіх медичних працівників, що формуватиме основу їх навчання та діяльності у цій сфері медичної опіки [10];

- запровадити викладання паліативної допомоги у складі навчальних програм як для лікарів, так і для медичних сестер. Встановити чіткий стандарт освіти у галузі паліативної допомоги та знеболення для забезпечення отримання, принаймні, базових знань з даної дисципліни усіма медичними фахівцями;

- питання щодо надання паліативної допомоги ввести у державні екзамени при отриманні дипломів про освіту лікарів та медичних сестер;

- запроваджувати для медичних сестер-слухачів відділень післядипломної освіти стажування з паліативної допомоги у відділеннях паліативної допомоги, хоспісах;

- на базі існуючих хоспісів, паліативних відділень розвивати навчально-тренінгові центри з паліативної допомоги для лікарів і медичних сестер з можливістю підготовки немедичних працівників та волонтерів з питань догляду за паліативними пацієнтами;

- вдосконалювати післядипломну освіту медичних сестер з паліативної допомоги та знеболення, включивши ці питання до програм післядипломної освіти та ввівши їх до переліку питань екзаменів, які складаються медичними сестрами після закінченню курсів спеціалізації чи вдосконалення [6,11].

15 років поспіль в Україні діє Асоціація медичних сестер України. Головною метою створення та діяльності Асоціації є сприяння захисту правових, професійних, економічних, культурних та інших інтересів медичних працівників, а особливо найчисельнішої ланки – медичних сестер. Асоціація разом із фахівцями-практиками, представниками навчальних закладів активно працює над створенням нової Програми розвитку медсестринства, де важлива роль у наданні паліативної допомоги буде належати саме медичній сестрі.

Застосовуючи інноваційні медичні технології, активно використовуючи досягнення сучасної медичної науки, завжди необхідно пам'ятати, що найголовніше завдання медичної сестри, яка працює з паліативним пацієнтом, – це виявляти великий гуманізм та милосердя як до нього, так і до членів його родини. Адже за визначенням Флоренс Найтгін-

гейл: «...догляд за хворими – це таке ж мистецтво, як живопис та скульптура. Це найвище з мистецтв, але що означає працювати над каменем чи полотном порівняно з працею над живим людським організмом! Мистецтво догляду – це найвище з мистецтв. Тому найстрашніша небезпека, яка йому загрожує, – це небезпека перетворитись у звичайне ремесло...».

Висновки

В Україні підготовка медичних сестер ґрунтується на сучасній навчальній та науково-методичній базі і потребує подальшого системного розвитку.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у:

- поліпшенні підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів з паліативної допомоги шляхом проведення не тільки циклів удосконалення, але й короткострокових курсів, особливо це стосується викладачів клінічних дисциплін;

- розробці та впровадженні навчальних програм для різних категорій медичних сестер, лікарів та організаторів охорони здоров'я з надання паліативної допомоги;

- організації, з урахуванням міжнародного та вітчизняного досвіду, ґрунтовного навчання фахівців роботі та взаємодії у складі мультидисциплінарної бригади шляхом розробки та впровадження навчальних модулів для лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, консультантів та волонтерів у співробітництві з хоспісами, організаціями громадянського суспільства та міжнародними експертами з паліативної медицини.

Література

1. Андрієвський І. Ю. Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина: програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010101 «Лікувальна справа» / І. Ю. Андрієвський, Г. Б. Кучанська. – Київ : Медицина, 2011. – 30 с.
2. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразалій. – Київ : Медицина, 2011. – 11 с.
3. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма циклу спеціалізації для слухачів відділень післядипломної освіти / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразалій. – Київ : Медицина, 2011. – 12 с.
4. Губенко І. Я. Тематичний план і програма курсів удосконалення викладачів основ медсестринства ВМ(Ф)НЗ I–III рівнів акредитації (очно-заочна форма навчання) / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразалій. – Київ : Медицина, 2011. – 9 с.
5. Етичний кодекс медичної сестри України : Прийнято та підписано на I з'їзді медичних сестер України в 1999 році в Чернівцях [Електронний документ]. – Режим доступу : http://medsprava.com.ua/korisna_informatsija/etichnij_kodeks_medichnoyi_sestri_ukrayini/ – Назва з екрану.
6. Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими. Резолюція 67-ї сесії Всесвітньої асамблеї здоров'я. 23 січня 2014 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60854-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60854-0/fulltext) – Назва з екрану.

7. *Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині: програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа»* / Шегедин М. Б., Джулай Л. І., Радзієвська І. В. [та ін.]. – Київ : Медицина, 2011. – 29 с.
8. *Неконтрольований Біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини [Електронний документ].* – Режим доступу : <https://www.hrw.org/nl/node/256202>. – Назва з екрану.
9. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 [Електронний документ].* – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.
10. *Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України № 597 від 19.09.2011 [Електронний документ].* – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12748>. – Назва з екрану.
11. *Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій* / М. К. Хобзей, Т. І. Чернишенко, В. Г. Аншай [та ін.]. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.
12. <http://dmk.edu.ua/>
13. <http://medicallaw.org.ua/ua/novini/article/318/>

Підготовка медичних сестер по паліативній допомозі в Україні

Т.І. Чернишенко

ГУ «Центральний методический кабінет підготовки младших спеціалістів Міністерства здоров'я України», г. Київ

Цель. Определить уровень учебной, научной и методической помощи и подготовки медсестер в Украине для работы с пациентами, которые нуждаются в паллиативной помощи.

Задача. Профессиональная и психологическая подготовка медсестер для оказания паллиативной помощи в общеобразовательных медицинских школах и колледжах, а также оказание помощи в прохождении курсов соответствующей специализации/аспирантуры.

Результаты. Открытие хосписа при медицинском колледже города Дубны; научные и методологические достижения Черкасского медицинского колледжа в развитии учебной программы для преподавателей и медицинских работников в сфере паллиативной помощи для студентов и аспирантов; усовершенствование учебной программы по предмету «Основы паллиативной помощи» в Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Выводы. Подготовка медицинских специалистов для работы в паллиативной медицине при использовании современного научно-методического обеспечения требует дальнейшего усовершенствования и систематического развития.

Ключевые слова: паллиативная помощь, паллиативная медицина, обучающая программа, научно-методическое обеспечение, подготовка студентов и аспирантов.

Training of nurses in palliative care in Ukraine

T.I. Chernyshenko

SI «Central Curriculum Office for training of junior specialists of the Ministry of Health of Ukraine», Kiev

Aim. Determination of a condition of educational, scientific and methodical support and training of nurses in Ukraine for work with patients who need the palliative care.

Objective. Professional and psychological preparation of nurses for palliative care at the stage of undergraduate education in medical schools and colleges and rendering them the opportunity to take courses of relevant specialization/ improvement at postgraduate level.

Results. Opening a hospice at Dubny medical College; scientific and methodological achievements of Cherkasy medical College in development of training program for lecturers and medical specialists in palliative care on both undergraduate and postgraduate level; development of training program of theme improvement "Fundamentals of Palliative Care" by National Medical Academy of postgraduate education named after P.L. Shchupyk.

Conclusions. Training of medical specialists for work in palliative medicine requires further improvement and systematic development on using of modern scientific and methodological supply.

Key words: palliative care, palliative medicine, training program, scientific and methodological supply, undergraduate and postgraduate training.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Чернишенко Тетяна Іванівна, к.н. з державного управління, директор ДУ «Центральний методичний кабінет підготовки молодших спеціалістів МОЗ України». Адреса: м. Київ, вул. Братиславська, 5; тел.: (044) 253-80-59.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

Л.В. Білик

Наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога»

Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):83-88; doi 10.15574/IJRP.2015.2.83

Метою роботи було теоретичне обґрунтування й експериментальна перевірка педагогічних умов формування паліативної компетентності студентів-медиків у процесі професійної підготовки. Поняття «паліативна компетентність студентів-медиків» вперше введено в науковий обіг в Україні. Аналіз сучасних досліджень із означеної проблеми та практики професійної підготовки майбутніх медиків дозволив визначити наступні педагогічні умови формування паліативної компетентності студентів: формування мотиваційної сфери, спрямованої на інтеріоризацію професійних цінностей; організація особистісно-орієнтованої підготовки студентів медичних навчальних закладів на основі гуманізації взаємодії суб'єктів педагогічного процесу та розвитку їх моральних якостей; конструювання змісту навчального матеріалу з паліативної допомоги у вигляді ситуаційних завдань, адекватних спроектованим компетенціям; прищеплення деонтологічних навичок на доклінічному етапі навчання, використання сучасних інноваційних технологій розвитку комунікативних умінь майбутніх медичних працівників; активізація волонтерської діяльності, наставництва і соціальної позиції молоді в процесі підготовки студентів-медиків. Реалізація на практиці визначених педагогічних умов у різних формах, методах, технологіях навчання і виховання сприяє підвищенню ефективності процесу формування паліативної компетентності майбутніх медичних сестер, фельдшерів та акушерок.

Ключові слова: професійна компетентність, паліативна та хоспісна допомога, студенти-медики.

Вступ

Пріоритетним напрямом модернізації сучасної системи вищої медичної освіти є підвищення якості професійної підготовки медичних працівників. Сучасний етап розвитку суспільства потребує реформаційних процесів в освітній галузі. В нинішніх умовах особливо актуальним у сфері вищої медичної освіти стає компетентнісний підхід, який забезпечує перехід від теоретичних знань до отримання практичного досвіду роботи й фахової компетентності.

Нині в Україні професія медичної сестри, фельдшера та акушерки є затребуваною у зв'язку з погіршенням здоров'я нації та необхідністю розв'язувати проблеми людей і задовольняти їхні потреби, що виникають під час хвороб. Важливою складовою системи охорони здоров'я є паліативна допомога, що уможливорює реалізацію прав люди-

ни на максимальне зменшення болю, страждань і гідне завершення життя.

До стратегічних завдань, що стоять перед охороною здоров'я, віднесено забезпечення високої якості медсестринської допомоги. Отже, проблема формування паліативної компетентності студентів-медиків в умовах викликів сьогодення є надзвичайно актуальною.

Із метою виконання зазначених завдань доцільно передбачити використання комплексу педагогічних умов, яким належить особлива роль у навчальному процесі. Педагогічні умови виступають у вигляді комплексу практично реалізованих в освітньому процесі медичного коледжу заходів, що спрямовані на формування паліативної компетентності.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні й експериментальній перевірці педагогічних умов формування паліативної

компетентності студентів-медиків у процесі професійної підготовки.

Основні завдання та методи дослідження: теоретично обґрунтувати й апробувати педагогічні умови формування паліативної компетентності студентів-медиків як цілісної розвивальної програми експериментального, практичного втілення їх у процес професійної підготовки студентів медичних коледжів.

Результати дослідження та їх обговорення

Розглядаючи сутність поняття «педагогічні умови» у сучасних словниках і довідкових виданнях, можна стверджувати, що поняття «педагогічні умови» вживається у психолого-педагогічній літературі у значенні сукупності об'єктів, вимог, правил, обставин, які впливають на розвиток та формування педагогічних явищ, систем, процесів, якостей особистості.

Аналіз сучасних досліджень із означеної проблеми та практики професійної підготовки майбутніх медиків дав можливість визначити наступні педагогічні умови формування паліативної компетентності студентів:

1) формування мотиваційної сфери студентів, спрямованої на інтеріоризацію професійних цінностей;

2) організація особистісно-орієнтованої підготовки студентів медичних навчальних закладів на основі гуманізації взаємодії суб'єктів педагогічного процесу та розвитку їх моральних якостей;

3) конструювання змісту навчального матеріалу з паліативної допомоги у вигляді ситуаційних завдань, адекватних спроектованим компетенціям;

4) прищеплення деонтологічних навичок на доклінічному етапі навчання, використання сучасних інноваційних технологій розвитку комунікативних умінь майбутніх медичних сестер, фельдшерів та акушерок;

5) активізація волонтерської діяльності, наставництва і соціальної позиції молоді в процесі підготовки студентів-медиків.

Перша умова розвитку досліджуваного феномену стосується формування мотиваційної сфери майбутніх медиків, спрямованої на інтеріоризацію професійних цінностей.

Професійний розвиток кожної особистості неможливий без розвитку професійної мотивації з притаманною їй складною та ієрархічною будовою мотивів. Н. Воропай зауважує: «Мотивація, як і інші вищі психологічні функції, – соціально обумовлене явище, яке виникає і змінюється в житте-

діяльності людини, її особистій психологічній діяльності; мотиваційно-потребувальна сфера розвивається в цілісному процесі з інтелектуально-операційною сферою, лише в цьому випадку можна говорити про їхню взаємодію та взаємовплив.» [1].

Серед науковців, які розглядають питання розвитку мотиваційної сфери студентів-медиків, можна відмітити роботи О. Бобер, Н. Вишневської, Н. Куренкової, А. Фітьмової.

Формування мотиваційної сфери студентів-медиків передбачало застосування цілого комплексу вправ, що сприяло залученню студентів до певного виду діяльності. Її організація породжувала позитивні емоції у студентів – задоволеності, радості від успіху тощо. Повторення відповідної ситуації зумовлювало розвиток нової потреби в діяльності, яка ґрунтувалася на приємних емоційних переживаннях. Так, студентам пропонувалося здійснити невідкладну медичну допомогу уявному пацієнту (своєму однокурснику) за певним діагнозом. Якщо допомога була адекватною, то пацієнт мав дякувати різними способами колезі, що викликало позитивні емоції та бажання працювати за обраним фахом.

Наступним шляхом формування мотиваційної сфери майбутніх медичних працівників були спонукання, цілі, ідеали, що повідомлялися студентам. Це завдання полягало у їх перетворенні із зовнішньо усвідомлюваних на реально діючі мотиви. З цією метою використовувалися такі методи, як роз'яснення, переконання, наведення прикладів тощо. Викладачами коледжу організовувалося проведення індивідуальних бесід, під час яких звучали прямі і завуальовані запитання щодо мотивів вибору професії, необхідності працевлаштування в конкретних медичних установах, вірогідності роботи з невиліковно хворими людьми тощо. Студентам надавалися цінні поради та обґрунтовувалася необхідність вибору роботи з надання паліативної допомоги хворим.

Ураховуючи, що в паліативній медицині дуже важливі прояви емпатії, як здатності до співпереживання, чутливості до чужого болю, готовності допомогти важкохворим, студентам пропонувалися тренінгові вправи, під час розв'язання яких їм доводилося ототожнювати себе з однокурсниками, викладачами, пацієнтами. Це допомагало їм опанувати такими механізмами міжособистісної інтерактивної взаємодії, як ідентифікація (розуміння й інтерпретація поведінки і вчинків інших людей шляхом ототожнення себе з ними).

Одним із найважливіших мотиваційних факторів, як відмічають Т. Гусак і В. Крилова, є інтенсивна педагогіка, під якою розуміється введення у навчальний процес активних методів, перш за все

ігрового тренінгу, основу якого складають інноваційні та організаційно-діяльнісні ігри. У таких іграх, на думку авторів, відбувається перехід від односторонніх часткових знань до багатосторонніх знань про об'єкт, його моделювання з виділенням головних протиріч, а не лише набуття навички приймати рішення [2]. Враховуючи думку цих авторів, у нашій експериментальній роботі використовувалися ігрові тренінги, що наведені нижче.

Тренінг 1. «Розповідь про якість, яку я найбільше ціную в професії медичного працівника». Мета: розкрити власні уподобання. Кожному з учасників тренінгу пропонується подумати над тим, яку якість він понад усе цінує в людях. Після зробленого висновку пропонується пригадати (чи вигадати) коротке оповідання, історію, випадок, в якому йшлося б про обрану цінну якість. У кінці тренінгового заняття відбувається групове обговорення з метою отримання відповіді на запитання: «Чи є для вас цінною та якість, про яку говорилося у даному випадку?».

Тренінг 2. «Хто я?». Мета: дати власну адекватну самооцінку. Кожному учаснику пропонується відповісти на запитання «Хто я» та записати на листку. Бажано, щоб було не менше 10 відповідей, які характеризують людину з різних позицій. При цьому потрібно враховувати будь-які власні характеристики, риси, інтереси, емоції, що починаються з букви «Я», а саме: я – здібна студентка; я – любляча дочка; я завжди прагну більшого; я – оптиміст; я буваю невдячна; я схильна до образ і довго тримаю їх у душі; я не завжди об'єктивна і не люблю критики. Потім по черзі кожен зачитує свої характеристики, всі інші повинні уважно слухати, щоб згодом висловити власну точку зору з приводу об'єктивності характеристик окремих студентів.

Ці тренінги сприяли організації особистісно-орієнтованої підготовки майбутніх медичних фахівців на підґрунті гуманізації взаємодії суб'єктів педагогічного процесу та розвитку їх моральних якостей, що визначено у нашому дослідженні як *другу педагогічну умову* формування паліативної компетентності студентів-медиків.

Сучасний розвиток вищої освіти здійснюється на засадах особистісно-орієнтованої освіти, гуманістичних пріоритетів медиків. Цьому суттєво сприяє реалізація в практиці професійної підготовки ідей індивідуалізації навчально-виховного процесу, розвитку суб'єктності студентів-медиків. У сучасному розумінні особистісно-орієнтований підхід в освіті є визнанням головною діючою фігурою всього освітнього процесу студента, створення для нього умов саморозвитку та самовдосконалення власних здібностей.

Отже, з урахуванням результатів сучасних досліджень, особистісно-орієнтовану підготовку майбутнього медика характеризуємо як педагогічну концепцію, життєву програму кожної конкретної особистості, яка надає можливість шукати шляхи для розвитку власних професійно значущих якостей та адаптуватися до умов мінливого суспільства.

Особистісно-орієнтована підготовка медичної сестри, фельдшера чи акушерки у нашому дослідженні передбачала диференціацію виконання навчальних завдань із урахуванням рівнів здібностей студентів, розвитку в них таких особистісних якостей, як відповідальність, пунктуальність, організованість. Логічно підібраний навчальний матеріал забезпечував виявлення змісту суб'єктивного досвіду студента, враховуючи досвід його попереднього навчання. Темп роботи студентів визначався ступенем цілеспрямованості, розвитку їх інтересів.

Третьою педагогічною умовою нашого дослідження стало конструювання змісту навчального матеріалу з паліативної допомоги у вигляді ситуаційних завдань, адекватних спроектованим компетенціям. Протиріччя, невизначеність у проблемній ситуації, на думку О. Неловкіної–Берналь, є важливою складовою навчання і необхідним компонентом формування професійного мислення та компетентності. Ефективним засобом застосування проблемних ситуацій є створення системи навчальних завдань зростаючої складності й проблемності, а також розв'язання їх шляхом спільного обговорення студентами [6].

Отже, застосування методу ситуаційного навчання в процесі підготовки студентів медичних коледжів передбачає проведення дискусій, метою яких є з'ясування відповідей на питання: «Хто винен у ситуації, що склалася? Які оптимальні шляхи розв'язання наявної проблеми?».

Обговорення та аналіз ситуаційних прикладів органічно доповнює лекційний матеріал, зосереджуючи увагу студентів на реальному розв'язанні ситуацій. Із цією метою використовувалися різні ситуаційні завдання:

1. Ви прийшли до пацієнта з онкологічним захворюванням. Він не знає про свою хворобу і просить вас ознайомити його з медичним діагнозом. Ваші дії?
2. Ви застали пацієнта в депресивному стані. Ваші дії?
3. Родичі хворого наполягають на введенні йому наркотичних препаратів. Ваші дії?
4. Хвора похилого віку просить вас зробити етаназію, щоб припинити її страждання. Ваші дії?
5. Хворий на СНІД повідомляє медичній сестрі, що хоче закінчити життя суїцидом. Ваші дії?

6. Ви зробили хворому ін'єкції згідно медичного припису. Він вимагає зробити йому додаткову ін'єкцію, яку лікар не виписував. Ваші дії?

7. Невиліковний хворий знаходиться в агресивному стані та просить більше до нього не приходити. Ваші дії?

Обговорення таких ситуацій сприяло розвитку фахових компетенцій студентів, оцінювання яких здійснювалося у формі портфоліо. Аутентичне оцінювання передбачало визначення сформованості умінь і навичок особистості в умовах переміщення її в ситуацію, що максимально наближена до умов реального професійного життя. Аутентичне портфоліо було використано в процесі експериментальної роботи не лише для моніторингу рівня засвоєння змісту програмного матеріалу, але й для формування індивідуальної освітньої траєкторії студента в галузі паліативної медицини.

Четверта педагогічна умова передбачала прищеплення деонтологічних навичок на доклінічному етапі навчання, використання сучасних інноваційних технологій розвитку комунікативних умінь майбутніх бакалаврів медицини.

Медичній деонтології присвячені праці багатьох науковців серед яких Н. Асєєва, С. Вековщина, В. Запорожан, Н. Касевич, В. Кулініченко та інші. Серед складових професійної компетентності ряд науковців (Л. Васильєва, І. Слюсарєва та ін.) виокремлюють деонтологічну – як інтегроване особистісне утворення, що відображає теоретичну і практичну готовність до здійснення нормативної професійної поведінки.

Діяльність представників медичних професій регулюється деонтологічними нормами, які закріплені у професійних присягах, кодексах, правилах тощо. Деонтологічні правила є вираженням у концентрованому вигляді уявлень суспільства про місце, роль і завдання медиків. Їх реалізація у медицині передбачає: інформування пацієнта про стан його здоров'я та права; гуманне ставлення до пацієнта, повага до його людської гідності; повага прав пацієнта на проведення медичних втручань або відмови від них; недопущення моральної та фізичної шкоди пацієнтові; повага автономії (самостійності) пацієнта; прояв дбайливого ставлення до помираючого хворого; збереження професійної таємниці; підтримка на високому рівні своєї професійної компетентності; підтримка шанобливого ставлення до своєї професії; шанобливе ставлення до своїх колег; участь у медико-санітарній освіті населення.

Засвоєння деонтологічних правил у процесі навчання в медичному коледжі передбачало проведення цілого комплексу спеціальних бесід. Так, студентам пропонувалася вправа «Кодекс медич-

ного працівника», де на основі аналізу відомих положень етичного кодексу їм потрібно було створити власний етичний кодекс, який вони у майбутньому будуть використовувати у процесі надання паліативної допомоги хворим.

У нашому дослідженні розвиток деонтологічних навичок пов'язувався з формуванням у студентів комунікативних умінь (О. Кутузова, О. Новікова, Т. Тихонова, О. Яцина та ін.). Соціально-комунікативна компетентність, на думку О. Кутузова, є необхідним компонентом загальнокультурного і професійного розвитку особистості майбутнього медичного працівника, оскільки забезпечує особистісно-професійне становлення майбутнього фахівця і оптимізує сам процес професійної діяльності [5].

У процесі роботи зі студентами проводилися різні комунікативні тренінги: «Спілкування є грою життєвих ролей» (учасникам пропонується побудувати спілкування з уявним хворим у разі відмови його від лікування; надання психологічної допомоги пацієнту тощо), «Гороховий король» (передбачає уміння вести професійну діалогову комунікацію).

П'ята педагогічна умова формування паліативної компетентності студентів-медиків передбачала активізацію волонтерської діяльності, наставництва й активної соціальної позиції молоді.

Окремі аспекти діяльності волонтерів розкриті у працях вітчизняних науковців: тенденції розвитку волонтерського руху в Україні (Н. Вайнілович; Р. Вайнола, А. Капська, Н. Комарова та ін.); особливості підготовки та організації волонтерського руху, зміст та технології роботи волонтерів (Т. Лях, О. Безпалько, Н. Заверико, І. Зверєва, Н. Зимівець; Н. Комарова, С. Толстоухова, Н. Мірошниченкота ін.). На необхідність використання волонтерської допомоги у професійній підготовці медичних працівників вказують Н. Сивас, Н. Усович та інші.

Ураховуючи специфіку професії медичної сестри й українські реалії сьогодення, волонтерська діяльність набуває ознак милосердя, формує потребу такого виду діяльності. Волонтерство і благодійність у 2015 році набрали в Україні небачених досі масштабів.

Участь у волонтерському русі є важливою складовою професійної підготовки студентів, які своє життя пов'язують з медициною. У нашому дослідженні ця педагогічна умова стала основою розвитку соціальних і професійно-релевантних компетенцій майбутніх медичних спеціалістів. Відвідування в лікувальних установах поранених бійців, збір коштів для потреб захисників, піклування про переселенців, допомога дітям-сиротам, дітям-

інвалідам, студентам із соціально незахищених родин – ось дуже короткий перелік волонтерської діяльності студентів-медиків. У Черкаському медичному коледжі створений волонтерський загін, який разом з цикловою комісією хірургічних дисциплін проводив навчання за 48-годинною програмою з надання невідкладної медичної допомоги на доклінічному рівні. Заняття для студентів проводили кваліфіковані лікарі та психологи. Постійна практична допомога людям сприяє формуванню у молоді таких якостей особистості, як гуманізм, милосердя, доброта, чуйність тощо.

Література

1. Воронай Н. Місце мотивації до самостійної роботи у формуванні професійних компетентностей майбутнього вчителя початкової школи / Н. Воронай // Психолого-педагогічні проблеми сільської школи. – 2009. – Вип. 31. – С. 19–25.
2. Гусак Т. Формування у студентів мотивації до учіння / Т. Гусак, В. Крилова // Рідна школа. – 2000. – № 3. – С. 39–41.
3. Енциклопедія інновацій / за ред. Р. Дяківа. – Київ : Міжнародна економічна фундація, 2012. – 599 с.
4. Краткий психологический словарь. / ред.-сост. Л.А. Карпенко, под общей ред. А. Н. Петровского, М. Г. Ярошевского. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 512 с.
5. Кутузова О.Б. Социально-коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности будущих медицинских работников / О. Б. Кутузова // Вестник СГТУ. – 2012. – № 1 (63). – Вип. 1. – С. 186–190.
6. Неловкіна–Берналь О.А. Формування комунікативної компетентності іноземних студентів-медиків на заняттях з мови спеціальності / О.А. Неловкіна–Берналь // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2012. – № 15 (250). – Ч. I. – С. 96–102.
7. Философская энциклопедия : в 5 т. / [науч. ред. Ф.В. Константинов]. – Москва : Советская энциклопедия, 1964. – Т. 5. – 1964. – 740 с.

Научные исследования и подготовка научных кадров по направлению «Паллиативная и хосписная помощь»

Л.В. Билык

Черкасский медицинский колледж, г. Черкасы, Украина

Целью работы было теоретическое обоснование и экспериментальная проверка педагогических условий формирования паллиативной компетентности студентов-медиков в процессе профессиональной подготовки. Понятие «паллиативная компетентность студентов-медиков» впервые введено в научный оборот на Украине. Анализ современных исследований по данной проблеме и практики профессиональной подготовки будущих медиков позволил определить следующие педагогические условия формирования паллиативной компетентности студентов: формирование мотивационной сферы, направленной на интериоризацию профессиональных ценностей; организация лично-ориентированной подготовки студентов медицинских учебных заведений на основе гуманизации взаимодействия субъектов педагогического процесса и развития их моральных качеств; конструирование содержания учебного материала по паллиативной помощи в виде ситуационных заданий, адекватных спроектированных компетенций, привитие деонтологических навыков на доклиническом этапе обучения, использование современных инновационных технологий развития коммуникативных навыков будущих медицинских работников; активизация волонтерской деятельности, наставничества и социальной позиции молодежи в процессе подготовки студентов-медиков. Реализация на практике данных педагогических условий в разных формах, методах, технологиях обучения и воспитания способствует повышению эффективности процесса формирования паллиативной компетентности медицинских сестер, фельдшеров и акушерок.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, паллиативной и хосписной помощи, студенты-медики.

Висновки

Реалізація на практиці визначених педагогічних умов у різних формах, методах, технологіях навчання і виховання сприяє підвищенню ефективності процесу формування паліативної компетентності майбутніх медичних сестер, фельдшерів та акушерок.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження варто спрямувати на розробку технологічного інструментарію і комплексної програми розвитку паліативної компетентності студентів-медиків.

Scientific researches and scientific staff training in the field of " Palliative Care and Hospice"

L.V. Bilyk

Cherkasy Medical College, Cherkasy, Ukraine

The aim of the work was theoretical substantiation and experimental verification of pedagogical conditions of formation of palliative competence of medical students during the professional training. The term of „palliative competence of medical students” at first was introduced in the scientific revolution in the Ukraine. Analysis of current research on this subject and practice of training future physicians allow identified the following pedagogical conditions of formation of palliative competence of students: the formation of motivational sphere, aimed at internalization of professional values; organization of personality-oriented training of medical students, based on the humanization of interaction of subjects of educational process and the development of their moral qualities; the construction of the content of educational material on palliative care as a situational tasks designed adequate competencies, inculcation of ethical skills during the preclinical years, the use of modern innovative technologies of the future development of communication skills of health workers; activation of volunteer activities, mentoring, and social position of young people during the training of medical students. The implementation in practice these teaching conditions in different forms, methods, technologies of training and education contribute to the efficiency of the process of formation of palliative competence of nurses, paramedics and midwives.

Key words: professional competence, palliative and hospice care, medical students.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Білик Любов Володимирівна – зав. відділення Черкаського медичного коледжу. м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел.: (0472) 32-12-46.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

«Радиоактивная» повязка лечит рак кожи не хуже огромного аппарата радиотерапии

Американские ученые успешно испытали на животных принципиально новый метод радиотерапии распространенных форм рака кожи.

Вместо громоздких аппаратов с мощными источниками излучения можно использовать удобные повязки с радиоактивными наночастицами.

Немеланомные злокачественные новообразования кожи (плоскоклеточный рак и базальноклеточная карцинома) являются наиболее распространенными формами рака из всех его почти 200 разновидностей.

Во многих случаях после хирургического иссечения опухоли больным назначается курс радиотерапии. Для этого им нужно являться в клинику, где в специальном кабинете врач направит сфокусированный пучок радиоактивных частиц на нужный участок кожи.

Несмотря на то что современные аппараты радиотерапии безопасны, поток радиоактивных частиц будет воздействовать и на здоровые ткани, что, конечно, нежелательно.

А метод, который предлагают ученые из университета Северного Техаса (University of North Texas) позволяет свести облучение здоровых тканей почти к нулю.

Ученые испытали созданный ими метод на мышах, у которых был вызван плоскоклеточный рак кожи.

На больные участки ученые накладывали повязки, содержавшие наночастицы радиоактивного изотопа гольмия: гольмий-166 (¹⁶⁶Ho). Повязки накладывались ежедневно на 1 час в течение 15 дней.

После 15 дней такого лечения опухоли кожи полностью исчезли у 3-х из 10 мышей, а у остальных 7 новообразования значительно уменьшились в размерах.

В ближайшее время техасские ученые собираются начать новое исследование с большим количеством животных, для того чтобы установить оптимальную дозу «повязочной» радиации.

Планируется также провести изучение эффективности этого метода для лечения базальноклеточной карциномы.

Ученые утверждают, что технология производства таких повязок достаточно проста. Кроме этого, есть возможность выпускать повязки разного размера и формы.

Источник: med-expert.com.ua

О.В. Мішуренко, Г.О. Лукіна

Досвід післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання паліативної та хоспісної допомоги

Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):14-20; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.14

Показано досвід проведення короткотермінових циклів тематичного удосконалення для медичних сестер первинної ланки. Такі цикли мають перспективу впровадження у систему безперервного професійного розвитку медсестер. Наголошується на актуальності навчання медсестер наданню паліативної та хоспісної допомоги.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, безперервна післядипломна освіта, сімейна медична сестра.

Уявіть, що світ належить усім людям разом...

Джон Леннон

Вступ

Інтеграція вищої медичної освіти в Україні до Болонського процесу, перехід до системи міжнародних освітніх стандартів, зокрема безперервного професійного розвитку фахівців, потребують подальшої оптимізації процесу післядипломної освіти медичних працівників. В умовах повсякденного значного росту кількості медичної інформації, оновлення технологій діагностики і стандартів лікування, підвищення вимог до якості медичної допомоги фахівці практичної охорони здоров'я відчують потребу в постійному удосконаленні та оновленні своїх професійних знань та навичок [2]. Сьогодні в особливо складному становищі опинились медсестри загальної практики – сімейної медицини, які мають бути добре обізнаними з понад двадцятьма напрямками медсестринської діяльності і тому повинні мати більше можливостей для підвищення своєї кваліфікації.

Наслідком негативних тенденцій сучасного популяційного здоров'я в Україні (постаріння населення, зростання тягаря невиліковних захворювань з тривалим хронічним перебігом серед усіх вікових груп, значне поширення ВІЛ-інфекції та туберку-

льозу тощо) стало те, що понад 500 тис. хворих у фінальному періоді життя потребують паліативної та хоспісної допомоги (ПХД). Такої допомоги певною мірою також потребують їхні близькі та родичі, оскільки поява невиліковно хворого часто стає причиною тяжкої психологічної травматизації усієї сім'ї, викликає соціальні та економічні розлади її функціонування [5]. Тому отримання спеціальних знань з ПХД, зокрема на післядипломному рівні, стало вимогою часу для всіх медичних працівників [7]. Це, на нашу думку, може слугувати обґрунтуванням для перегляду регламентованої для медсестер кількості курсів підвищення кваліфікації впродовж п'яти років у бік його збільшення за рахунок щорічного навчання на короткотермінових циклах тематичного удосконалення (ТУ).

Реалізація цих напрямів здійснюється у Криворізькому училищі підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів, починаючи з 2013–2014 навчального року, шляхом проведення короткотермінового циклу ТУ «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі».

Актуальність цього циклу обумовлена потребами часу та проблемами регіону. Реформування

системи охорони здоров'я Дніпропетровської області, що розпочалося у 2011 р. відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та у м. Києві», обумовило створення закладів нового типу – центрів первинної медико-санітарної допомоги та, відповідно, потребу у підготовці медичних сестер для роботи у цих закладах. На даний час у Дніпропетровській області функціонує 53 центри і 396 амбулаторій первинної медико-санітарної допомоги, медичну допомогу в них надають 2676 медсестер загальної практики – сімейної медицини.

Таблиця

Тематичний план циклу ТУ «Медсестринство в хоспісній та паліативній допомозі»

№ з/п	Тема	Кількість годин		
		Загальний обсяг	Теоретичні заняття	Практичні заняття
1.	Паліативна та хоспісна допомога. Законодавчі та правові питання	2	2	-
2.	Психологічні, соціальні та духовні аспекти паліативної допомоги. Етико-деонтологічні особливості спілкування з безнадійно хворими пацієнтами та їхніми родичами	6	2	4
3.	Хоспіс. Характеристика, принципи роботи	2	2	-
4.	Основи танатології і танатотерапії	1	1	-
5.	Паліативна допомога при синдромі хронічного болю	10	4	6
6.	Паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим	8	2	6
7.	Особливості надання паліативної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз та ВІЛ/СНІД	2	2	-
8.	Надання паліативної допомоги вдома	7	3	4
9.	Семінарське заняття	2	2	-
	Усього:	40	20	20

Цикл ТУ «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» виявився таким, що має попит серед медсестер хоспісних та онкологічних відді-

лень, медсестер загальної практики – сімейної медицини. Його організація та проведення здійснювалися відповідно до навчальної програми циклу теоретичного удосконалення «Медсестринство в хоспісній та паліативній допомозі», розробленої авторським колективом Черкаського медичного коледжу (І.Я. Губенко та інші, 2011 р.), та робочої програми, складеної на її основі викладачами нашого училища. Навчальна програма циклу розрахована на 40 академічних годин. При складанні робочої програми враховувалася, в першу чергу, практична домінанта післядипломної підготовки молодших медичних спеціалістів. У результаті в тематичному плані виділені як теоретичні (18 год.), так і практичні заняття (20 год.) (табл.). Проведення підсумкового заняття передбачено у вигляді семінару (2 год.).

Основними задачами, що стоять перед викладачами при проведенні занять, є відтворення та застосування теоретичних знань з паліативної та хоспісної допомоги у професійній медсестринській діяльності, формування та вдосконалення вмінь роботи з такими пацієнтами як з цілісною особистістю, а не як з об'єктом «маніпуляційної техніки». Формування професійних компетенцій слухачів циклу здійснюється шляхом удосконалення:

- розуміння та сприйняття етичних норм поведінки і спілкування;
- розуміння соціальних наслідків своєї професійної діяльності;
- планування та реалізації елементів медсестринського догляду;
- використання стандартів та нормативних документів у роботі;
- застосування на практиці принципів медсестринської етики та деонтології;
- виховання комунікативних навичок роботи в складі медико-санітарної бригади з метою отримання найкращих результатів;
- застосування знань, практичних навичок та вмінь при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

Наш досвід проведення цього циклу визначив його певні дидактичні особливості. Навчальний матеріал викладається за допомогою мультимедійної презентації, що сприяє концентрації викладача на головних фактах, значно заощаджує його час та до слухового додає ще й візуальне сприйняття матеріалу слухачем. Найвні методичні матеріали, що використовуються на заняттях, – схеми, графіки, таблиці, протоколи догляду за хворими, нормативно-правова документація тощо, представлені на паперових або цифрових носіях, якими медсестра в подальшому зможе користуватися у практичній діяльності.

З метою оптимізації вивчення теми «Паліативна допомога при синдромі хронічного болю» для слухачів розроблений демонстраційний альбом «Знеболювання в паліативній та хоспісній допомозі». У ньому представлена концепція болю та чинники, що його обумовлюють, надана характеристика лікарських засобів для зменшення хронічного болю.

Контроль рівня знань, навичок та вмінь слухачів проводиться за допомогою усного опитування, при вирішенні ситуаційних задач, демонстрації практичних навичок та вмінь.

До проведення занять на циклі залучаються не тільки викладачі училища, але й фахівці закладів охорони здоров'я. Практичні заняття з догляду за хворими проводяться або у тренажерному кабінеті, або безпосередньо біля ліжка хворого на базі міського онкологічного диспансеру. Ознайомлення з порядком обігу наркотичних засобів проводиться на базі міського психоневрологічного диспансеру.

Для з'ясування ставлення слухачів до навчання на циклі ТУ з питань ПХД проводилося їх анонімне анкетування. Анкета «А» заповнювалася слухачами до початку занять, анкета «Б» – після завершення циклу. Питання анкети дозволяють не тільки встановити початковий рівень знань слухачів, але й оцінити їх приріст наприкінці циклу. До анкети також включено розділ для оцінювання слухачами якості навчального процесу та їх пропозицій щодо його вдосконалення.

Аналіз анкет «А» свідчить про те, що більшість слухачів недостатньо обізнані з основних питань ПХД. Водночас слухачі одноставно вважають, що створення комфортних умов для пацієнта в останні дні його життя є основним стимулом для їх роботи, а ось матеріальний стимул не є пріоритетним. Слухачі добре розуміють переваги та недоліки перебування невиліковно хворого вдома та мають бажання оволодіти навиками й уміннями з догляду за такими хворими.

Аналіз анкет «Б» доводить розуміння слухачами актуальності та необхідності навчання з ПХД, підвищення їх мотивації до навчання та приріст у них знань з питань ПХД. Слухачі вважають, що для

ефективної роботи хоспісних відділень необхідне партнерство із соціальними службами, релігійними організаціями і волонтерами. А від самих медичних працівників насамперед потрібні доброта, милосердя, розуміння пацієнта, і лише потім – професіоналізм.

Більшість слухачів циклу вважають його проведення перспективною формою професійного розвитку медсестер. Тематичні короткотермінові цикли з різних напрямів медсестринської діяльності можуть стати вагомим складовою безперервної післядипломної освіти медсестер загальної практики – сімейної медицини, з огляду на широке коло їхніх професійних обов'язків.

Висновки

Створення потужної професійно-кваліфікованої кадрової бази для хоспісів та відділень сестринського догляду можливе за умови чіткого унормування системи компетентностей медсестри з паліативного догляду. Необхідне удосконалення змістових, організаційних, науково-методичних, інформаційно-технологічних та етико-деонтологічних аспектів підготовки таких фахівців. Потребує уваги формування комунікативних компетентностей медсестер, оскільки при роботі з невиліковно хворими на озброєнні медичної сестри часто залишається тільки слово.

Медсестра відіграє важливу роль у мультидисциплінарній бригаді. Саме вона є опорою для важкохворого, оцінює його стан і настрій, задовольняє його нагальні потреби (діету, питний режим, профілактику пролежнів), складає план догляду, регулює інтенсивність болю, підтримує близьких хворого. Тому навчання медсестер з питань ПХД – одна з нагальних проблем післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів.

Методики роботи з інкурабельними пацієнтами, прийнятні у світі, повинні стати об'єктом міжнародних програм, метою освітніх обмінів та тематикою конференцій. Дотримання права людини на гідне життя і гідну смерть – ознака правової держави, якою прагне стати сучасна Україна.

Література

1. Братусь В. Д. Шляхи інтеграції медичних університетів у систему медичної освіти країн Заходу / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін // Журнал сучасного лікаря. Мистецтво лікування. – 2003. – № 6. – С. 23–40.
2. Вища медична освіта України на сучасному етапі / В. В. Лазоришинець, М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко // Проблеми суч. мед. науки та освіти. – 2008. – № 4. – С. 5–10.
3. Вища освіта України і Болонський процес: навч. посіб. / за ред. В. Г. Кременя. – Київ-Тернопіль : Богдан, 2004. – 368 с.
4. Казаков В. М. Новітні тенденції розвитку європейської медичної освіти / В. М. Казаков, О. М. Талаленко, М. Б. Первак // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 30–44.

5. Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині : програма для ВМ(Ф)НЗ I–III р.а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / укладачі М. Б. Шегедин та ін. – Київ, 2011.
6. Проблеми розвитку паліативної допомоги в Україні. Пропозиції щодо їх подолання [Електронний ресурс] / Князевич В., Губський Ю., Полуніна С., Царенко А. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/6348>. – Назва з екрану.
7. Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій / М. К. Хобзей, Т. І. Чернишенко та авторський колектив Черкаського базового медичного коледжу. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.
8. Шатило В. Й. Паліативна медицина: підручник / В. Й. Шатило, П. В. Яворський. – Київ : ВСВ «Медицина», 2010 – 200 с.

Опыт последипломной подготовки медицинских сестер по вопросам оказания паллиативной и хосписной помощи

О.В. Мишуренко, Г.О. Лукина

Криворожское училище повышения квалификации и переподготовки младших медицинских и фармацевтических специалистов, Украина

Показан опыт проведения краткосрочных циклов тематического усовершенствования для медицинских сестер первичного звена. Такие циклы имеют перспективу внедрения в систему непрерывного профессионального развития медсестер. Акцентируется внимание на актуальности обучения медсестер оказанию паллиативной и хосписной помощи.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, непрерывное последипломное образование, семейная медицинская сестра.

The experience of post-graduate training of nurses in providing palliative and hospice care

O. Mishurenko, G. Lukina

Kryvyi Rih College of qualification improvement advanced training and retraining of Junior medical and pharmaceutical specialists

The article presents the experience of the short-term cycles of the maticim provement for primary care nurses. The secycles have the potential of implementation in to the system of continuous professional development of nurses. The importance of nurses 'training in providing palliative and hospice care is emphasized in this article.

Key words: palliative and hospice care, system of continuous professional development, family nurses.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Мишуренко Олена Володимирівна – Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів. Адреса: м. Кривий Ріг, вул. Вітчизни, 5; тел. (05624) 90-63-42.

Лукіна Г.О. – Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів. Адреса: м. Кривий Ріг, вул. Вітчизни, 5; тел. (05624) 90-63-42.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова

Організаційна технологія протидії та подолання професійного вигорання медичних працівників сфери паліативної допомоги

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):14-20; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.14

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська – 211 медичних працівників сфери паліативної допомоги, які мають з інкурабельними хворими постійний контакт, 111 медиків первинної ланки, що контактують з інкурабельними хворими періодично, та 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих достатньо рідко. Синдром емоційного вигорання (СЕВ) оцінювався за методикою В. Бойка. Встановлено, що понад половина ($54,0 \pm 2,5\%$) опитаних медичних працівників уражені СЕВ, у т.ч. високого ($7,7 \pm 1,4\%$) та критичного ($9,0 \pm 1,5\%$) рівнів. Виявлені чинники соціально-психологічної дезадаптації у 1,5–7 разів частіше зустрічаються серед медперсоналу з високим та критичним рівнями СЕВ, а отже можуть служити індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я. Розроблена за результатами дослідження скринінгова технологія повністю відповідає скринінг-критеріям ВООЗ, має достатню чутливість (69,2%), високу специфічність (87,4%) і хорошу якість ($AUC=0,81 \pm 0,05$), а отже може бути використана в закладах охорони здоров'я, що обслуговують невиліковно та важкохворих, як для самодіагностики медичними працівниками професійного вигорання, так і моніторингу його рівня серед персоналу з боку менеджерів.

Ключові слова: паліативна допомога, синдром емоційного вигорання, скринінг-технологія.

Вступ

Обслуговування невиліковно хворих досить часто призводить до виникнення у медичних працівників синдрому емоційного вигорання (СЕВ) внаслідок хронічних стресів, високих психологічних та фізичних навантажень та, зазвичай, відсутності позитивного результату лікування. Небезпека синдрому полягає у поступовому та непомітному для особистості розвитку, що в результаті призводить до психологічного та фізичного виснаження, зростання захворюваності, руйнації міжособистісних стосунків тощо. Як наслідок, знижується мотивація, ефективність і якість праці медичного персоналу, зростає конфліктність у трудовому колективі та плинність кадрів [1,3-5,8].

Для протидії професійному вигоранню та подолання його негативних наслідків у світовій практиці давно застосовуються різні методики: балінтовські групи, гештальт-терапія, техніки з формування копінг-стратегій, методи протидії кризовим ситуаціям (дебрифінг, деф'юзинг) тощо. Такі технології покликані навчити медичних працівників ефективної взаємодії у системах «лікар-пацієнт», «лікар – родичі пацієнта», «лікар – учасники мультидисциплінарної команди» тощо та забезпечити «особистісну» захищеність від надмірного психо-емоційного напруження [3,4,7-9,14-15].

Про важливість окресленої проблеми свідчить й те, що Європейська асоціація паліативної допомоги (2009, 2013) наполегливо рекомендує включити питання профілактики професійного вигорання

та оволодіння методиками подолання його наслідків (само- та взаємодіагностика, тренінги безпосередньо на робочому місці, професійна психологічна допомога тощо) в освітні програми для лікарів [9-10,12].

Мета дослідження: встановити наявність СЕВ медичних працівників, які працюють у сфері паліативної допомоги (ПД), та розробити напрями його профілактики.

Матеріали і методи

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська, яких за ступенем контакту з інкурабельними пацієнтами розподілили на три групи: першу групу склали 211 медичних працівників сфери ПД, які мають з такими хворими постійний контакт (93 лікарі, решта – молодші спеціалісти з медичною освітою), другу групу – 111 медиків первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що контактують з інкурабельними хворими періодично, а третю – 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих досить рідко.

Синдром емоційного вигорання оцінювався за методикою В. Бойка [6].

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2). Для вивчення впливу окремих чинників на формування СЕВ використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Групами порівняння стали особи із високим та критичними рівнями СЕВ і медпрацівники без ознак вигорання. З метою оцінки якості розробленого діагностичного тесту використали методику ROC-аналізу [11].

Результати

Синдром емоційного вигорання виявлено у понад половини ($54,0 \pm 2,5\%$) опитаних медичних працівників, у т.ч. високого ($7,7 \pm 1,4\%$) та критичного ($9,0 \pm 1,5\%$) рівнів, причому не встановлено суттєвої різниці ($p > 0,05$) у частоті СЕВ та його інтенсивності серед порівнюваних груп респондентів.

За допомогою методики обчислення показника відношення шансів не отримано доказів щодо за-

лежності розвитку СЕВ від віку, статі, місця проживання, кваліфікації ($p > 0,05$). Однак при аналізі поширення вигорання всередині порівнюваних груп медпрацівників встановлено, що групою ризику можна вважати лікарів ПД, 70% яких мали різні прояви синдрому.

Високий рівень емоційного вигорання серед медичного персоналу, вочевидь, негативно впливає на всі сфери життя. Так, у респондентів виявлено цілий ряд чинників соціально-психологічної дезадаптації (рис. 1).

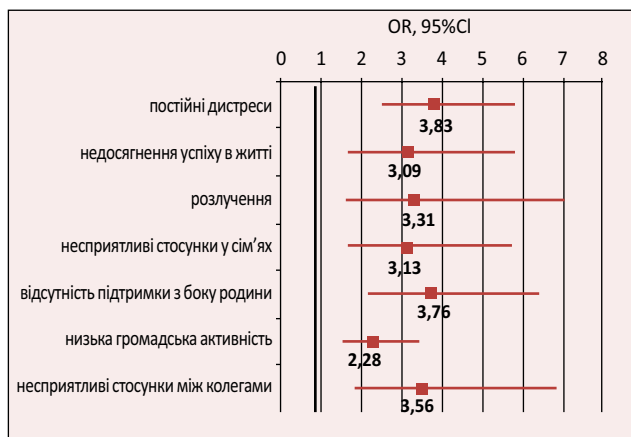


Рис. 1. Соціально-психологічні чинники ризику синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Зокрема скарги на постійні дистреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, розлучення, негаразди в сім'ях, відчуття самотності та відсутності підтримки в родині, низька громадська активність, конфліктні робочі стосунки у 1,5–7 разів частіше були притаманні медичним працівникам із високим та критичним рівнями СЕВ і супроводжувалися нездоровим способом життя, зокрема зловживанням алкоголем та споживанням нездорової їжі (рис. 2).

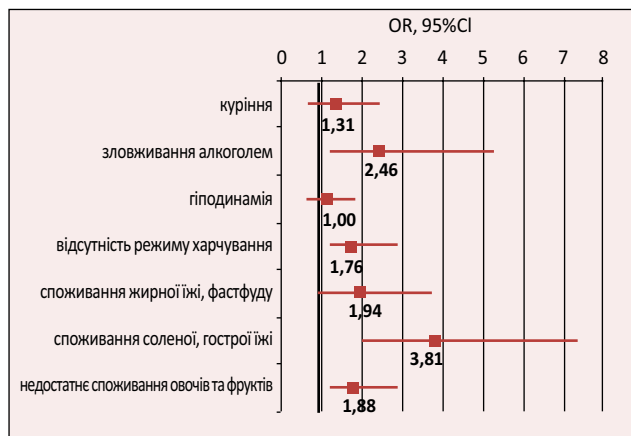


Рис. 2. Поведінкові чинники ризику синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Отримані результати дозволили припустити, що названі чинники можуть служити індикаторами синдрому професійного вигорання у медичного персоналу, який обслуговує невиліковно хворих пацієнтів.

Методика В. Бойка є досить складною і громіздкою, оскільки запитальник містить 84 питання, відповіді на які, підрахунок та інтерпретація результатів вимагають затрат часу і відповідних професійних навичок. На нашу думку, така складна методика навряд чи може бути використана для самодіагностики та як скринінгова для моніторингу керівниками закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) рівня ураженості медичного персоналу СЕВ з метою виявлення ранніх ознак та їх корекції. Це наштовхнуло нас на думку про пошук більш простих індикаторів СЕВ.

На підставі отриманих у дослідженні даних нами розроблено спеціальну скринінгову технологію – пам'ятку для медичного персоналу, яка містить короткий скринінг-тест, придатний для експрес-діагностики професійного вигорання самими медичними працівниками, таблицю оцінки результатів тесту з рекомендаціями подальших дій. Названа технологія була покладена в основу опублікованого нами інформаційного листа [3]. Запропонований скринінг-тест має ряд переваг:

- низька вартість;
- інформативність;
- простота використання;
- можливість проведення безпосередньо на робочому місці;
- оперативність (займає біля 10 хвилин);
- орієнтованість на практичний результат.

Визначення придатності для скринінгу розробленого за результатами дослідження тесту проводилось шляхом оцінки його відповідності стандартним скринінг-критеріям Вілсона–Джангера (Wilson-Junger) та іншим додатковим скринінговим критеріям, що рекомендовані ВООЗ [13] за результатами узагальнення 40-річного досвіду застосування подібних програм.

Крім того, важливо вказати на досить непогані результати розрахунку показників діагностичної ефективності запропонованої скринінг-технології (табл.).

Перевірка якості скринінг-технології на вибірці медперсоналу обласного онкологічного диспансеру і центральної клінічної міської лікарні за допомогою ROC-аналізу довела хорошу якість тесту (рис. 3), про що свідчить значення площі під ROC-кривою ($AUC=0,808\pm 0,049$); оптимальний поріг відсікання ($optimal\ cut-off\ value$)=25 балів.

Показники діагностичної ефективності запропонованої скринінг-технології виявлення ознак синдрому емоційного вигорання

Назва показника	Результат	95% довірчий інтервал (95% CI)	
		нижня межа	верхня межа
Чутливість, %	69,23	58,01	80,45
Специфічність, %	87,35	83,73	90,97
Прогностичне значення позитивного результату, %	52,33	41,77	62,88
Прогностичне значення негативного результату, %	93,40	90,60	96,20
Відношення правдоподібності позитивного результату, рази	5,47	2,94	10,17
Відношення правдоподібності негативного результату, рази	0,35	0,19	0,66

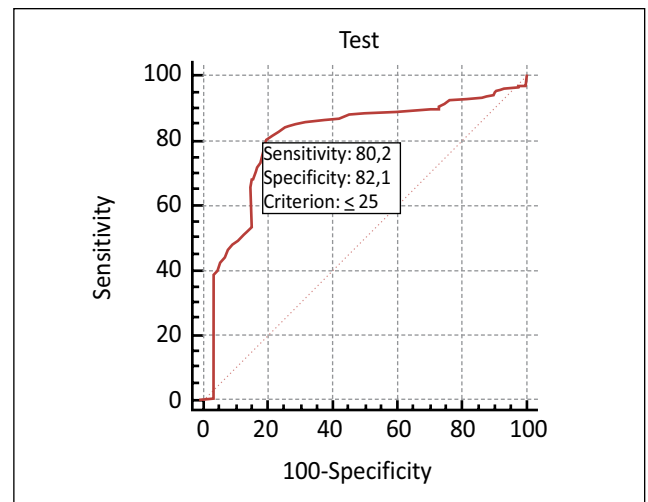


Рис. 3. Результати ROC-аналізу розробленої за результатами дослідження скринінг-технології для діагностики синдрому емоційного вигорання

Висновки

1. Понад половина ($54,0\pm 2,5\%$) опитаних медичних працівників уражена СЕВ, у т.ч. високого ($7,7\pm 1,4\%$) та критичного ($9,0\pm 1,5\%$) рівнів.
2. Виявлені в дослідженні чинники соціально-психологічної дезадаптації у 1,5–7 разів частіше зустрічаються серед медперсоналу з високим та критичним рівнями СЕВ, а отже можуть служити індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я.

3. Розроблена за результатами дослідження скринінгова технологія повністю відповідає скринінг-критеріям ВООЗ, має достатню чутливість (69,2%), високу специфічність (87,4%) і хорошу якість ($AUC=0,81\pm 0,05$), а отже може бути використана в закладах охорони здоров'я, що обслуговують невиліковно та важкохворих, як для самодіагностики медичними працівниками професійного

вигорання, так і моніторингу його рівня серед персоналу з боку менеджерів.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці заходів профілактики професійного стресу як важливої складової системи підготовки та вдосконалення професійних знань і навичок медичного персоналу сфери паліативної допомоги.

Література

1. Бабанов С. А. Синдром емоціонального вигорання / С. А. Бабанов // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – № 21–22 (393–394). – С. 18–20.
2. Децик О. З. Організація заходів профілактики професійного вигорання медичного персоналу, що надає допомогу інкурабельним пацієнтам: інформ. лист № 290-2013 / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова; ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Укрмедпатентінформ. — Київ, 2013. — Вип. 10: Соціальна медицина. — 4 с.
3. Застосування системи профілактики синдрому професійного вигорання в Івано-Франківському хоспісі [Електронний ресурс] / Л. І. Андрійшин, І. Б. Овчаренко, Н. В. Галамага [та ін.] // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вер. 2012 р. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>
4. Кузьель І. Р. Щодо форм та змісту медико-психологічної допомоги медичним працівникам з синдромом емоційного вигорання, які працюють з онкологічними хворими в термінальній стадії захворювання [Електронний ресурс] / І. Р. Кузьель, М. В. Маркова. – 2010. — Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Tzhp/2010_1/pdf/122.pdf
5. Максименко С. Д. Синдром вигорання у медичних працівників: зб. наукових праць / С. Д. Максименко, Е. А. Хаустова // *Психологічні науки*. – 2010. – Т. 2, вип. 7. – С. 5–12.
6. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты* : учебн. пособ. – Самара. – 2002. – С. 161–169.
7. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції [Електронний ресурс] / В. Ю. Шелков // *Український мед. часоп.* – 2009. – № 2 (70). — Режим доступу. – <http://m.umj.com.ua/article/2707/profilaktika-sindromu-vigorannya-u-medichnix-pracivnikiv-metodami-psichologichnoi-samoregulyacii>.
8. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии [Электронный ресурс] / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат [та ін.] // *Вестник Санкт-Петербургского ун-та*. – 2009. – Сер. 11. Вып. 3. – С. 57–91. – Режим доступа : http://med.spbu.ru/archiv/vest/9_3/3_07.pdf.
9. *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1 / European Journal of Palliative Care*. – 2013. – Vol. 20 (2). – P. 86–91.
10. *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2 / European Journal of Palliative Care*. – 2013. – Vol. 20 (3). – P. 140–145.
11. *Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez*. – Amsterdam, etc. : Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
12. *Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine*. – Milano, EAPC, 2009. – 44 p. – [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d>.
13. *Revisiting Wilson and Junger in genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years [Electronic resource]: bulletin of the World Health Organisation / A. Andermann, I. Blacquaert, S. Beauchamp [et al.]*. – 2008. – Vol. 86, Number 4. – Access mode: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/>
14. *Sand L. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer / L. Sand, M. Olsson, P. Strang // Journal of Pain and Symptom Management*. – 2009. – Vol. 31 (1). – P. 13–22.
15. *Snyder U. The Doctor-Patient Relationship III: A Way of Listening. – The Balint Group Revisited, 2008 [Electronic resource] / U. Snyder // Medscape Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 11(1). – [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654679/>.

Организационная технология противодействия и преодоления профессионального выгорания медицинских работников сферы паллиативной помощи

О.З. Децик, Ж.Н. Золотарева

ГВУЗ Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

По специально разработанной программе опрошено 389 медицинских работников учреждений здравоохранения г. Ивано-Франковска – 211 медицинских работников сферы паллиативной помощи, которые имеют постоянный контакт с incurable больными, 111 медиков первичного звена, имеющих периодический контакт, и 67 организаторов здравоохранения, взаимодействующих с таким контингентом больных достаточно редко. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) оценивался по методике В. Бойко. Установлено, что более половины ($54,0 \pm 2,5\%$) опрошенных медицинских работников поражены СЭВ, в т.ч. высокого ($7,7 \pm 1,4\%$) и критического ($9,0 \pm 1,5\%$) уровней. Выявленные в исследовании факторы социально-психологической дезадаптации в 1,5–7 раз чаще встречаются у медперсонала с высоким и критическим уровнями СЭВ и могут служить индикаторами синдрома при мониторинге качества кадровых ресурсов в учреждениях здравоохранения. Разработанная за результатами исследования скрининг-технология полностью отвечает скрининг-критериям ВОЗ, имеет достаточную чувствительность (69,2%), высокую специфичность (87,4%) и хорошее качество ($AUC=0,81 \pm 0,05$). Скрининг-технология может быть использована в учреждениях здравоохранения, обслуживающих неизлечимо больных, как для самодиагностики медицинскими работниками синдрома эмоционального выгорания, так и мониторинга его уровня среди персонала со стороны менеджеров.

Ключевые слова: паллиативная помощь, синдром эмоционального выгорания, скрининг-технология.

The organizational technology of resistance and prevention burnout of medical workers in palliative care

O.Z. Detsyk, Jh.M. Zolotarova

There were interviewed 389 medical staff's persons on the basis of various health care facilities in Ivano-Frankivsk – 211 medical workers of palliative care constantly contacting with incurable patients, 111 primary care physicians periodically contacting with them, and 67 health care managers, interacting with this group of patients rare. Burnout syndrome was evaluated by the method of V. Boyko. It was found that more than half ($54.0 \pm 2.5\%$) surveyed health care workers suffered of burnout, including high ($7.7 \pm 1.4\%$) and critical ($9.0 \pm 1.5\%$) levels. Identified in the study factors of social and psychological desadaptation in 1.5-7 times are more frequent among medical staff with high and critical levels of the burnout, and therefore, syndrome can serve as indicators for monitoring the quality of staff in health care settings. Developed by results of research screening technology fully meets the screening criteria of WHO, has sufficient sensitivity (69.2%), high specificity (87.4%) and good quality ($AUC=0,81 \pm 0,05$). It should be recommended for health care workers for self diagnosis burnout and monitoring its level among the staff by managers.

Key words: palliative care, burnout, screening technology.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (0342)527-111; e-mail: oryna_detsyk@ukr.net

Золотарьова Жанна Миколаївна – к.мед.н., асистент каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (0342)527-111; e-mail: arsenag@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції 9.10.2015 р.

Є.Є. Шунько, О.Т. Лакша, Т.В. Кончаковська, Ю.Ю. Краснова, О.І. Сіренко

Паліативна допомога в неонатології: проблемні питання

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):98-101; doi 10.15574/IJRP.M.2015.2.98

У статті наведена сучасна інформація щодо проведення інтенсивного лікування та надання паліативної допомоги новонародженим. Актуальність проблеми обумовлена високим рівнем смертності в перший місяць життя, який становить 63% дітей, що померли на першому році життя. Показані сучасна практика та напрямки розвитку комфортного супроводу хворих дітей та допомоги родинам; запропонована концепція створення та впровадження системи паліативної допомоги в педіатрії, починаючи з періоду новонародженості.

Ключові слова: неонатологія, новонароджені, інтенсивна допомога, паліативна допомога.

Медична допомога новонародженим та дітям першого року життя розвивається в світі шляхом впровадження нових сучасних технологій інтенсивної терапії та виходження передчасно народжених дітей.

Впровадження сучасних методів інтенсивної терапії новонароджених з перинатальною патологією, дітей з малою та екстремально малою масою тіла, передчасно народжених немовлят сприяє підвищенню рівня виживаності маленьких пацієнтів, але водночас збільшує кількість дітей з органічними ураженнями ЦНС, легень та інших органів. Тривале перебування такої дитини у відділенні інтенсивної терапії новонароджених потребує значних фізичних, моральних, фінансових затрат та тривалої роботи високотехнологічного обладнання. Це важке випробування для дитини, для членів її родини, для медичного персоналу клініки. Інколи, протягом тривалого часу перебування невиліковної дитини у відділенні, постає питання заміни інтенсивного лікування паліативним.

Відповідно до визначення ВООЗ, паліативна допомога спрямована на покращення якості життя пацієнтів із важкими невиліковними захворюваннями та членів їхніх родин через профілактику і полегшення страждань шляхом раннього виявлення, оцінки та корекції болю та інших проблем, психологічної підтримки батьків дитини. Існує проблема забезпечення якості життя, але останніми роками постає проблема якості смерті.

Концепція паліативної допомоги новонародженим вперше була запропонована у США в 1982 році Whitfield та співавторами. Лікарям-неонатологам та дитячим анестезіологам, які працюють у відділеннях інтенсивної допомоги новонародженим, важко поєднати мету збереження життя дитини в умовах інтенсивної терапії з паліативною допомогою. Водночас необхідно поєднувати високотехнологічну допомогу із співчутливим комфорт-орієнтованим та родинно-орієнтованим підходом у важкохворих дітей з несприятливим прогнозом для життя.

Тема паліативної допомоги взагалі, а в неонатології особливо, дуже різнопланова і стосується моральних, етичних, релігійних аспектів життя. Паліативна допомога в неонатології – це комплекс підтримуючих заходів, які спрямовані на медико-соціальний супровід життя дитини, на зменшення психічного, матеріального та морального навантаження на батьків та членів родини. Мета паліативної допомоги – створення для тяжкохворої дитини з несприятливим прогнозом для життя комфортних умов перебування, зменшення болю та фізичних страждань.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, показник смертності дітей першого року життя у 2014 р. склав 7,8%, показник неонатальної смертності – 4,65% (рис. 1).

За даними ВООЗ, основні причини смерті дітей – передчасне народження (граничний ступінь

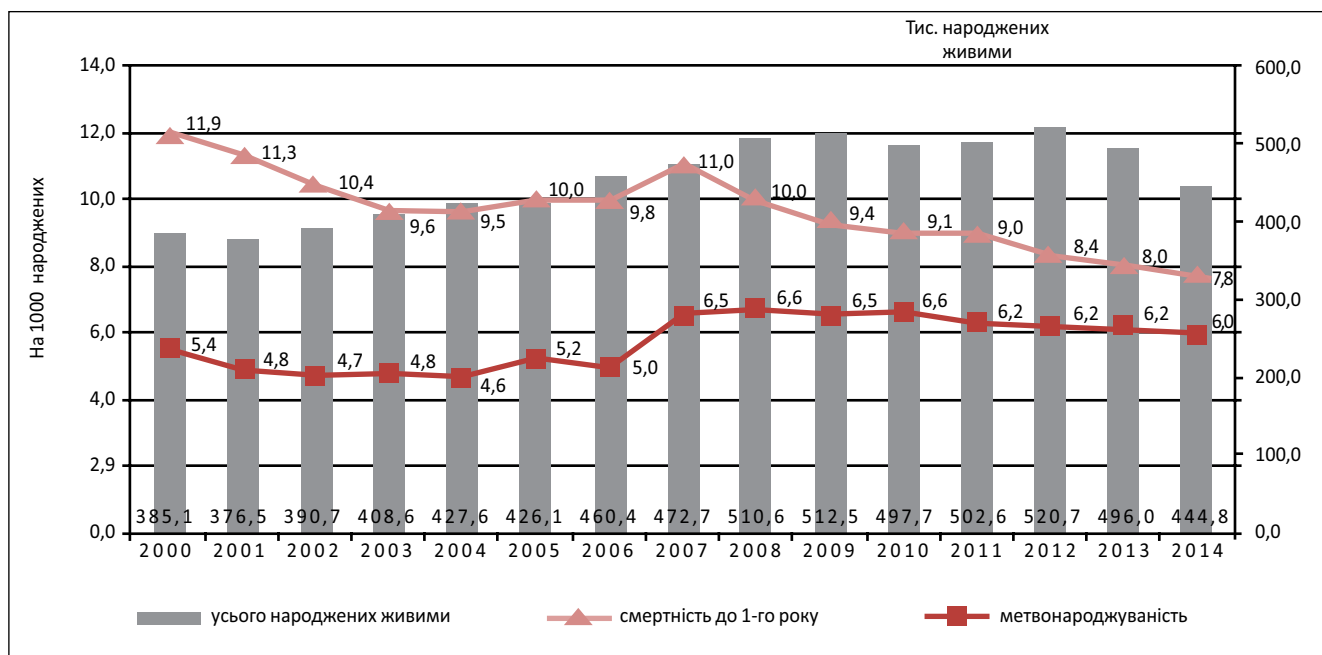


Рис. 1. Динаміка кількості народжених та показників смертності дітей першого року життя в Україні

морфо-функціональної незрілості), асфіксія, інфекції, зокрема сепсис (рис. 2). За даними Центру медичної статистики МОЗ України, основними причинами смерті новонароджених є вроджені вади розвитку, розлади дихання, внутрішньошлункові та субарахноїдальні крововиливи, асфіксія, інфекції перинатального періоду (рис. 3).

Перший місяць життя є найбільш критичним щодо постнатальної адаптації, реалізації перинатальної патології, вроджених вад розвитку, виникнення несприятливих подій та смерті дитини.

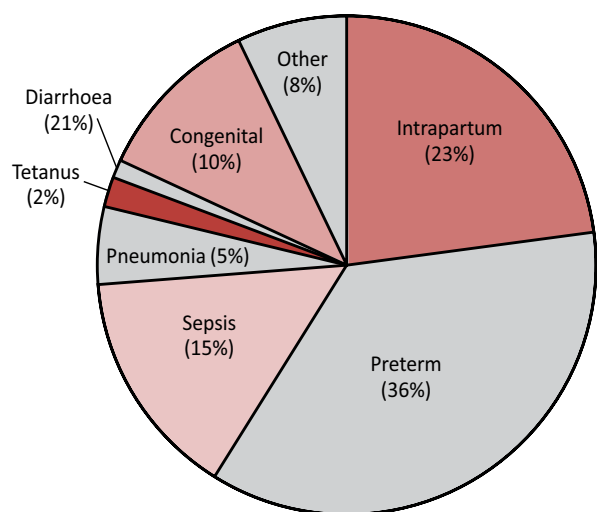


Рис. 2. Причини смерті новонароджених за даними ВООЗ

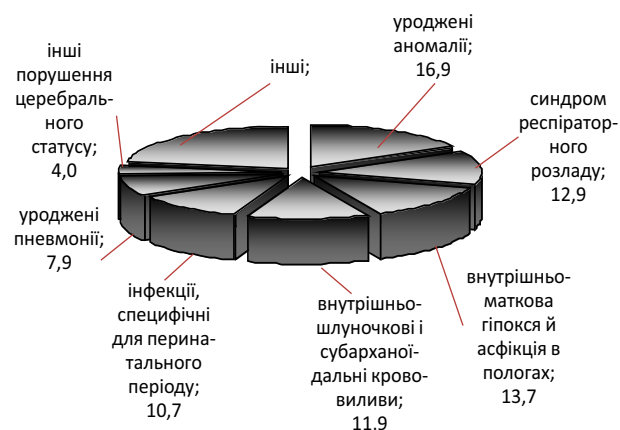


Рис. 3 Причини смерті новонароджених за даними Центру медичної статистики МОЗ України

Серед новонароджених 40% вмирає упродовж раннього неонатального періоду, тобто в перші 7 днів життя. За статистичними даними медичних закладів України, 63% дітей, що померли в перший рік життя, помирають у періоді новонародженості, тобто в перші 28 днів життя.

Таким чином, саме у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених перинатальних центрів та дитячих лікарень необхідно впроваджувати концепцію паліативної допомоги.

Найважчим для лікаря-неонатолога є питання обсягу початкової допомоги в пологовій залі, можливості відмови від реанімації та припинення реанімації, а також характеру післяреанімаційної

допомоги у дітей з терміном гестації менше 25 тижнів, у новонароджених з вадами розвитку та хромосомними аномаліями. Відповідно до опублікованих результатів досліджень, враховуючи майже стовідсоткову ранню смертність або критично високий рівень важкої інвалідності в небагатьох дітей, які виживуть, вважається прийнятним не розпочинати реанімацію новонароджених, якщо термін гестації менше 23 тижнів (або маса менше 400 г) та/або мають місце природжені аномалії розвитку (аненцефалія, або підтверджена трисомія 13, 18 хромосом).

Основні питання допомоги таким дітям регламентовано наказом МОЗ України № 225 від 28.03.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної і післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні». Зокрема протоколом визначено порядок надання паліативної допомоги новонародженим та її обсяг, а також вказано, що рішення щодо початку паліативної допомоги замість/після інтенсивної допомоги приймається мультидисциплінарно медичним персоналом разом з батьками дитини. Слід особливо зазначити, що «відмова від реанімації або її припинення не означають ненадання медичної допомоги пацієнту, а визначають перехід до паліативної, або «комфортної» допомоги, якщо дитина залишається живою».

У випадках непевного прогнозу, сумнівних шансів виживання і значного ризику важких віддалених наслідків слід підтримувати бажання батьків дитини. Сучасна практика виходжування недоношених і хворих новонароджених передбачає залучення батьків до спілкування і догляду за дитиною, навіть у відділеннях інтенсивної терапії. Народжені в термін гестації 23–25 тижнів перебувають в так званій «сірій зоні», прогноз їх виходжування може змінюватись у процесі догляду, тому рішення щодо інтенсивного чи паліативного лікування приймається залежно від ситуації і може змінюватись з часом.

Крім питання надання інтенсивної чи підтримуючої допомоги глибоконедоношеним дітям із гестаційним віком менше 25 тижнів, які знаходяться у так званій «сірій зоні», складним залишається питання лікування доношених новонароджених дітей, які перенесли тяжку асфіксію і перебувають

у комі, в яких формується тотальна лейкомаляція, і перспективи щодо відновлення функцій мозку проблематичні. Такі діти тривалий час, інколи до 2–3 місяців, перебувають на апараті штучної вентиляції легень у відділенні інтенсивної терапії полового стаціонару або дитячої лікарні та «займають» дорогоцінне ліжко і обладнання, яке могло б врятувати життя іншої дитини. Тому для забезпечення супроводу таких немовлят доцільно створювати окремі ліжка з виділенням окремого персоналу.

Обговорення питань та вирішення проблем застосування паліативної допомоги в неонатології є мультидисциплінарним, необхідно залучати до команди лікарів також професіональних юристів, соціальних працівників, психологів, представників охорони здоров'я, представників духовенства різних конфесій.

Для вирішення проблемних питань допомоги важкохворим дітям у періоді новонародженості на сьогодні в країні потрібно створити послідовну систему паліативного медичного супроводу мультидисциплінарною командою з обов'язковою соціальною та юридичною підтримкою.

Етапи створення системи паліативної допомоги:

- визначити, які новонароджені потребують паліативної допомоги;
- визначити наявні проблеми забезпечення паліативної допомоги новонародженим та можливі шляхи їх вирішення;
- сформуванню спільне бачення медичних, соціальних працівників та батьків щодо оптимального забезпечення паліативної допомоги.

Основні принципи якісної паліативної допомоги новонародженим:

- мультидисциплінарний підхід до забезпечення паліативного догляду;
- доступність інформації для батьків та можливість батьків залучатися до догляду за дитиною;
- забезпечення знеболення та інших оптимальних умов догляду та супроводу дитини;
- визначення ролі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної та інтенсивної терапії новонародженим;
- створення системи юридичної підтримки медичного закладу, працівників та пацієнтів;
- формування обізнаності громад щодо проблем важкохворих дітей та їх родин, соціального супроводу та підтримки.

Література

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної і післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні : наказ МОЗ України № 225 від 28.03.2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

- Atherton N. Attendance of pediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anesthesia: is it warranted? / N. Atherton, S. J. Parsons, P. Mansfield // *J. Paediatr. Child. Health.* – 2006. – Vol. 42. – P. 332–6.
- Chamnanvanakij S. Outcome following cardiopulmonary resuscitation in the neonate requiring ventilatory assistance / S. Chamnanvanakij, J. M. Perlman // *Resuscitation.* – 2000. – Vol. 45. – P. 173–80.
- Outcome of term infants using apgar scores at 10 minutes following hypoxic-ischemic encephalopathy / Lupton A. R., Shankaran S., Ambalavanan N. [et al.] // *Pediatrics.* – 2009. – Vol. 124. – P. 1619–26.
- Paris J. J. What standards apply to resuscitation at the borderline of gestational age? / J. J. Paris // *J. Perinatol.* – 2005. – Vol. 25. – P. 683–4.
- Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: prospective cohort study of 1994–9 compared with 2000–5 / Field D. J., Dorling J. S., Manktelow B. N., Draper E. S. // *BMJ.* – 2008. – Vol. 336. – P. 1221–3.
- The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability / Coste P. D. K., Hennessy E., Gibson A. T. [et al.] // *Pediatrics.* – 2000. – Vol. 106. – P. 659–71.
- Treatment choices for extremely preterm infants: an international perspective / De Leeuw R., Cuttini M., Nadai M. [et al.] // *J. Pediatr.* – 2000. – Vol. 137. – P. 608–16.

Паллиативная помощь в неонатологии: проблемные вопросы

Е.Е. Шунько, О.Т. Лакша, Т.В. Кончаковская, Ю.Ю. Краснова, О.И. Сиренко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

В статье представлена современная информация о проведении интенсивного лечения и оказании паллиативной помощи новорожденным. Актуальность проблемы обусловлена высоким уровнем смертности в первый месяц жизни, который составляет 63% детей, умерших на первом году жизни. Показаны современная практика и направления развития комфортного сопровождения больных детей и помощи семьям; предложена концепция создания и внедрения системы паллиативной помощи в педиатрии, начиная с периода новорожденности.

Ключевые слова: неонатология, новорожденные, интенсивная помощь, паллиативная помощь.

Palliative care in neonatology: problematic issues

E.E. Shunko, O.T. Laksha, T.V. Konchakovska, J.J. Krasnova, O.I. Sirenko

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Article presents new approach to intensive care and palliative care for newborns. The problem is of current interests due to high level of newborn mortality, which constitutes 63% of infant mortality. Modern practice and trends of comfortable support for ill newborns are shown, as well as assistance to families. New concept of palliative care in pediatrics and neonatology is proposed.

Key words: neonatology, newborns, intensive care, palliative care.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Шунько Єлизавета Євгеніївна – д.мед.н., проф., зав. каф. неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 236-09-61; e-mail: dr_shunko@mail.ru

Лакша Ольга Тимофіївна – к.мед.н., доцент кафедри неонатології НМАПО імені П.Л.Шупика; роб.адреса: 04112, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9; роб. телефон: 236-09-61; dr_laksha@mail.ru

Кончаковська Тетяна Валеріївна – к.мед.н., доцент кафедри неонатології НМАПО імені П.Л.Шупика; роб.адреса: 04112, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9; роб. телефон: 236-09-61; e-mail: tetiana.konchakovska@gmail.com

Краснова Юлія Юріївна – к.мед.н., доцент кафедри неонатології НМАПО імені П.Л.Шупика; роб.адреса: 04112, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9; роб. телефон: 236-09-61; july.krasnova@gmail.com

Сиренко Оксана Іванівна – аспірант каф. неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044)236-09-61; e-mail: oksanadoc@bigmir.net

Стаття надійшла до редакції 23.10.2015 р.

С.А. Місяк, В.С. Мосієнко

Перспективи розвитку напрямків реабілітації та паліативної медицини для онкологічних хворих в Україні

*Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького
НАН України, м. Київ, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):102-104; doi 10.15574/IJRPM.2015.01.102

У статті розглядаються перспективи розвитку в онкології напрямків реабілітації та паліативної медицини в умовах України. У системі надання онкологічної допомоги населенню України виникає потреба в забезпеченні кваліфікованими кадрами у сфері реабілітації та паліативної медицини, організації реабілітаційних центрів, хоспісів та фінансування соціальних проектів при наданні відновлювальної та паліативної допомоги в онкології.

Ключові слова: реабілітація, паліативна медицина, онкологія, соціальне підприємство, кадрове забезпечення.

Метою реабілітації онкологічних хворих/інвалідів є не тільки профілактика метастазування та проявів рецидивів пухлинної хвороби, але й надання пацієнтам можливостей самостійно брати участь у всіх аспектах життя, у тому числі займатися трудовою діяльністю. Основні напрями реабілітації онкологічних хворих/інвалідів включають у себе відновлювальні індивідуальні медичні та психологічні заходи, реконструктивну хірургію, протезування, санаторно-курортне лікування, професійну орієнтацію, навчання та освіту, сприяння у працевлаштуванні, виробничу адаптацію, трудову діяльність, соціально-середовищну, соціально-педагогічну, соціально-психологічну, соціокультурну реабілітацію, соціально-побутову адаптацію, фізкультурно-оздоровчі заходи.

До інфраструктури системи реабілітації онкологічних хворих/інвалідів необхідно підключати онкологічні диспансери, онкологічні лікарні, відділення, кабінети районних онкологів, центри медико-соціальної експертизи, територіальні центри управління соціального забезпечення, реабілітаційні центри змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів, профільні санаторно-курортні установи, заклади освіти, соціальні реабілітаційні центри для дітей-інвалідів, центри сімейної медицини та відділення сімейної медицини, медичні академії та уні-

верситети, Національну медичну академію післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, науково-дослідні інститути Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Національної академії медичних наук, Національної академії педагогічних наук, Національної академії наук України, що розробляють профілактику, лікування, реабілітацію та надання паліативної допомоги онкологічним хворим.

Особливе місце в процесі реабілітації онкологічних хворих/інвалідів займає підготовка кадрів, як медичних (лікарі, медичні сестри), так і немедичних працівників – психологів, соціальних працівників, фахівців із фізичної реабілітації. Базовими знаннями для медичних працівників є практичний досвід роботи в онкології не менше 5–7 років, з подальшою підготовкою з психології та соціальної роботи, фізичної реабілітації. Для фахівців із фізичної реабілітації, психологів та соціальних працівників після 5–7 років роботи за спеціальністю потрібна додаткова підготовка з онкопсихології та соціального менеджменту.

Нормативно-законодавчі акти, що прописані в Україні, треба адаптувати до роботи як у системі охорони здоров'я, так і в системах соціальної політики, освіти та Міністерства молоді, сім'ї та спорту. Незалежно від джерел фінансування, проведення індивідуальної програми реабілітації

онкологічного хворого/інваліда повинно бути комплексним та повним і повертати в соціум від 10% до 15% онкохворих після їх виліковування. Слід зазначити, що індивідуальна програма реабілітації, яка складена медико-соціальною експертною групою, має бути контрольованою як у системі охорони здоров'я, так і в системі соціальної політики, а для дітей-інвалідів – Міністерства освіти та науки і Міністерства молоді, сім'ї та спорту.

Фінансування реабілітаційного відновлення для онкологічних хворих/інвалідів повинно проводитися із зарахуванням різних категорій населення. Надання реабілітаційних послуг залежить від організаційних, фізичних, культурних, фізичних, фінансових та особистих причин людини, яка їх потребує. Одну категорію складає населення з особливими потребами, до яких ми можемо віднести незможних, географічно ізольованих (що проживають у горах або інших важкодоступних містах і селах), осіб з розумовими та фізичними вадами, бездомних та осіб похилого віку. Іншу категорію онкологічних хворих/інвалідів складають особи працездатного віку, які за станом здоров'я та бажання можуть працювати. Крім цих людей, виділяємо групу онкологічних хворих, які мають високий та середній рівень доходу. Таким чином, для першої категорії населення з особливими потребами реабілітаційні послуги треба фінансувати з бюджету за соціальним пакетом. Для іншої категорії онкологічних хворих фінансування реабілітаційних послуг проводиться в умовах реабілітаційних закладів, які вибудовуються як соціальні підприємства, де впроваджуються інвестиційні проекти. Фінансування реабілітаційних послуг третьої категорії онкологічних хворих повинне відбуватися із залученням страхової медицини, через страхові поліси або за змішаним типом.

Реабілітаційні послуги слід надавати в умовах стаціонару онкологічного відділення, диспансерів, у великих лікарських об'єднаннях – реабілітаційних центрах та в санаторно-курортних закладах. Незалежно від форм власності заклади, що надають реабілітаційні послуги онкологічним хворим, повинні мати сертифікати на здійснення цього виду допомоги населенню, а лікарі, медичні сестри, психологи, соціальні працівники та фахівці з фізичної реабілітації – мати спеціальну підготовку та дозвіл на роботу в цій сфері. Кінцевий результат реабілітації онкохворих – максимальна інтеграція особистостей через їх продуктивну працю в суспільне життя. У роботі реабілітаційних центрів треба використовувати бізнес-проекти, інвестиції для того, щоб праця онкологічних хворих/інвалідів мала ефективний, продуктивний характер, а не ознайомчий, навчальний.

Для ефективного впровадження в суспільне життя реабілітаційних послуг для онкологічних хворих потрібно застосовувати навчальні тренінги, як для державних службовців, економістів, управлінців з охорони здоров'я, соціальної політики, освіти, так і для онкологічних хворих та їхніх родин.

Важливий напрям підвищення ефективності реабілітаційних послуг онкологічним хворим/інвалідам – розробка нових наукових підходів до організації комплексної реабілітації інвалідів. Це стає можливим за умови проведення наукових розробок з вивчення механізмів реабілітаційного процесу в онкологічного хворого/інваліда, для чого необхідне не тільки фінансування науки в цій сфері, але й бажання наукових установ упроваджувати свої розробки в систему реабілітації онкологічних хворих.

За основу реабілітації онкохворих/інвалідів покладено принципово нову парадигму в медицині – інтегральне чи холистичне лікування пухлинної хвороби та багатьох інших хронічних захворювань, що розроблялася в Інституті експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України протягом багатьох років. Розроблений і активно досліджений в експерименті і клініці інтегральний метод для лікування, реабілітації, профілактики пухлинної хвороби (метод лікування детально представлений у наших монографіях [1–3] і багатьох статтях) включає, насамперед, зміну гомеостазу організму як саморегулюючої системи шляхом нормалізації його адаптаційних можливостей. Враховуються також відомі основні фактори, які відповідають за нормалізацію гомеостазу хворого організму. Мета такого інтегрального методу – оздоровлення, яке повинне проводитися перманентно, протягом часу, що залишився хворому, – гармонізація фізичного тіла, енергії та інформації з ноосферою та навколишнім середовищем. Інтегративне лікування, реабілітація і паліативна терапія пухлинної хвороби становить комплексний підхід і включає як загальний вплив на організм, так і спеціальне лікування конкретної патології.

У процесі проведення реабілітаційних заходів особам, що беруть участь в оздоровленні хворих, треба змінити до них ставлення. Неможливо сприймати онкохворого як біологічну істоту, яка має фізичні або психічні вади. За Міжнародною класифікацією функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), треба, крім медичної та біологічної дисфункції, враховувати соціальні аспекти онкохворого. По-перше, при онкологічній реабілітації слід розглядати взаємовідносини не тільки пухлини та організму, але й хворого та соціуму. По-друге, до онкологічного хворого слід ставитися як до особистості через його якості «діяльності», «ініціативи», «творчості» для досягнення

нею оптимальної соціальної інтеграції та активного одужання.

Побудову реабілітаційних центрів, спрямованих на проведення комплексної реабілітації з включенням медичної, психологічної, соціальної, духовної і трудової реабілітації, слід проводити за моделлю соціального підприємства.

Соціальні підприємства можуть бути структуровані як комерційні або некомерційні, можуть мати форму кооперативу. Крім того, така форма організації реабілітаційного центру уможливило контроль (з боку онкологічних хворих, громадськості) за цільовим використанням державних та інших коштів, виділених підприємству в рамках різного роду економічних і соціальних програм і замовлень. Найбільш доречною організаційно-правовою формою соціального підприємства може бути товариство з обмеженою відповідальністю або публічне акціонерне товариство; воно може існувати у вигляді муніципального підприємства, у якому майно формується за рахунок держави, регіону, міста, об'єднань громадян.

Таким чином, у системі охорони здоров'я та соціальної політики за рахунок соціальних підприємств необхідно формувати фундамент соціально орієнтованої економіки та страхової медицини. Особливістю соціального підприємства у вигляді реабілітаційного центру є створення умов для мотивованої трудової діяльності інвалідів і фахівців, що в цілому забезпечує проведення реабілітаційних заходів. Така форма функціонування реабілітаційного центру дозволяє залучити висококваліфіковані управлінські та наукові кадри, які здатні забезпечити ефективну роботу соціального підприємства.

Враховуючи той факт, що в Україні виникали труднощі з фінансуванням програм, пов'язаних із реабілітацією онкологічних хворих, перспективним є формування системи реабілітації онкологічних хворих за формою соціальних підприємств, а для цього необхідно створити законодавче поле для реабілітації понад мільйон онкохворих на основі запропонованих організаційних, медичних та соціальних заходів.

Література

1. Мисяк С. *Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов* / С. Мисяк. – 2-е изд., перераб. и доп. – Херсон : Айлант, 2002. – 216 с.
2. Мосиенко В. С. *Интегральные подходы к лечению опухолевой болезни* / В. С. Мосиенко, Л. К. Куртсеитов. – Киев : Школьный мир, 2010. – 446 с.
3. Мосиенко В. С. *Рак: пути в неизвестное, разочарование и надежды* / В. С. Мосиенко. – Киев : Школьный мир, 2009. – 352 с.

Перспективи розвитку напрямлений реабілітації і паліативної медицини для онкологічних хворих в Україні

С.А. Мисяк, В.С. Мосиенко

Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии имени Р.Е. Кавецкого НАН Украины, г. Киев, Украина

В статье рассматриваются перспективы развития в онкологии направлений реабилитации и паллиативной медицины в условиях Украины. В системе оказания онкологической помощи населению Украины возникает потребность в обеспечении квалифицированными кадрами в сфере реабилитации и паллиативной медицины, организации реабилитационных центров, хосписов и финансирования социальных проектов при оказании восстановительной и паллиативной помощи в онкологии.

Ключевые слова: реабилитация, паллиативная медицина, онкология, социальное предприятие, кадровое обеспечение.

Prospects for the development of directions of rehabilitation and palliative care for oncology patients in Ukraine

S.A. Misyak, V.S. Mosiienko

Kavetskyi R.I. Institute of Experimental Pathology, Oncology and Radiobiology NAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The article discusses the prospects for development in the areas of oncology rehabilitation and palliative care in the conditions of Ukraine. The system of providing cancer care to the population of Ukraine there is a need to provide qualified human resources in the field of rehabilitation and palliative care, the organization of rehabilitation centers, hospices and fund social projects in the provision of rehabilitation and palliative measures in oncology.

Key words: rehabilitation, palliative care, oncology, social enterprise, staffing.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Місяк Сергій Анатолійович – к.м.н., ст. науковий співробітник Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАНУ. Адреса: м. Київ, вул. Васильківська, 45; тел. +38 (044) 259-01-83.

Мосиенко Володимир Сергійович – проф., д.м.н., пров. науковий співробітник Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАНУ. Адреса: м. Київ, вул. Васильківська, 45; тел. +38 (044) 259-01-83.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2015 р.

о. Ігор Бойко

Роль священика та інших фахівців у наданні паліативної опіки¹

*Школа біоетики, кафедра богослов'я Українського католицького університету,
Львівська Духовна Семінарія Святого Духа УКГЦ*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):105-110; doi 10.15574/IJRPM.2015.01.105

Ми живемо в епоху, коли людство досягло такого стану добробуту, який годі було собі уявити ще кілька десятиліть тому. Ми є свідками того, як на наших очах здійснюються заповітні мрії людини: *трансплантація органів* дає людині змогу відновлювати основні частини свого організму; через *розшифрування геному людини* тепер можна розуміти причини виникнення невиліковних хвороб, зокрема білокрів'я, дитячої екземи, діабету; застосування реанімаційних технологій послабило виразність межі між життям і смертю. Вчасне виявлення багатьох хвороб за допомогою сучасної діагностики сприяє їх ефективнішому лікуванню та є запорукою одужання. Завдяки розширенню терапевтичних можливостей сучасної медицини сповільнено природний розвиток таких невиліковних хвороб, як злоякісні пухлини, СНІД, хронічна ниркова недостатність, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера, деякі серцево-судинні патології, хронічні гепатопатії, а життя хворих на них людей подовжено на багато років.

Отже, значно зросла кількість хронічно хворих пацієнтів, котрі – не без допомоги сучасної медицини – більше не помирають від своєї недуги так скоро, як це було колись, але й до кінця не одужують. Медицині вдається приховати певні симптоми хвороби, покращити стан здоров'я людини й дати їй шанс прожити довше. Інколи постає навіть певного роду ілюзія, що людині вдасться жити на землі вічно та що в цьому житті не буде

ні страждання, ні болю. Психіатр Віктор Франкл, який вижив у нацистському концентраційному таборі, писав, що людину нищить не страждання як таке, а її нищить страждання, яке не має сенсу [2]. Надаючи перевагу матеріальному добробуту, людина часто втрачає значення сенсу страждання, забуваючи при цьому, що страждання є частиною нашого існування. Страждання не є благом, до якого треба прагнути, але воно є невід'ємною частиною людського життя, до якого слід пристосуватися і яке слід прийняти. Воно може знищити людину, однак може також зробити її сильнішою. Людина повинна боротися зі стражданням для того, щоб дати собі та іншим людям можливість жити й приготуватися до неминучого – смерті, однак не для того, щоб плекати нереальні сподівання уникнути смерті.

Тому є необхідним, щоб у суспільстві зростала свідомість того, що людське страждання, особливо наприкінці життя, може бути дуже великим. Люди поважного віку, хворі та вмираючі, як ніхто інший, потребують солідарності та співчуття, що допомогли б їм спокійніше прийняти свою долю. І це є виразним свідченням конкретного гуманного ставлення, яке належиться кожній людині. Надаючи таку допомогу, ті, хто є здоровими сьогодні, виявляють свою солідарність, і одного дня, коли надійде їхня година, зможуть також отримати належну увагу. Це почуття свідомості заохочує до поширення та розвитку медичних структур, які мають назву «хоспіс».

¹ «Паліативна опіка – це повний комплекс опіки, яка надається пацієнту від моменту, коли хвороба не піддається більше лікуванню. Життя і смерть сприймаються як природний процес, без бажання пришвидшити або віддалити смерть. Увагу зосереджують на подоланні болю та інших симптомів; при цьому в наданні пацієнту допомоги беруть до уваги психологічні та соціальні аспекти. Таким чином здійснюється постійна підтримка хворого аж до останньої миті його життя, а також підтримка родини для того, щоби протистояти хворобі та жалобі» [1].

I. Історія виникнення хоспісів та сучасний стан в Україні

У Середньовіччі під словом «*hospicium*» (з латинської – *Hospitium*) розуміли пристановище для паломників, котрі подорожували з Північної Європи до Риму та до Єрусалима. Найдавніші з них були організовані монахами, щоб опікуватися виснаженими, хворими й умираючими людьми.

Сучасні хоспіси почали виникати з кінця XIX століття [3]. Систему паліативного лікування було започатковано в Англії у 60-х роках XX ст. зусиллями Сесілі Сондерс (Cecily Saunders, народилася в Англії 1918 р.), колишньої дипломованої медсестри, а відтак лікаря, яка розуміла, наскільки недостатнім було лікування, котре невиліковно хворі пацієнти отримували у звичайних лікарнях. Ця харизматична жінка заснувала в 1967 р. Хоспіс св. Христофора в Лондоні (St. Christopher's Hospice). Для неї особисто легендарний св. Христофор був тим, хто допоміг Ісусові перейти небезпечний брід через ріку й не полишив його навіть тоді, коли під час переправи виникли труднощі. «Наші пацієнти, – казала вона, – є немов подорожні; вони переходять ріку, мандруючи з одного життя до іншого». Прагненням Сесілі було надавати допомогу вмираючим, багатим чи бідним (переважна більшість із них – це онкологічно хворі), котрі потребували лікарів, медсестер та досвідчених соціальних працівників, які могли б розуміти їхні потреби, бути поруч із ними, які не полишали б їх у важких моментах і допомогли б їм зберегти гідність аж до настання смерті. Як бачимо, поняття *hospicium* має глибоке коріння в християнській духовності.

На думку Сесілі Сондерс, хоспіси повинні стати місцем, у якому людина віднаходить «певність і мир серця». Головною метою Сесілі було дбати про цілісну опіку, яка задовольняла б медичні, фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби пацієнтів. Традиційно складається так, що лікарі готуються до надання фізичної та медичної допомоги, залишаючи соціальні та духовні аспекти іншим фахівцям. Тому Сесілі Сондерс вважала дуже важливою справою вміння розуміти потреби пацієнтів «з півслова» і надавати їм цілісну допомогу, застосовуючи при цьому відповідну мову.

Хоспіси почали розвиватися як окремі «ідеальні» світи. Вони не інтегрувалися в тодішню медичну систему – навпаки їхня діяльність викликала підозри «медичної системи», якій було важко погодитися на зміни та реформи. Проблема інтеграції поняття *паліативна опіка з офіційною медициною* залишалася не вирішеною.

Розвиток хоспісів в Англії у сімдесятих та вісімдесятих роках тривав, однак знадобилося понад

30 років для того, щоб хоспіси набули поширення в Канаді, США, Австралії, відтак у Європі та Україні, а тепер і в Азії та Південній Америці. Станом на сьогодні хоспіси стали відповіддю на чимало проблем дегуманізації сучасної медицини. Ці центри почали творитися «знизу», завдяки ініціативі волонтерів або родин померлих пацієнтів.

Упродовж останніх років сфера паліативної опіки зазнала великих покращень і розвивається надзвичайно швидко. Це стосується також мережі хоспісів як центрів надання паліативної допомоги, яких значно побільшало, а разом із їх числом у суспільства активніше твориться культура паліативної опіки. Не менш важливу роль відіграє фактор виховання і навчання, зокрема в медичних університетах, коледжах та училищах, де вчать медсестринської спеціальності. Приклад Англії, де існують численні університетські кафедри паліативної медицини, які щороку випускають дипломованих фахівців, міг би бути гарним для України, де тепер ведуться певні розмови про необхідність відкриття таких кафедр. Для розвитку паліативної та хоспісної опіки в Україні у 2008 р. створено Координаційну раду з питань розвитку паліативної і хоспісної допомоги при МОЗ України, Інститут паліативної та хоспісної медицини, відкрито кафедру паліативної та хоспісної медицини в НМАПО ім. П.Л. Шупика. 26–27 вересня 2012 р. відбувся I Національний конгрес з паліативної допомоги за участі українських та закордонних доповідачів. Окремі програми діють у Києво-Могилянській академії та Українському католицькому університеті. На базі Українського католицького університету у Львові успішно діє Школа біоетики та дві ключові програми: сертифікатна програма з біоетики під назвою «На службі охорони життя», яка вже діє шість років, та модульна програма для фармацевтів «Етичні цінності у фармацевтичній діяльності». За цей час випускниками Школи стали понад 170 осіб. Одним із пріоритетних напрямків Школи біоетики УКУ є вишкіл фахівців у сфері паліативної опіки, які працюватимуть у хоспісах та відділеннях паліативної допомоги в Україні.

Якщо у світі загалом тенденція до розвитку паліативної опіки позитивна, то в Україні ситуація є дещо іншою. Станом на сьогодні в Україні діє не більше 30 установ, що надають паліативну допомогу, – хоспісів, відділень паліативної допомоги, відділень інтенсивного сестринського догляду. Проте люди, які працюють там, у змозі опікуватися лише 3–4 тисячами пацієнтів на рік. А кількість осіб, які потребують такої опіки, – майже 100 тисяч. Орієнтовна кількість ліжок для паліативної опіки становить в Україні близько одного на 100 тисяч населення. Натомість у більшості країн світу

з розвинутою системою паліативної допомоги на 100 тисяч населення існує в середньому 90 стаціонарних та амбулаторних паліативних ліжок. За оцінками світових експертів, потреба в паліативній допомозі становить 100–120 лікарняних ліжок на 1,5 млн населення. На даний час в Україні ситуація щодо надання паліативної допомоги трагічна: більшість хворих, які її потребують, помирають, так і не діставши адекватного полегшення фізичних, моральних і духовних страждань.

II. Місце і роль духовенства та фахівців у наданні паліативної допомоги

Історія терміна «паліативна медицина» сягає корінням легендарної події з життя св. Мартина з Туру. Якось він натрапив при брамі міста Ам'єна на важкохворого вмираючого бездомного чоловіка (сьогодні б сказали «бомжа»). Побачивши його, св. Мартин зняв свій плащ (з латинської – *pallium*), розрізав мечем навпіл і віддав цьому чоловікові одну половину. При цьому він сказав: «Мій приятелю, я не маю нічого, чим міг би тебе лікувати, але можу тобі допомогти, щоб ти не мерз від холоду». А вночі св. Мартинові з'явився уві сні Христос, одягнений у половину того плаща, яким він поділився з чоловіком на дорозі. Найцікавішим елементом цієї історії є бажання поділитися з іншим. Адже навколо нас є так багато людей, яких ми не в змозівилікувати, але яким можемо допомогти не відчувати холоду, болю, відрази та байдужості інших. Ми можемо допомогти їм, ділячись тим, що маємо.

Всесвітня організація охорони здоров'я у 1990 р. дала паліативній опіці таке визначення: «Паліативна опіка – це постійна, активна та цілісна опіка над пацієнтом та його близькими, яку здійснює група різних фахівців. Основна мета паліативної опіки – дбати про високу якість життя як пацієнта, так і його найближчих. Опіка над пацієнтом покладається на відповідального партнера. Паліативна опіка відповідає на духовні потреби пацієнта й забезпечує їх належною підтримкою» [4].

Аналізуючи це визначення, слід зазначити, що:

а) мова йде про цілісну опіку, яка охоплює фізичний, психічний, соціальний та духовний виміри пацієнта й поширюється також на його родичів,

для того щоб могли зрозуміти весь контекст, у якому проходить життя довіреної опіці особи;

б) для надання такої опіки необхідна праця інтердисциплінарної групи фахівців, до складу якої входять лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники, священики, а також волонтери. Детальніше про їхні обов'язки буде сказано пізніше;

в) мета паліативної опіки – гарантувати «високу якість життя пацієнта і його найближчих». З огляду на це, основна увага зосереджується на тому, щоб тамувати або послаблювати біль, контролювати інші симптоми хвороби, гарантувати повне медичне забезпечення. Це повне медичне забезпечення полягає також у тому, щоб подолати страх людини та дати відповідь на питання про значення цього випробовування як на особистісному, так і на релігійному рівні, котрі виникають у неї наприкінці життя, а також надавати підтримку родичам, зокрема в час жалоби;

г) паліативна опіка починається тоді, коли з медичного погляду специфічне лікування від хвороби вже не є ефективним, навіть якщо не завжди існує чітка межа між зворотною і незворотною хворобою. Передовсім ця опіка надається онкологічним хворим¹, хворим на СНІД, а дедалі частіше – і тим, хто хворіє на інші хвороби (пошкодження специфічних органів, таких як нирка, серце, печінка)².

Особливістю паліативної медицини є її швидке поширення серед медсестер та лікарів. Можливо, вона ще не до кінця інтегрована в офіційну медицину, але її більше не ігнорують. Існують добрі програми, які допомагають у підготовці та вишколі молодих, а також і старших, лікарів та медсестер, котрі бажать працювати не лише руками, але й серцем. Паліативне лікування – це не лише сукупність добре визначених процедур медичного догляду, а й своєрідна філософія медичної допомоги, яка висуває за мету домогтися максимальної гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням до безнадійно хворої людини. В основі добре продуманої паліативної медицини – яку розуміють не просто як професійне вміння давати знеболювальне – має бути закладене позитивне бачення кінця життя, що сприймається не як поразка медицини, а як уміння гідно провести невиліковно хвору людину в останню путь. Саме

¹ Найчастіше застосовують *паліативну онкотерапію* (хірургія, променева терапія, хіміотерапія) – до пацієнтів, стан яких є таким, що можна боротися лише із симптомами хвороби.

² Тут мова йде про *підтримуюче лікування*: знеболювальна терапія, яка не усуває причину хвороби, але намагається пом'якшити чи усунути біль; контроль за харчуванням і гідроелектронне регулювання; лікування побічних інфекцій; фізіотерапевтичні реабілітаційні процедури; психологічна підтримка, якій належить особливо важлива роль у наданні допомоги хворому та його рідним; психологічне спостереження з боку групи лікуючих лікарів, умілий емоційний підхід яких до хворого є найкращою основою терапії на цій особливій стадії невиліковної хвороби.

така «філософія» останньої медичної допомоги повністю виправдовує й обґрунтовує участь у процесі догляду за безнадійно хворим команди фахівців: лікаря зі спеціалізованого центру, професійної медсестри, психолога, консультантів різного профілю, духовного наставника, працівника служби соціальної допомоги, фахівця з етики, добровільного помічника. Тобто тих осіб, які вміють оцінювати потреби та ресурси пацієнтів і їхніх сімей, знають принципи застосування знеболювальних фармакологічних препаратів і контролю за іншими симптомами й здатні запропонувати адекватну психологічну підтримку.

Роль *лікаря*, який відіграє головну роль у команді, може бути різною, залежно від потреб пацієнта. Надзвичайно важливу й фундаментальну роль для всіх, без винятку, хворих відіграє *медсестра*: вона перебуває біля пацієнта переважно більшість часу, надає йому активну підтримку та медичну допомогу. *Психолог* допомагає хворому заспокоїтися і змиритися з думкою про смерть, готує найближчих родичів до важких випробувань, що чекають на них, допомагає працівникам закладу охорони здоров'я долати стрес, спричинений тим, що вони щодня спостерігають смерть своїх пацієнтів. *Добровільний помічник (волонтер)* може надавати потрібну хворому та його сім'ї допомогу матеріального й суто людського змісту, проте він має бути адекватно підготовлений (практично та психологічно), перш ніж увійти до команди. *Духовний наставник* бере на себе обов'язок утішати хворого та його сім'ю, коли в цьому виникає потреба, і бере участь у підготовці до жалобної церемонії. *Фахівець із фізичної реабілітації* допомагає пацієнтові відновити деякі серйозно порушені моторні функції і цим поліпшує якість його життя.

Також слід наголосити, що паліативне лікування застосовують не лише до онкологічно хворих, а до всіх пацієнтів, які страждають на невиліковну патологію і чия хвороба прогресує. Метою паліативного лікування є не продовження тривалості життя хворого, а *поліпшення якості його життя*. Таке лікування не продовжує й не скорочує тривалість існування пацієнта, але воно *утверджує цінність життя і трактує смерть як природну подію* [5].

III. Пошана до людської гідності

Однією з найважливіших проблем паліативної допомоги є збереження людської гідності пацієнта, життя якого невпинно наближається до завер-

шення. Українці важливо, щоб пацієнт не перетворився на об'єкт, про який слід дбати й забезпечувати всі фізичні потреби його тіла: харчування, подання води, штучну вентиляцію легень або дренаж із використанням катетера. Пацієнт входить у термінальну фазу свого життя тоді, коли хвороба не піддається більше лікуванню, або коли лікування наносить більшу шкоду, ніж користь, і пацієнт, у порозумінні зі своїм лікарем, вирішує перервати його.

З наближенням смерті багато людей починають відчувати страх, у них з'являються підозри щодо лікування, вони втрачають довіру, починається поступовий процес фізичного занепаду. За таких обставин великої непевності та втрати довіри чимало пацієнтів впадають у стан депресії, у них з'являється думка про самогубство або евтаназію [6]. У багатьох випадках належна допомога, поєднана з контролем за фізичним болем та іншими симптомами, тепло і приязнь можуть створити нову стабільність, навіть коли пацієнт перебуває в стані несвідомості. Таким чином твориться новий простір – духовний простір, у якому є досить часу й можливостей для того, щоб завершити те, чого людина не встигла зробити. У цьому разі якість життя вимірюється якістю стосунків, котрі пацієнти можуть вибудувати й підтримувати. Чимало хворих на цьому етапі можуть прийняти наближення смерті, і вони самі стають великою підтримкою для інших людей. Думка про те, що життя не завершується з настанням фізичної смерті, є надзвичайно важливою і зміцнює людину на силі. Для християн смерть є переходом до вічного життя: «Істинно, істинно говорю вам: Хто вірує, той живе життям вічним» (Ів. 6:47).

Завдяки наданню адекватної допомоги пацієнтам, котрі думали про самогубство або евтаназію¹, зазвичай відмовляються від свого бажання, вони змінюються та, наповнені новою надією і новим «життям», стають щасливими. Настає переміна і в шляхах досягнення своєї надії – перехід від нерационального бажання вилікуватися (часом навіть у чудесний спосіб) до більш реалістичного очікування на спокійну смерть. Здобута надія дозволяє вірити в те, що подруг і діти продовжуватимуть жити й після цієї втрати та зможуть будувати нове життя.

Таким чином, основна діяльність паліативної допомоги скерована на те, щоб створити смертельно хворому духовний простір і полегшити йому процес при звичання до його теперішнього стану,

¹ «Евтаназія – це дія або бездіяльність, яка за своєю природою або через намір того, хто діє, призводить до смерті з метою припинення всіляких страждань» [7].

пильнуючи при цьому, щоб воля пацієнта завжди була взята до уваги та виконана відповідно до його бажання.

Доречно процитувати тут один із документів Церкви, у яком говориться про застосування знеболювальних засобів з метою полегшення страждання пацієнта:

«У сучасній медицині дедалі більшого значення набуває так звана «паліативна медицина», призначена пом'якшити страждання в кінцевій стадії хвороби і забезпечити хворому необхідну людську підтримку. В цій площині, зокрема, вирізняється проблема можливості застосувати всілякі засоби для гамування і заспокоєння болю, для полегшення страждань хворого, навіть якщо це спричиняє небезпеку вкоротити йому життя. Коли хтось доброхить приймає муки, відмовляючись від знеболення, щоби зберегти притомність і (якщо він віруючий) свідомо мати частку в стражданнях Ісуса, то такий приклад гідний похвали, але не означає, що геть усі зобов'язані до такої «героїчної» постави. Уже Пій XII дозволяв використання наркотиків для послаблення болю, навіть коли це призводить до потьмарення свідомості й скорочення життя, «якщо не існує інших засобів і якщо це за даних обставин не перешкоджає виконанню їхніх моральних і релігійних обов'язків» [8]. Бо в цьому разі хворий не прагне і не шукає смерті, хоча й усвідомлює її ризик; він прагне єдино пом'якшити біль, вдаючись до знеболювальних засобів, що їх має в розпорядженні сучасна медицина. Проте «не слід позбавляти присмертного свідомості без поважних причин» [8]. Перед наближенням смерті люди повинні бути в змозі виконати свої моральні й родинні обов'язки, а особливо мати можливість у повній свідомості приготуватися до остаточної зустрічі з Богом» [9].

Особлива ситуація може скластися з онкологічно хворими. Трапляється так, що витрати на лікування є надзвичайно високими, а єдиний ефект, якого можна досягнути, – це продовжити процес умирання. Належна оцінка ситуації, з урахуванням усіх затрат і користі від них, може привести до рішення відмовитися від лікування, яке не покращує стану пацієнта, а лише продовжує і погіршує його страждання. У такому разі допустимо дозволити пацієнту померти, бо продовжувати його життя за будь-яку ціну не є справедливим¹. Наполягаючи на лікуванні, від якого пацієнт свідомо відмовляється, лікар помиляється: коли лікування, навіть якщо і продовжує життя, спричиняє тим самим більше страждання, аніж блага, пацієнтові слід дозволити померти [10].

Висновок

До недавнього часу, до початку розвитку сучасних методів паліативної медицини, можна було б говорити про одну альтернативу: помирати від болю або застосувати евтаназію. Станом на сьогодні ми можемо говорити про іншу альтернативу, котра поширюється швидкими темпами по цілому світі, – паліативну опіку. Виклик, перед яким невдовзі опиниться наше суспільство, полягатиме в тому, щоб змінити наше ставлення до опіки над страждаючими і вмираючими, але ніяк не в легалізації евтаназії. Усе це вимагає відповідної мотивації, належного часу та чимало економічних затрат. Але якщо ми не хочемо, щоби здійснилися песимістичні прогнози, які з'являються в Інтернеті, що до 2075 року всі країни світу легалізують евтаназію, нам слід подбати про належне впровадження невідкладних заходів для поширення паліативної опіки в Україні.

Література

1. *Ventafredda V. Cure palliative in: S. Leone e S. Privitera (a cura di). Dizionario di Bioetica, Bologna-Acireale, 1994, c. 221; neperklad avtopa.*
2. *Frankl V.E. Man's Search for Meaning, New York: Simon-Shuster, 1984.*
3. *Du Boulay S., Rankin M., Saunders C. The founder of the Modern Hospice Movement. London: Society for Promotion Christian Knowledge, 2007.*
4. *Russo (a cura di) G., voce: "cure palliative" di K. Gloser, in Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, Editrice ELLEDICI, Leumann (Torino), 2004, c. 593.*

¹ Конгрегація у справах віровчення, Декларація *Iura et bona*, про евтаназію (5 травня 1980 року), № 4: «За згодою пацієнта допустимо переривати застосування таких засобів, коли результати не відповідають очікуванню. Приймаючи таке рішення, необхідно брати до уваги свідоме бажання пацієнта і його сім'ї, а також думку компетентних лікарів. Зокрема, лікарі повинні визначити, чи співмірні витрати та зусилля медперсоналу з очікуваним результатом та чи співмірні страждання пацієнта, які він зносить під час такого лікування, з благом, яке він, ймовірно, отримає».

5. Згречча Е., Спаніоло А.Дж., ді Г'єтро М.Л. Біоетика. Підручник для медичних вищих навчальних закладів / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2007, с. 573.
6. Janssens R.J., Ten Have H.A., Zylicz Z. Hospice and Euthanasia in The Netherlands: An Ethical Point of View, *J Med Ethics* 1999, 25, с. 408-412.
7. Іван Павло II, Енцикліка *Evangelium Vitae*, про цінність і недоторканність людського життя (25 березня 1995 року), № 65
8. Пій XII, Промова до міжнародної групи лікарів (24 лютого 1957 року.).
9. Іван Павло II, Енцикліка *Evangelium Vitae*, про цінність і недоторканність людського життя (25 березня 1995 року), № 65
10. Aramini M. *Introduzione alla bioetica, seconda edizione. Milano: Giuffrè Editore, 2003, с. 426.*

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

о. **Гор Бойко** – доктор морального богослов'я, кандидат філософських наук, директор Школи біоетики та доцент кафедри богослов'я Українського католицького університету, член-кореспондент Папської Академії Pro Vita (Ватикан), ректор Львівської Духовної Семінарії Святого Духа УКГЦ.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

Доступ к качественному обезболиванию является основной проблемой паллиативных больных

Ежегодно количество тех, кто в Украине нуждается в помощи в сохранении человеческого достоинства на последнем этапе жизни, достигает 600 тысяч человек, около 18 тысяч из них – дети.

Доступ к качественному обезболиванию является основной проблемой, с которой сталкиваются паллиативные больные на последних стадиях жизни.

Об этом заявили эксперты на пресс-конференции в УНИАН на тему: «Право на достойную смерть» ко Всемирному дню паллиативной и хосписной помощи, который отмечался 12 октября.

По словам руководителя проекта «Обеспечение защиты прав паллиативных больных силами организаций гражданского общества» Анны Котенко, ежегодно количество тех, кто в Украине нуждается в помощи в сохранении человеческого достоинства на последнем этапе жизни, достигает 600 тысяч человек, около 18 тысяч из них – дети.

«Эти люди находятся на том этапе, когда прощаются с жизнью, часть из них страдает от боли, но их состояние можно улучшить. Уже есть и законодательные основания для этого, но не всегда врачи назначают адекватное обезболивание», – сказала Котенко. Она отметила, что с 2013 года в Украине появился таблетированный морфин. Также значительно либерализовали законодательство в сфере оборота сильнодействующих обезболивающих в учреждениях здравоохранения. Кроме того, по ее словам, последние нормативные препятствия в возможности врача унять боль пациентов в конце жизни снято приказом Минздрава №494.

Вместе с тем, отметила Котенко, неизлечимо больные продолжают обращаться с жалобами на отсутствие обезболивания и других видов медицинской и социальной помощи. Она сообщила, что в Украине реализуется проект, направленный на защиту прав паллиативных больных «Обеспечение защиты прав паллиативных больных силами организаций гражданского общества».

Проект предусматривает предоставление правозащитниками консультаций людям, которые находятся на последних стадиях жизни, или их родственникам. «Правозащитники работают с февраля в пяти городах – Харькове, Сумах, Ривне, Киеве и Ивано-Франковске, но они предоставляют консультации всем, кто к ним обращается», – сказала Котенко. По ее словам, в течение февраля-сентября этого года правозащитниками рассмотрено обращение около 500 клиентов, четвертая часть из которых касается нарушений прав пациента, половина случаев нарушения прав связана с отказом в предоставлении адекватного обезболивания.

«Говоря о правах пациента, мы в первую очередь говорим о достоинстве пациента. Люди не должны страдать от пыток, а отказ в обезболивании – это те же пытки», – сказала Анна Котенко.

Эксперты отметили, что первоочередными задачами по обеспечению прав больных, нуждающихся в паллиативной помощи, является принятие Кабмином документа, в котором будут определены пути развития системы паллиативной и хосписной помощи – то есть Стратегии развития паллиативной помощи в Украине на 2015–2025 годы.

Источник: med-expert.com.ua

Г.Т. Терешкевич (с. Діогена)

Паліативне лікування в контексті гідності та недоторканості людського життя

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):111-117; doi 10.15574/IJRPM.2015.01.111

Висвітлено недоторканість та найвищу цінність людського життя на всіх його етапах та гідність людини як особистості, у її духовній, душевній і тілесній цілісності. Проаналізовано значення терпіння (болю) у житті християнина як спосіб єднання з терпіннями Христа. Розкрито традиційну концепцію смерті як перехід до потойбічного життя. Наголошено на етичній неприпустимості евтаназії як акту вбивства та небезпеці її інтервенції в людську спільноту, а також запропоновано замість евтаназії впровадження паліативного лікування як пом'якшення страждань невиліковно хворих. Висвітлено засади і цінності біоетики, якими повинні керуватися лікарі у наданні допомоги невиліковно хворим. Ці питання не можуть залишитись поза увагою органів державного управління.

Ключові слова: недоторканість людського життя, гідність людини, страждання, паліативне лікування, принципи біоетики, евтаназія, ставлення до смерті, органи державного управління, госпіс, капеланство, групи взаємної підтримки, випереджувальне співчуття, співпереживання.

Найбільша хвороба нинішнього часу – не рак чи, навіть, проказа, а байдужість та нестача зацікавленості іншою людиною.

Мати Тереза з Калькутти

Вступ

У процесі трансформації українського суспільства на засадах гуманізму та демократії особливо значення набувають проблеми цінності та гідності людського життя. Підвищення ефективності державного управління потребує впровадження комплексних, системних й, водночас, гуманістично-ціннісних підходів, спрямованих на забезпечення прав людини на всіх етапах її життя.

Мета дослідження: показати, що людському життю на всіх його етапах притаманна недоторканість, гідність та найвища цінність; охарактеризувати ставлення до смерті як переходу до потойбічного життя; засудити евтаназію та наголосити на паліативному лікуванню як цілковитій опіці над особистістю людини.

Матеріали і методи

Вивчалася вітчизняна та закордонна наукова література, вітчизняні та міжнародні нормативно-

правові документи. У дослідженні використані феноменологічний та герменевтичний методи, які допомагають з'ясувати сутність феномену людської особистості, цінність її життя та здоров'я; аналітичний метод, що дозволяє розкрити особливості паліативного лікування, показати різноманітні аспекти його прояву.

Результати дослідження та їх обговорення

Життя — найцінніший Божий дар людини, яке пов'язане з інтеграційними функціями організму. Людське життя недоторкане і має бути шановане і захищене від моменту запліднення до Богом призначеного відходу (природної смерті). «Людське життя священне, бо з самого початку воно несе в собі творчу дію Бога і назавжди перебуває в особливому зв'язку з Творцем — своєю єдиною Ціллю. Один Бог є Владика життя, від початку його і до кінця: ніхто з будь-яких обставин не може претендувати на право прямо знищувати невинну людину» [11].

Варто звернути увагу на повчання папи Пія XII, який неодноразово висловлювався на теми, які сьогодні вважаємо цариною біоетики: «Людина має право на життя, що походить безпосередньо від Бога, не від батьків, будь-якого суспільства чи влади. Отже, не існує жодна інша людина, людська влада, наука чи медичні, еugenічні, суспільні, економічні, моральні рекомендації, що мали б розпоряджатися невинним людським життям» [12].

Право на життя людини є її фундаментальним, базисним правом. Як слушно зауважує український науковець К. Карпенко, «...будь-які з колись проголошених прав людини можна розглядати як розгортання або конкретизацію цього основного права, тому що кожне з них обов'язково є одним із проявів життя, задоволення певних життєвих потреб, інтересів, прагнень» [7].

Моральні критерії біомедичного втручання у людське життя знаходяться в людині як особистості. Людина є цінністю об'єктивною, надприродною і недоторканою та, водночас, критерієм, мірою і оцінкою біоетичних проблем.

«Сотворімо людину на Наш образ і на Нашу подобу. І сотворив Бог людину на Свій образ...» (Бут. 1, 26-27). Згідно з наукою Святих Отців, «образ» – те, що людина отримала, коли Бог її створив, а «подоба» – те, чого вона має досягнути, вдосконалюючись, щоб уподібнитись Йому і брати участь у Божому житті». Апостол Павло та отці Церкви зазначали, що людина – це єдність духа, душі і тіла (1 Сол. 5, 23). Дух є найглибшою частиною душі. Він відображає нашу свідомість. Дух – це наше власне «Я», через яке ми безпосередньо об'єднуємося з Богом. Дух є під впливом Святого Духа. У ньому діє Божа благодать. Дух проявляється у надприродному відношенні людини до Бога, інтуїції, у страху Божому, совісті та пошуку (спразі) Бога. Духовне начало, що лежить в основі людини, впливає на її душу – розум, емоції, свобідну волю, створюючи неповторність особистості.

Відтоді, «як одним чоловіком гріх прийшов у світ, і через гріх смерть» (Рим. 5, 12), життя людства перетворилося у боротьбу за виживання. Через воплощення, смерть і воскресіння Ісуса Христа життя стало відновленим і спрямовується на нову перспективу багатства, цінності та недоторканості. Людина, укріплена силою Святого Духа, покликана до участі в житті Ісуса Христа. Як зазначив папа Бенедикт XVI, життя – це дар, який потрібно цінувати і вірно охороняти, та тільки Бог, Який є Нескінченною і Всесильною Любов'ю, дає вічне життя.

Фізичне людське життя є трансцендентним шляхом, який веде за межі теперішнього земного буття. Обов'язок людини – зважати не лише на під-

тримку земного життя, але й на остаточну мету – єднання з Богом у вічності.

Філософська антропологія ХХ ст. (Макс Шелер) стверджує, що людина існує у трьох вимірах: духовному, душевному і тілесному. Тіло людини не є чимось відокремленим від її «Я», воно є одним із вимірів цілісності.

Особливістю людського існування, яке відрізняється від існування всього живого, є дві фундаментальні категорії – сенс життя і ставлення до смерті. Лише людина здатна ставити собі запитання про своє місце і призначення у світі, та, залежно від відповіді на це запитання, обирати власний життєвий шлях і вирішувати, яким чином цей шлях пройти.

Усі релігії світу засуджують прийняття особою вибору смерті як учинок, викликаний спокусою диявола або ж інших «темних сил». Тут варто, очевидно, згадати психіатра і філософа Юнга, його раціоналістичну концепцію людської душі – притулку підсвідомих станів: «Людина взагалі не спроможна давати собі об'єктивний звіт за власні дії, перебуваючи в термінальних станах» [3].

Принцип святості, недоторканості людського життя міститься в «Клятві Гіппократа»: «Я не дам нікому смертельного засобу, який просять у мене, і не покажу шляху до подібного замислу. ... У який би дім я не ввійшов, я ввійду туди для користі хворого, будучи далеким від всього наміреного, неправедного й згубного».

Упродовж різних історичних епох ставлення до смерті зазнало змін. На думку сучасних учених, ставлення до смерті служить еталоном, індикатором та характеристикою цивілізації. Коли поглянемо на сучасне суспільство, то побачимо, що воно витісняє смерть із колективної свідомості; суспільство поводить себе так, ніби взагалі ніхто не вмирає, смерть індивіда не залишає жодного сліду в суспільній структурі. У найбільш індустріалізованих країнах Заходу смерть людини сприймається як справа лише лікарів та бізнесменів, котрі займаються похоронним обслуговуванням.

Виступаючи перед учасниками загальних зборів Папської Академії «Pro Vita» («За життя»), папа Іван Павло II зазначив: «Церква свідомо, що з передчуттям смерті в людині виявляються інтенсивні людські відчуття: життя добігає кінця, зникає відчуття зв'язку поколінь і суспільства, які належать до самої суті особистості; у свідомості особи, що помирає, а також тих, які опікуються нею, надія на безсмертя змагається зі страхом перед невідомим» [11]. Треба не допускати приниження гідності людини, яка помирає, огорнути її дбайливою любов'ю та опікою у хвилину, коли вона готується до входження у Вічність. Йдеться про

загальнолюдські цінності, про які люди вже почали забувати. Несучи Євангеліє у життя та культуру народів, Христова Церква бачить небезпеку щораз більшої інтервенції евтаназії у людську спільноту. Ці зміни містять страх перед беззахисністю життя, а їх причиною є те, що сучасне суспільство по-іншому починає сприймати життя та створює власні філософські концепції. Наприклад, тенденція оцінювати якість життя поняттями «ефективність» та «психофізична придатність» не здатна надати значення стражданню. Саме тому людина, притримуючись такої концепції, схильна ухилитись від терпіння, «за будь-яку ціну та будь-якими способами» [10]. Не можна наголошувати на якості життя, не беручи до уваги при цьому цінність життя та право на нього.

У деяких країнах Європи прихильники евтаназії вважають, що вона повинна бути дозволена законом. В Україні, де невід'ємне право на життя гарантоване кожному громадянину відповідними статтями Конституції (ст. 3, 27, 64), а також право на охорону здоров'я і медичну допомогу (ст. 49 Конституції України), немає спеціального нормативно-правового акту щодо евтаназії, але це питання врегульоване «Основами законодавства України про охорону здоров'я», де евтаназія категорично заборонена, а при здійсненні кваліфікується як навмисне вбивство. Однак варто зазначити, що правова база в Україні на сьогодні досить нечітка, і це викликає занепокоєння.

Щоб не повторити помилку деяких країн Заходу, в яких легалізовано евтаназію, потрібно категорично засудити її та зробити пріоритетною політику захисту людського життя, що стосується всього українського суспільства. Евтаназія – це акт убивства, який не може бути виправданий нічим. Допки немає остаточної певності про смерть пацієнта, він залишається живою істотою, яка має потребу у лікуванні способом, гідним людської особи, відповідно до тяжкості його хвороби. Недогляд лікарів не позбавлений моральної відповідальності. Евтаназія є злочином, у якому за жодних умов не можуть брати участь працівники охорони здоров'я, котрі завжди повинні стояти на сторожі життя. Органи державного управління повинні подбати про відповідне законодавче врегулювання проблеми, передбачивши належний контроль за дотриманням чинних законів та впроваджуючи замість евтаназії паліативну терапію – пом'якшення страждань невиліковно хворої людини.

«Паліативна терапія» (від лат. *pallium* — вовняний плащ, який носили пастухи. Ним можна оберегти людину від негативних сторонніх впливів. Таку ж дію має і паліативне лікування) означає пом'якшення страждань в останній стадії хвороби

та забезпечення хворого необхідною людською підтримкою [11].

Своїми коренями паліативне лікування сягає сивої давнини. Щоразу, коли хтось (не конче лікар) підтримував та втішав людину в останні хвилини її життя, то можна сказати, що цим самим він здійснював паліативне лікування [13].

Термін «паліативна допомога» замість «термінальна допомога», спочатку запропонований франко-канадцями, був підтриманий в 1982 році Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) у зв'язку з необхідністю створення нового напрямку охорони здоров'я. За визначенням ВООЗ, паліативна допомога – це активний багатоплановий догляд за пацієнтами, хвороба яких не піддається лікуванню.

Варто зауважити, що паліативне лікування тимчасово полегшує прояви хвороби, але не усуває її причину, не виліковує. Воно забезпечує опіку та охорону тяжкохворої особи перед негативними умовами довкілля, перед агресією хвороби. Метою паліативного лікування не є вкорочення чи продовження життя. Воно радше служить природності існування та його кінця. Природний процес смерті не пришвидшується і не віддаляється, тобто зберігає свій часовий вимір. Таке лікування не продовжує життя, а лише полегшує стан людини.

Паліативна опіка є виразом особливої уваги, коли хворий відчуває безпосередню потребу в цьому. Філософія суспільної опіки у паліативному лікуванні надзвичайно виразно виявляє справжню шану до людської особи. Таке співстраждання дає змогу «застосовувати всілякі засоби для тамування та заспокоєння болю, для полегшення страждань хворого» [11].

Елізабет Кюблер-Росс в книзі «Про смерть і вмирання» (Elisabeth Kubler-Ross «On Death and Dying», 1969 р.) висвітлює цілісний підхід до потреб смертельно хворого та описує п'ять етапів прийняття хвороби, які переживають невиліковно хворі на психологічному рівні після діагностування їх захворювання. До них належать: заперечення та ізоляція; гнів; торгівля; депресія; смирення та прийняття хвороби [2].

Прийняття терпіння (болю) має особливе значення у житті християнина, як спосіб єднання з терпінням Христа, має зміст покути, освячення, спасіння. Ісус присутній у кожній людині, яка хворіє і страждає. Її рани – то Його рани. Розбиті тіла спроможні стати життєдайним джерелом, бо з пораненого боку розп'ятого Христа пролилися кров і вода, котрі врятували світ.

Таємниця смерті, що віддавна хвилювала людство, у XXI ст. постала з новою гостротою. Люди не так бояться смерті, як процесу вмирання, оскільки

з цим пов'язане щось досі невідоме. Померти «добре» означає бути в мирі з Богом, із самим собою та ближніми. Людина потребує бути прийнятою Господом. У своїй останній молитві Ісус Христос віддає Свого Духа в руки Бога-Отця. Кожна людина має сприйняти ці слова як свої, за винятком коматозного стану, коли це завдання покладається на родину чи друзів. Для християнина смерть — це крок у Життя, де смерті вже немає. Про особливості Життя після смерті нагадує відома розповідь про багача і Лазаря (Лук. 16, 19–31): збереження ідентичності особистості після смерті (багач залишився багатим, а Лазар Лазарем); здатність пізнавати людей (багач пізнав людей); пам'ять про життя на Землі; усвідомлення теперішнього після смерті; повне відділення праведних від неправедних (кожен мав своє місце) [5].

У Першому посланні до Коринтян апостол Павло наводить п'ять специфічних змін, які відбуваються при переході похованого тіла у тіло Воскресіння: із тлінного тіла переходить у нетлінне (вічне); із смертного — у безсмертне; від приниженого тіла — до славного; від немічного — до сильного; із душевного (чи природного) — в духовне (I Кор. 15, 42–44) [5].

До тіл людей, що відійшли до Вічності, необхідно ставитися з пошаною і любов'ю, поховання яких є вчинком милосердя щодо тіла (Пор. Тов. 1, 16–18.), яке воскресне при Другому Приході Сина Божого на світ в Своїй Славі судити живих і мертвих (Пор. Кодекс канонічного права, кан. 1176, § 3).

Мотиви сучасних звернень до традиційної концепції смерті як переходу до потойбічного життя достатньо зрозумілі — це і глибока вкоріненість релігійних традицій, і новий інтерес до неї на рубежі тисячоліть, спричинений усвідомленням негативних наслідків розвитку промислово-технічної цивілізації. Нові феномени, пов'язані з темою потойбічного життя, викликали в сучасному суспільстві специфічне ставлення до теми смерті. У цьому контексті набирають сили неканонічні форми релігійно-містичного досвіду, результати сучасних наукових досліджень, зокрема в галузі реаніматології (доктор Р. Моуді).

У контексті засад біоетики та геронтології особливою верствою суспільства є люди похилого віку. Ставлення до них, на жаль, характеризується певним упередженням, подібно як і до інших груп населення (невиліковно хворих дітей, інвалідів тощо). Такі упередження названо «стигмами» — своєрідним знаком сорому та ганьби. Це не фізичні, а соціальні характеристики старості, хвороби, психічного чи онкологічного захворювання, смерті. Смерть стала непристойною й незручною, як і жалоба, яку нині старанно намагаються прихова-

ти. Руйнуються кладовища, їх виносять подалі за межі міста чи селища, про мертвих намагаються згадувати якнайменше. У сучасному заклопотаному конкуренцією та виживанням суспільстві забувають не лише про мертвих, а й про старих батьків чи дідусів і бабусь, які доживають віку в будинках-інтернатах для перестарілих. Це стає звичним явищем.

Стандартизація й медикалізація старіння та смерті, нівеляція колишніх символічних уявлень про ці феномени призводять до соціальної дискримінації старих і мертвих. Людина похилого віку, хвора чи здорова, зникає із життєвого простору своїх рідних набагато раніше, ніж помирає. Це суттєво збіднює сучасну молоду людину. Адже переживання конкретного факту смерті, хвороби чи пов'язаних з нею страждань близької людини породжує в нас любов, милосердя, співчуття, жаль, прагнення допомогти чи полегшити тілесні й духовні страждання. Це — невід'ємна частина життя людини. «Без страждання й смерті людське життя не може бути повним», — переконаний австрійський психотерапевт В. Франкл [9].

Проблема допомоги невиліковно хворим і немічним людям є злободенною. Мережа будинків-інтернатів, що існує нині в Україні, аж ніяк не вирішує проблему суспільної опіки над певними категоріями населення.

Частково зарадити цьому можуть госпіси, які символізують опіку суспільства і держави. Досвід організації госпісної допомоги невиліковно хворим пацієнтам цілком прийнятний для України. Госпісний рух зародився у Великобританії, але лише у США був юридично оформлений. У 1982 р. Конгрес США затвердив поправку до Закону про соціальне забезпечення, що встановила державну оплату за допомогу у госпісах особам віком понад 65 років. Госпіси діють як вільні спілки, а не як медичні заклади. Їх завдання — опіка над людиною як особистістю. Американські госпіси, на відміну від європейських, зосереджені на допомозі вмираючим удома. У 90-х роках ХХ ст. створена Національна організація госпісів США, яка має на меті розробку й затвердження певних стандартів цього виду медико-соціальної допомоги. Госпіси покликані надавати комплексну допомогу, що включає соціальний, медичний, психологічний та духовний аспекти. В Україні перший госпіс був організований у м. Львові.

Е. Кассел підкреслював, що «тіло не страждає, страждає вся людська істота». Страждання складається з багатьох компонентів: біль, нерухливість, прикутість до ліжка, відчуття власної безпорадності і обтяжливості для близьких, відчуття провини, страх наближення смерті, відчуття

гіркоти через незавершені справи і невиконані обов'язки. Для підтримки людини в період страждань потрібна особлива філософія. Не випадково говорять, що госпіс — це не лікувальна установа, це — філософія, а однією із її ідей є групи взаємної підтримки, що засновані на принципах рівності. Їх суть полягає у тому, що люди, які самі пережили такі страждання і перемогли їх, можуть бути корисними в допомозі тим, які проходять такі ж випробування. Групи взаємної підтримки допомагають позбутися відчуття ізоляції, самотності і нерозуміння оточуючих, дають можливість об'єктивніше оцінити ситуацію, розвивають потенційні можливості людини, самовираження, корисні навички та впевненість у собі.

Хворі найбільше потребують душпастирської опіки. На сьогодні потребою є запровадження інституту капеланства в усіх лікарнях, яке слід розглядати на державно-церковному рівні. Робота священника в лікарні полягає у духовному піклуванні про недужих, яке ґрунтується на любові, сприянні єднання людини з Богом, зокрема через підготовку та уділення немічним особам Святих Таїнств для їхнього духовного, душевного, тілесного зміцнення та освячення [8].

У нашому житті дуже важливо довіритись своєму Небесному Отцеві, підтримувати живий контакт з Господом через вчення Біблії та Церкви, участь у Божественній Літургії та прийняття Святих Таїнств, які Христос установив для нашого спасіння і освячення. Черпаючи в них силу Святого Духа, ми маємо реалізувати Христові цінності, безумовно виконуючи Божі Заповіді, навіть, якщо доведеться, ціною тимчасових втрат. Бо лише ідучи такою дорогою, наслідуючи Христа, подолаємо зло цього світу. Адже кожен повинен оцінювати події свого життя з перспективи Вічності. Пізнаючи та визнаючи свою гріховність, на Святій Тайні Сповіді, людина зустрічається з Розп'ятим Ісусом Христом та розрушує свої гріхи Христовою Кров'ю. І завдяки Божій благодаті вона повністю відвертається від блудів та повертається обличчям до Господа, пам'ятаючи, що Христове Воскресіння, здобуте через Хресні Страсті, є гарантією нашого Воскресіння.

Важливою формою паліативної допомоги у забезпеченні психологічної підтримки та духовного супроводу пацієнта є порадицтво. Мотивація порадицтва — орієнтуючись на духовні цінності, допомогти пацієнту поступово перейти від зосередження на стражданні до зосередження на надії. Є багато моделей порадицтва, кожна з яких має специфічний підхід. Основний метод, який належить застосовувати в процесі порадицтва, — це випереджувальне співчуття. Якщо емпатія (грец.

empathia — співпереживання) є розумінням та осягненням емоційного стану іншої людини через ототожнення з нею, а співчуття — особливою формою емпатії, що передбачає хвилювання з приводу почуттів пацієнта, то випереджувальне співчуття запрошує радника розділити емоційний стан пацієнта до початку спілкування. Радник приходить зі щирістю і співчутливістю Бога, щоб бути джерелом Його цілющої любові. Поряд з медичними працівниками порадицтво практикують духовні особи та психологи.

На сьогодні існують консервативне паліативне лікування та паліативні операційні втручання. До консервативних паліативних заходів слід віднести адекватне знеболення, в тому числі використання наркотичних анальгетиків, а також снодійних, заспокійливих препаратів, полівітамінів, загальнозміцнювальних препаратів.

Для покращення метаболізму, клітинного обміну, доцільно використовувати оксигенотерапію.

При багатьох онкозахворюваннях пацієнт не може самостійно здійснити акт сечовипускання чи дефекації. У таких випадках доцільно ввести у сечовий міхур постійний катетер для нормального відведення сечі або у пряму кишку широку газовідвідну трубку — для евакуації кишкових газів і рідких фракцій калових мас.

Практично всі хворі на злоякісні новоутворення страждають анемією. У таких випадках, перш за все, слід призначати пацієнтам препарати для гемопоезу. Якщо хворі можуть пережовувати і ковтати їжу, доречно призначати їм вітамінізовану та калорійну білкову їжу.

Особам з новоутворами ротової порожнини, стравохода як паліативний захід показане годування через шлунковий зонд, введений напередодні, через який можна вводити їжу в рідкій формі з допомогою шприца Жане. Таким чином, пацієнти можуть отримувати соки, воду, різноманітні рідкі каші, яйця, молоко, зріжене картопляне пюре тощо.

Пацієнтам, що страждають розладами зору та порушеннями функції слуху, які є наслідком вроджених вад, набутих захворювань, у тому числі онкопроцесів, травматичних пошкоджень, необхідно приділяти більше часу, допомагати у виконанні елементарних вправ, дій, функцій, етапів загального догляду, а також використовувати систему читання за таблицями Брайля та слухові апарати.

Поряд з консервативними паліативними заходами існують паліативні оперативні втручання. Дані операції не забезпечують остаточного одужання хворих, проте значно полегшують їхні страждання.

Хворі, при гострій кишковій непрохідності, що зумовлена розростанням і збільшенням в розмірах злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту, не в змозі перенести радикальну операцію (висічення і видалення пухлин чи ураженого органа) через важкість загального стану або через неоперабельність пухлини. Як альтернативу пропонують паліативну операцію: виведення кишки на передню черевну стінку із формуванням проти-природного анального отвору. У випадку злоякісної пухлини сечового міхура накладається цистостома. Потрібно тільки приєднувати і вчасно змінювати калоприймачі чи сечоприймачі до місця стоми все подальше життя.

Хворим при раку шлунка для забезпечення належного харчування накладається ентеростома, а при раку стравохода — гастростома. Ці трубки забезпечують належне харчування пацієнтів і не дають їм померти від голодної смерті.

Отож, паліативне лікування (як консервативне, так і оперативне) є проявом великої гуманності до безнадійно хворої людини. Паліативні заходи є важливим контраргументом і контрмірою до евтаназії [8].

Висновки

Паліативне лікування сприяє захисту життя і розглядає смерть як природний закономірний процес; не продовжує чи скорочує тривалість життя, а полегшує біль та інші неприємні симптоми хвороби; об'єднує духовні, психологічні, фізичні та соціальні аспекти турботи так, щоб пацієнт зміг примиритися зі своєю смертю; намагається, наскільки це можливо, забезпечити хворому активний спосіб життя; покращує якість життя пацієнта і може також позитивно впливати на перебіг хвороби; турбуючись про пацієнта разом із його сім'єю та надаючи підтримку впродовж його хвороби і в період переживання рідними важкої втрати; використовує міжпрофесійний підхід з метою задоволення різних потреб пацієнта та його родини.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженні комплексних, системних та гуманістично-ціннісних підходів, спрямованих на забезпечення прав людини на всіх етапах її життя (з моменту запліднення аж до природної смерті, тобто Богом призначеного відходу).

Література

1. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. — Київ : Велес, 2005. — 48 с. — (Серія видань «Офіційний документ»).
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. — Киев : София, 2001. — 320 с.
3. Нищук М. І. Евтаназія право та безправ'я вибору смерті / М. І. Нищук // *Практична медицина*. — 1999. — № 1–2. — С. 114.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/2801-12>. — Назва з екрану.
5. Принс Д. Встречаю смерть (Разделяя победу Христа над смертью) / Д. Принс. — Таллин : Дерек Принс министрис, 2006. — 150 с.
6. Святе Письмо Старого та Нового Заповіту (повний переклад, здійснений за єврейськими, араміїськими та грецькими текстами) / о. І. Хоменко. — Львів : Місіонер, 2008. — 1460 с.
7. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посібн. / за заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. — Харків : Колегіум, 2010. — 340 с.
8. Терешкевич Г. Т. Основи біоетики та біобезпеки : підручник / Галина Терешкевич (с. Діогена). — Тернопіль : ТДМУ, 2014. — 400 с.
9. Франкл В. Доктор и душа / В. Франкл; пер. з англ. А. Бореев. — СПб : Ювента, 1997. — 287 с.
10. Хартія працівників охорони здоров'я / Папська Рада до справ душпастирства в охороні здоров'я. — Львів : Медицина і право, 2010. — 111 с.
11. Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica Evangelium Vitae, 25 marzo 1995 / Giovanni Paolo II. — Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995. — 192 p.
12. Pio XII. Discorsi ai medici / a cura di F. Angelini. — Roma : Orissonte Medico, 1960. — 725 p.
13. Salvino L. Śmiertelnie chory / L. Salvino. — Kraków : WAM, 2000. — 108 s.

Паллиативное лечение в контексте достоинства и неприкосновенности человеческой жизни

Г.Т. Терешкевич (с. Диогена)

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

Освещены неприкосновенность и высшая ценность человеческой жизни на всех ее этапах и достоинство человека как личности, в ее духовной, душевной и телесной целостности. Проанализировано значение терпения (боли) в жизни христианина как способ единения с терпением Христа. Раскрыта традиционная концепция смерти как переход к загробной жизни. Отмечена этическая недопустимость эвтаназии как акта убийства и опасность ее интервенции в человеческое сообщество, а также предложено вместо эвтаназии внедрение паллиативного лечения как смягчение страданий неизлечимо больных. Освещены принципы и ценности биоэтики, которыми должны руководствоваться врачи в оказании помощи неизлечимо больным. Эти вопросы не могут остаться без внимания органов государственного управления.

Ключевые слова: неприкосновенность человеческой жизни, достоинство человека, паллиативное лечение, принципы биоэтики, отношение к смерти, эвтаназия, страдания, органы государственного управления, хоспис, капеланство, группы взаимной поддержки, опережающее сочувствие, сопереживание.

Palliative care in the advantages and inviolability of human inviolability of human life

H.T. Tereshkevych (s. Dioghena)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Deals with integrity and the highest value of human life at all stages and dignity as human beings in its spiritual, mental and bodily integrity. Analyzed the importance of patience (pain) in the Christian life as a way to union with the sufferings of Christ. Reveals the traditional concept of death as a transition to the afterlife. Emphasized the inadmissibility of ethical euthanasia as an act of murder and its intervetsiyi danger to human community and proposed instead of euthanasia as palliative treatment vprovdzhennya mitigate the suffering of the terminally ill. Highlighted the bioethical principles and values that should guide doctors to help terminally ill. These issues can not remain without attention of government.

Key words: the inviolability of human life, human dignity, palliative care, the principles of bioethics attitude to death, euthanasia, suffering public administration, hospice, chaplaincy, peer support groups, counseling, proactive compassion, empathy.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Терешкевич Галина Тарасівна (с. Диогена) — доц. каф. філософії та економіки (курс біоетики) Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Шімзерів 3 А/3 (кабінет біоетики).

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

Ученые из США нашли способ деактивировать рак

Исследовательской группе из Флоридской клиники Мейо удалось добиться того, что злокачественные опухоли молочной железы и мочевого пузыря перешли в доброкачественное состояние.

По мнению экспертов, таким же образом можно научиться «отключать» злокачественные процессы и в других органах, передает портал «Лига.Новости».

Исследование американской группы открывает новое направление в биологии, которое даст код, программное обеспечение для выключения рака. В отличие от традиционных методов лечения и лекарств, которые нацелены на то, чтобы убить раковые клетки, эта методика позволит сделать их безвредными.

Прорыв в изучении онкопроцессов и возможностей их прерывания состоялся благодаря тому, что основной целью исследования был протеин PLEKHA7, который «помогает кучковаться здоровым клеткам» организма. Ученые обнаружили, что именно его не хватает (либо он в наличии в недостаточном количестве) при старте ракового процесса.

Как отмечается, исследование пока что находится на ранней стадии, и, по словам руководителя группы Паноса Анастасиадаса, «пока не стоит бежать впереди паровоза». Вместе с тем, заявили ученые, первоначальные эксперименты на некоторых агрессивных видах рака «выглядят на самом деле очень перспективными».

Источник: [Источник: med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)

В.А. Экзархов, А.А. Гончаренко

Некоторые особенности организации хосписной помощи в Украине

Областной центр паллиативной медицины «Хоспис», г. Харьков, Украина

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):118-121; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.118

Статья посвящена организации работы хосписа как учреждения медико-социальной помощи. Освещен ряд ключевых вопросов, на которые следует ответить при планировании открытия стационарного отделения хосписа.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, хоспис.

Актуальность развития социально-медицинской работы с инкурабельными больными во многом обусловлена необходимостью расширения мер социальной защищенности. Неуклонный рост онкозаболеваемости и неизлечимой патологии вызывает необходимость реформирования системы организации паллиативной помощи. Это позволит решать прежние задачи на качественно новом уровне и обеспечить выполнение вновь появившихся стандартов социально-медицинской работы.

При планировании открытия стационарного отделения нужно ответить на ряд вопросов.

Почему считается необходимым создание самостоятельного хосписа? Должны быть веские причины, почему блок паллиативной помощи не может быть в составе больницы.

В Харькове учитывалась необходимость создания такого хосписа, который может взять на себя роль организационно-методического центра для сети хосписных коек в области, базы для изучения проблемы и подготовки персонала.

При обучении оказанию паллиативной помощи самой сложной задачей является изменение условий работы, особенности общения с пациентами и их родственниками и освоение практических навыков. Практическое обучение, как важнейшая часть образовательного проекта, лучше всего реализуется в стационаре.

Также следует относиться с предельным вниманием к высказыванию одного из президентов американской ассоциации хосписов Ноэми Ноерман, которая заключила, что если хосписы не добива-

ются полной самостоятельности, они «...становятся заложниками капризов здравоохранения».

Должна быть проведена оценка потребностей определенной административной единицы. Точкой отсчета являются статистические данные о смертности в области. Что является главной причиной смерти? Где умирают люди: дома, у родственников, в больнице? Где они хотят умереть? Нужно также учитывать траекторию смертности, т.е. ее взлеты и падения.

Есть семьи, в которых семейные узы сильны, и уход за близким человеком считается долгом, а сами пациенты хотят умереть в своей постели. В таких случаях можно предлагать краткосрочное пребывание в хосписе для решения «острых проблем». Если пациенты хотят оставаться дома как можно дольше, но не умереть там, то некоторые из них могут рассчитывать на уход в последние дни жизни, но это будет трактоваться как смерть дома.

Имеет прямой смысл интегрировать хоспис в систему охраны здоровья, т.к. (как доказал Львовский хоспис) экономия, обеспеченная разгрузкой участковых врачей и среднего медицинского персонала, выглядит весьма убедительно – на 30 коек 813 000 грн (2003 г.)

Общепринятые мировые стандарты предусматривают одну хосписную койку на 10 тысяч населения. Принято считать, что на 100 тыс. жителей число тех, кому может потребоваться хосписная койка при злокачественных заболеваниях, составляет 4–7 человек, при доброкачественных опухолях – 2–7 человек. Смертей людей с неврологическими заболеваниями 17 на 100 тыс. человек,

смертей людей с хронической патологией легких и сердца – 500 на 100 тыс. человек и с психо-герiatricкими болезнями – 4 на 100 тысяч.

Размеры хосписа решающей роли не играют (большинство из них небольшие – на 20–30 коек). Но принципиально важна целостность программы, ее персонализация, гибкость, внимание и самоотверженность персонала.

Будет ли хоспис заниматься профессиональным образованием и профессиональной подготовкой? При обучении оказанию паллиативной помощи самой ответственной задачей является воспитание отношения к пациенту хосписа и усвоение правил общения с пациентом и его родственниками и практических навыков ухода. Практическое обучение – эта важная часть образования, и лучшим местом для практики является стационар.

Довольно часто в последнее время происходит реорганизация объектов охраны здоровья, и некоторые существующие здания становятся лишними. Они могут использоваться для организации паллиативной помощи и, что особенно важно, с сохранением рабочих мест для сотрудников, которые могли бы быть уволены в связи с реорганизацией учреждения.

С другой стороны, расположение хосписа в больнице общего профиля имеет некоторые преимущества:

- близость к узким специалистам (хирургам, реаниматологам и т.д.);
- близость к диагностическим кабинетам, физиотерапии и др.;
- наличие прачечной, лаборатории, аптеки, кухни;
- возможность привлечения персонала больницы.

Какие еще важные вопросы должны быть рассмотрены на этапе планирования?

Во-первых, сроки пребывания в хосписе. В рекомендациях Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи (2003) сказано: «Паллиативная помощь охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней». Но можем с этим не согласиться. За рубежом много примеров короткого содержания больных в хосписе (до 14 дней). Вот с этим соглашаться нельзя. В Украине вряд ли найдется семья, способная самостоятельно, без помощи государства, справиться с наличием в доме неизлечимо больного умирающего человека. При создании хосписа следует, прежде всего, думать о том, насколько полезным он будет рядовой семье, в которой все работают и учатся.

Серьезные перспективы сулит организация выездных служб, которые могут взять часть забот о неизлечимо больных пациентах. Они могут быть функциональными подразделениями хосписа, амбулаторных, социальных служб и других благотворительных организаций.

Можно ли рассчитывать на дополнительное обследование в условиях хосписа (лаборатория, радиология, УЗИ и т.д.) или лечение (лучевая терапия, химиотерапия, хирургия)? Будет ли хоспис иметь свою собственную аптеку или закупать лекарственные препараты и их хранить? Будет ли хоспис иметь свой морг или сможет использовать морг соседней больницы?

Обычно хосписы предназначены только для взрослых, т.к. дети требуют особых условий пребывания. И если существует необходимость в «смешанном» хосписе, для детей должны быть специальные помещения, медсестры и врачи, обученные педиатрической паллиативной помощи.

Кто поступает в хоспис:

- пациенты с острыми, тяжелыми, но не обязательно угрожающими жизни, заболеваниями (тяжелые травмы, лейкемия, состояние после тяжелого инсульта), когда существует возможность обратимости заболевания и реабилитации, но и лечение, и уход представляют значительные трудности и являются тяжелым бременем для близких;
- пациенты с прогрессирующими хроническими заболеваниями (например, заболевания периферических сосудов, хроническая почечная или печеночная недостаточность, инсульт со значительными функциональными нарушениями, прогрессирующие заболевания сердца или легких, нервно-дегенеративные расстройства и деменция);
- пациенты с неизлечимыми заболеваниями (терминальная стадия слабоумия, СПИДа, IV клиническая группа онкологической патологии, тяжелое течение инсульта, сердечной, почечной, дыхательной недостаточности), от которых они вряд ли смогут оправиться и для которых паллиативная помощь является единственно целесообразной в оставшееся больному время.

Следует подчеркнуть, что строгое соблюдение показаний для госпитализации имеет первостепенное значение. Было бы невозможно обеспечить уход для многих из перечисленных групп в небольшом подразделении паллиативной помощи, поэтому решение о размерах хосписа должно быть принято до его открытия.

Нужно быть готовыми к тому, что пациенты могут умирать в течение нескольких дней и, наоборот, к долгому пребыванию пациентов. Одной из проблем является то, что многие такие больные поступают на «передышку» родственников

слишком поздно и не возвращаются домой, но остаются и умирают в хосписе.

В хосписах принято поддерживать максимально комфортные и благоприятные условия обреченно больному человеку. В отличие от больниц, где больные знают, что скоро выйдут здоровыми, в хосписах люди ждут продолжения каждого дня, наступления утра, радуются каждой минуте жизни. Пациентам разрешено держать домашних животных, смотреть телевизор, говорить по телефону, пользоваться услугами парикмахера, косметолога, подбирать меню и многое другое.

Имеет смысл установить, кроме показаний для поступления в хоспис, приоритетные критерии для поступления (участие в боевых действиях, медицинский стаж и т.д.). Решение о госпитализации должна принимает группа, в которую входит главный врач, его заместитель по медицинской части, заведующие отделениями.

Поскольку в нашем центре постоянно реализуются различные образовательные программы, мы оборудовали помещение для семинаров. Кроме того, мы имеем библиотеку. Главное, мы оборудовали при хосписе церковь (до 200 м²), в которой регулярно проводятся службы, транслируемые по радио в палаты для лежачих больных, а также совершаются требы.

Некоторые трудности с набором персонала, имевшие место в начале работы, давно пройдены. Привлекательность и профессиональное удовлетворение в паллиативной помощи создают хоспису имидж, при котором найм на работу не является проблемой. Само собой разумеется, что подбор персонала, предварительная подготовка, права и обязанности должны быть столь же строги, как и в любом другом учреждении здравоохранения.

Эмпирическое правило состоит в том, что один врач может следить за 10–15 койками. Нами принято решение о дневной работе профильных специалистов (терапевта, невропатолога, хирурга, психотерапевтов), осуществляющих наблюдение в соответствии с этим расчетом.

С 15-00 до 9-00 наблюдение осуществляется дежурным врачом. Работа в это время поручена врачам-анестезиологам, готовым, при возникновении нарушения какой-либо жизненно важной функции, к оказанию помощи на месте, приглашению консультанта и т.д.

Важно, чтобы каждое стационарное отделение паллиативной помощи имело в своем составе опытного социального работника. Именно специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи: оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания

с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов, а также психологических проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Важными характеристиками социального работника являются гуманистическое, позитивное отношение, высокая положительная самооценка, легкость выражения эмоций, эмоциональная открытость и теплота, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности как личностной черты, неагрессивное, необвинительное поведение в конфликтных ситуациях, высокая степень личностной социальной ответственности.

Очень полезно, но не строго обязательно, наличие клинического фармацевта, психолога, стоматолога, ортопеда. Это могут быть совместители или добровольно участвующие в работе специалисты.

Совершенно очевидно, что в хосписе следует должное и равное внимание проявлять к духовным нуждам пациентов. Как правило, это означает, что священник должен быть в штате хосписа или, в крайнем случае, быть недалеко. Следует помнить, что священник также осуществляет поддержку сотрудников и волонтеров, способствует учебе персонала и провожает пациентов в последний путь.

Также к пациентам имеют доступ раввины, имамы, индуистские учителя и т.д.

Особая необходимость существует в создании наблюдательного совета, не являющегося исполнительным, но чрезвычайно важным с точки зрения влияния на все духовные и этические принципы в работе хосписа органом. Наблюдательный совет подчиняется непосредственно обл- или городской администрации или попечителям. От хорошо продуманного по составу и активного наблюдательного совета зависит большая часть эффективности и доверия к хоспису. В состав наблюдательного совета входят представители государственных, общественных и религиозных организаций, промышленности, образования и науки. Как и в любом комитете, многое зависит от авторитета председателя, который должен иметь возможность регулярно связываться с руководством хосписа.

Хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода «социального лекарства» для нашего общества в целом, ведь их строительство, а тем более каждодневная деятельность, невозможны в виде только казенных учреждений. Во многом успех хосписного дела зависит от того, сможем ли мы расчистить социальные завалы и дать выход родникам милосердия. При этом могут гармонично сочетаться цели хосписного, религиозного и других общественных движений.

Исключительно благотворное влияние хосписы оказывают на всю остальную нашу медицину, не только делая достоянием всех медиков особое искусство ухода, технологии помощи тяжелобольным (в том числе умирающим), но и реабилитируя

в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди: «Salus aegroti suprema lex» («Благо больного превыше всего»).

Литература

1. Гнездилов А. В. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных / А. В. Гнездилов, С. А. Леоненкова, М. Т. Репина // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997.
2. Лях К. Ф. Хоспис: Помощь умирающим в современном обществе / К. Ф. Лях // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 33–35.
3. Новиков Г. А. Паллиативная помощь онкологическим больным : учебн. пособ. / Г. А. Новиков, В. И. Чиссов (под ред.). – Москва : ООД «Медицина за качество жизни», 2006.
4. Паллиативная медицина и реабилитация / под ред. Г. А. Новикова. – Москва : Фонд «Паллиативной медицины».
5. Хосписы : сборник материалов / составители : В. В. Миллионщикова (отв. ред.), П. Н. Лопанов, С. А. Полишкис. – Москва, 2002.

Деякі особливості організації хоспісної допомоги в Україні

В.О. Екзархов, О.А. Гончаренко

Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс», м. Харків, Україна

Стаття присвячена організації роботи хоспісу як закладу медико-соціальної допомоги. Висвітлено ряд ключових питань, на які слід відповісти при плануванні відкриття стаціонарного відділення хоспісу.

Ключові слова: організація медичної допомоги, хоспіс.

Some features of the organization of hospice care in Ukraine

V.A. Ekzarkhov, A.A. Goncharenko

The regional center of palliative medicine «Hospice», Kharkov, Ukraine

The article is devoted to the organization of hospice as institution of medical and social care. A number of key questions to be answered during the planning of the opening of inpatient hospice are highlighted.

Key words: organization of health care, hospice.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Екзархов Віталій Олександрович – Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс». E-mail: 020962@gmail.com

Гончаренко Олександр Анатолійович – Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс». E-mail: 020962@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

Т.П. Гарник, Л.Г. Дудченко, О.В. Калачов, Н.П. Огородникова,
А.Б. Пилипчук, І.П. Крашевець-Любченко, І.А. Скліярова

Нові аромапродукти на фармацевтичному ринку України і перспективи їх використання у холистичній медицині

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Україна

Київський міський клінічний онкологічний центр, Україна

ТзОВ «Натуральні есенції»

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):122-124; doi 10.15574/IJRPM.2015.01.122

Наведено відомості про нові аромапрепарати на фармацевтичному ринку України. Із застосуванням сучасної технології отримано гідролати та ефірні олії з ефірноолійної сировини та показано можливості їх використання для регуляції емоційного фону у поліативній допомозі онкохворим на термінальній стадії їх життєвого шляху.

Ключові слова: гідролати, ароматерапія, поліативна допомога, онкологія.

Важливе місце у покращенні якості життя та полегшенні симптомів важкохворих займають фітозасоби. Надзвичайно поширеними серед пацієнтів даної категорії є депресивні розлади, і фітопрепарати дозволяють забезпечити м'який, але досить виразний, антидепресивний ефект, та водночас позбавлені небажаних побічних реакцій, притаманних синтетичним антидепресантам.

Численні клінічні дослідження свідчать про значний вплив натуральних ефірних олій та гідролатів з рослинної сировини на емоційний фон людини [1-4,6-8]. На відміну від галенових препаратів з рослин, вони діють на людський організм делікатніше і глибше [8]. Технологія отримання ефірних олій та гідролатів паровою дистиляцією має переваги перед широко використовуваною у світовій практиці гідродистиляцією [6]. Перш за все парова дистиляція дозволяє зберегти нативність компонентів ефірних олій, притаманих живій рослині. А це, в свою чергу, сприяє розширенню спектра терапевтичної дії отриманих ефіроолійних продуктів. Крім того, гідролати, на відміну від ароматичних вод та ефірних олій, виділених гідродистиляцією, дозволено використовувати внутрішньо без небезпеки подразнення шлунково-кишкового тракту. В арсеналі ароматерапії

вже широко використовуються для регуляції емоційного фону ефірні олії ромашки лікарської, деревію звичайного, гісопу лікарського, монарди трубчастої, лаванди вузьколистої, розмарину лікарського, кропу городнього, звіробою звичайного та інших. Деякі ефірні олії, ефективні як антидепресанти, виробляються на підприємстві ТзОВ «Натуральні есенції». Спеціалістами компанії вперше в нашій країні розроблена технологія отримання ефірної олії з квітучої наземної частини гісопу та деревію звичайного і проведено хроматографічний аналіз цих фітопродуктів [5].

Отримана паровою дистиляцією ефірна олія із сухої сировини деревію має солодкуватий, гіркувато-свіжий аромат з камфорним відтінком. У його складі понад 50% азулену. В аромалампі його доцільно використовувати як самостійно, так і у поєднанні з іншими оліями при безсонні, що супроводжує гіпертензію, та при атеросклерозі. Ефірну олію деревію доцільно використовувати в аромасумішах, мазях, кремах, лосьйонах для проблемної шкіри, при судомах, запорі, геморої, циститі, мікозах, випадінні волосся, лупі.

Ефірна олія, отримана шляхом парової дистиляції з насіння кропу городнього, є ефективним засобом для покращення роботи нервової системи та легким снодійним при безсонні. Також знімає алер-

гічний свербіж шкіри, нормалізую травлення, усуває метеоризм. У наших дослідженнях доведено доцільність використання аромаформ кропу городнього у поєднанні з аромаформами ромашки лікарської, особливо у дітей та людей похилого віку.

Ефірна олія гісопу лікарського та меліси лікарської, отримані паровою дистиляцією із сухої квітучої надземної частини рослин, сприяли зняттю емоційної напруженості та лабільності. Терапевтичний ефект значно підвищується при застосуванні суміші цих олій. Нормалізується робота серцево-судинної системи та полегшується дихання при астматичному бронхіті. Ефірна олія гісопу у нерозбавленому вигляді ефективно видаляє бородавки, папіломи та мозолі. Слід зауважити, що ефірна олія гісопу показана при гіпотензії та сприяє нормалізації роботи шлунково-кишкового тракту.

Ефірна олія звіробою, отримана паровою дистиляцією із сухої квітучої надземної частини рослини, усуває нервову напругу, безсоння, роздратування, а також біль і набряки при травмах. Ефірну олію звіробою доцільно використовувати у мазях як протизапальний засіб при дерматитах, екземі, герпесі та оперізуючому лишай. Має широкий спектр антибактеріальної та антивірусної дії.

Фахівцями ТзОВ «Натуральні есенції» вперше у нашій країні розроблена технологія та розпочато виробництво таких фітопродуктів, як гідролати.

Гідролати трав – це водяна суспензія, яка має рН від 3,5 до 6. У ній є невелика кількість ефірних олій, органічних кислот, пігменти рослин, флавоноїди, вітаміни, мінерали тощо. Гідролати відрізняються від ароматної квіткової води тим, що мають інший молекулярний склад, їх можна застосовувати внутрішньо.

Технологія отримання гідролатів полягає в тому, що при паровій дистиляції молекули води екстрагують з рослин тільки легкі молекули, а більш важкі молекули (гіркоти, віск тощо) залишаються у сировині. Ці легкі молекули корисних речовин лишаяються незмінними, такими, які були в рослині, не втрачаючи своїх природних властивостей. Завдяки цим властивостям гідролати нормалізують обмінні процеси в організмі, виводять шлаки, зміцнюють імунітет.

Кисле середовище всіх гідролатів пригнічує життєдіяльність бактерій, грибків та вірусів. Гідролати є ефективними протизапальними, протигрибковими та антивірусними натуральними фітозасобами, які не подразнюють клітини органів та тканин. Вони є дуже ефективними при застосуванні у дітей.

Гідролат деревію звичайного покращує кровообіг, зміцнює судини, усуває набряки та біль судин при варикозному розширенні вен, геморої, ендоме-

тріозі та болючих менструаціях, усуває кровотечі. Також гідролат деревію сприяє покращенню перетравлення жирної їжі, стимулює роботу печінки, є легким жовчогінним засобом, виводить зайву рідину з організму.

Гідролат меліси є сильним антиоксидантом, протівірусним та протибактеріальним фітозасобом. Йому притаманні заспокійливі, імуностимулюючі, відновлювальні та протизапальні властивості. Дуже ефективний при герпесі, як профілактика грипу та сезонних алергій. Рекомендовано використовувати при ішемічній хворобі серця, вегето-судинній дистонії, аритмії, ревматизмі.

Гідролат заспокоює, знижує артеріальний тиск, знімає депресію, тривогу, безсоння, дитячу істерику, мігрені та головний біль. Знижує апетит при переїданні. Ефективний для гіперактивних дітей.

Способи використання гідролату меліси. Дорослим 2 чайні ложки гідролату розвести в 1 літрі фільтрованої води, пити протягом дня маленькими порціями; курс – три тижні, перерва – один тиждень. Курс можна повторювати. Дітям 1 чайну ложку гідролату розвести в 0,5 літрі води, пити протягом дня невеликими ковтками. Ванночки вечірні для дітей: додати 1 чайну ложку гідролату меліси у воду. Компреси: змочити бавовняну тканину теплим гідролатом меліси, покласти тканину на проблему зону, при головному болю – на скроні на 30 хвилин, не перегрівати. Антивікова програма – щоденне очищення шкіри обличчя: на ніч розвести гідролат меліси водою у пропорції 1:1 (1 ч. л. гідролату на 1 ч. л. фільтрованої води); лосьон – протирати шкіру обличчя вранці та ввечері нерозбавленим гідролатом.

Гідролат кропу є ефективним фітозасобом при хронічних бронхітах, пневмонії. Розріджує та видаляє мокротиння з бронхів і легенів, зміцнює судини. Виводить з організму шлаки, усуває біль при подагрі, спазматичні болі. Ефективний при кандидозах, інших грибкових захворюваннях; покращує травлення, усуває коліки, болі в животі, запори.

Гідролат кропу рекомендовано при порушеннях сечостатевої сфери у чоловіків (простатити, аденоми простати), а у жінок використовують при захворюванні яєчників, порушенні менструального циклу, ПМС, зняття приливів при клімаксі. Засіб покращує лактацію.

Гідролат гісопу є тонізуючим фітозасобом, який нормалізує роботу всіх відділів імунної системи. Тонізує серцеву діяльність та судини. Знижує підвищене згортання крові. Ефективний при захворюванні дихальної системи, синуситах, тонзиліті, гаймориті. Усуває запалення ясен, рекомендований при стоматитах, пародонтозі. Сприяє швидкому загоєнню ран, гематом, забиттів, усуває папіломи,

пом'якшує рубці, усуває метеозалежність, доцільно застосовувати при лікуванні аутоімунних дерматитів, мокнучої екземи.

Способи використання гідролату гісопу. Для прийому всередину 1–2 чайні ложки гідролату розвести у 250 мл води (денна порція) і пити невеликими ковтками три рази на день, курс – три тижні, перерва – один тиждень. Потім курс можна повторити. Для інгаляцій розвести 1 чайну ложку гідролату гісопу на 2 чайні ложки теплої води. Робити інгаляції 1–2 рази на день, курс – три дні;

м'які інгаляції – додати 20 мл у гарячу воду й дихати парами у кімнаті. Компреси на очі: змочити ватні диски нерозведеним гідролатом і тримати на повіках 5–10 хвилин. Знімає втому, біль очей, набряки повік. Лікування папілом: змочити ватну серветку чистим гідролатом гісопу, тримати на проблемній зоні 10–15 хвилин, повторити протягом дня 2–3 рази. Щоденний догляд за шкірою (тонік): протирати шкіру ватним тампоном 2–3 рази на день. Лікування себореї та лупи: змочити вимите волосся гідролатом гісопу, не змивати.

Література

1. Дудченко Л. Г. *Ароматерапии и аромамассаж* / Л. Г. Дудченко, Г. П. Потебня, Н. А. Кривенко. – Киев : ИД «Максимум», 1999. – 352 с.
2. *Ефіроолійні та жиролійні рослини* / Дудченко Л. Г., Коновалова О. Ю., Гарник Т. П. [та ін.]. – Київ : ЧП «Блудчий М.І.», 2010. – 496 с.
3. Редфорд Дж. *Полная книга семейной ароматерапии* / Дж. Редфорд. – Минск : Попурри, 1996. – 240 с.
4. Стикс В. *В царстве запахов. Эфирные масла и их действие* / В. Стикс, У. Вайгерштоффер. – Москва–Вена : Навеус, 1995. – 125 с.
5. ТУ У 10.8-36622669-002:2014 *Гідролати. Розроблено І. А. Склярвою.* – 2013 р.
6. Catty Suzanne *Hydrosols: the next aromatherapy Healing.* –, Rochester, Vermont : Arts Press, 2001. – 290 с.
7. Lawless J. *The illustrated encyclopedia of essential oils. The Complete Guide to the Use of Oils in Aromatherapy and Herbalism* / J. Lawless. – Boston, 1999. – 356 p.
8. Tisserand R. B. *The art of aromatherapy* / R. B. Tisserand. – Vermont : Yealing arts press Rochester, 1990. – 323 p.

Новые аромапродукты на фармацевтическом рынке Украины и перспективы их использования в холистической медицине

Т.П. Гарник, Л.Г. Дудченко, А.В. Калачев, Н.П. Огородникова, А.Б. Пилипчук, И.П. Крашевец-Любченко, И.А. Склярва

ПВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ», Украина

Киевский городской клинический онкологический центр, Украина

ТсОО «Натуральные эссенции»

Приведены сведения о новых аромапрепаратах на фармацевтическом рынке Украины. С применением современной технологии получены гидролаты и эфирные масла из эфиромасличного сырья и показаны возможности их использования для регуляции эмоционального фона в паллиативной помощи онкобольным в терминальной стадии их жизненного пути.

Ключевые слова: гидролаты, ароматерапия, паллиативная помощь, онкология.

New aromatherapy products in the pharmaceutical market of Ukraine and the prospects for their use in holistic medicine

T.P. Garnik, L.G. Dudchenko, O.V. Kalachov, N.P. Ogorodnikova, A.B. Pilipchuk, I.P. Krashevets-Lubchenko, I.A. Sklyarova

PHEI Kyiv Medical University UANM

Kiev City Clinical Center

LLC «Naturalni esentsii»

An aroma-New data on drugs in the pharmaceutical market of Ukraine. With the use suchasnoi tehnolohii obtained hidrolaty and efirni olii efirnooliynoi of raw shown ix mozhlyvit use for rehulyatsii emotional background in assisting cancer poliatyvnyi on terminalniy stadii ix way in life.

Key words: hidrolaty, aromaterapiya, poliatyvna help, onkolohiya, drugs.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Гарник Тетяна Петрівна – д.мед.н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії, біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Народна та нетрадиційна медицина», президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України». E-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com

Дудченко Л.Г. – к.б.н., ст.н.співр. Київського медичного університету УАНМ/

Калачов Олексій Володимирович – зав. відділенням паліативної медицини Київської міської онкологічної лікарні. E-mail: akalachev36@gmail.com

Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки

Загальна частина

Забезпечення реалізації прав і свобод людини і громадянина, визначених Конституцією України, а також виконання Стратегії Сталого розвитку «Україна–2020» щодо впровадження в Україні європейських стандартів життя, Стратегії Державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, вимагають визнати права важкохворих пацієнтів та створити умови для досягнення максимальної якості життя для паліативних пацієнтів усіх вікових категорій.

У 2014 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила, що паліативна допомога – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами, пов'язаними із захворюванням, що загрожують життю, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної та духовної підтримки. Надання паліативної допомоги засноване на принципі поваги до людської гідності та спрямоване на надання практичної підтримки родинам паліативних пацієнтів.

Обов'язок держави забезпечити доступ до паліативної допомоги всім пацієнтам, незалежно від віку, нозологічної категорії захворювання, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця перебування тощо. З огляду на постаріння населення та високі демографічні показники смертності, адже щорічно в Україні помирає біля 700 тисяч населення, у тому числі понад 100 тисяч від онкологічних хвороб, зростає потреба в організації та наданні якісної паліативної допомоги. Кількість населення, що потребує паліативної допомоги, становить понад 600 тисяч пацієнтів щорічно, члени їхніх родин також потребують супроводу та підтримки. Тобто щорічно понад 1,5 млн населення потребують паліативної допомоги.

Протягом останніх років досягнуто певного прогресу у сфері надання паліативної допомоги, зокрема прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» у частині визначення паліативної допомоги як виду медичної допомоги та організаційних засад її надання, закони України «Про затвердження Загаль-

нодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», які містять питання розвитку паліативного догляду.

Деяко збільшилася поінформованість щодо завдань паліативної допомоги, з'явилися фахівці, що є експертами з паліативної допомоги та вивчили досвід інших країн, прийнято та впроваджуються у життя низка нормативно-правових актів МОЗ та Мінсоцполітики.

На сьогодні в Україні створено 2 центри, 7 хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечує доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок, при рекомендованій ВООЗ потребі у 3500 ліжок. Функціонує лише 7 мобільних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. За оцінками експертів, потреба у паліативній допомозі в Україні задоволена лише на 15%.

Водночас відзначається низький рівень поінформованості різних верств населення, органів державної влади та місцевого самоврядування щодо паліативної допомоги, недостатнє нормативно-правове регулювання у сфері надання паліативної допомоги, відсутність системного підходу до організації її надання, міжвідомчої співпраці та інтегрованого підходу у цій сфері з урахуванням пацієнт-орієнтованого підходу.

Ця Стратегія визначає мету, завдання, пріоритети та індикатори становлення та розвитку паліативної допомоги в Україні та відповідає гарантіям держави, взятим відповідно до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права дитини, та напрямам розвитку, визначеним у Резолюції Шістдесят сьомої сесії Всесвітньої Асамблеї Здоров'я (2014 рік) «Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими».

Принципи реалізації Стратегії

Стратегія ґрунтується на таких принципах:

- пацієнт-орієнтований підхід;
- законність, дотримання прав людини, гуманність та повага до людської гідності;

- відкритість, чесність і координованість системи паліативної допомоги;
- посилення підтримуючих систем охорони здоров'я, соціальної політики, інших;
- постійні наукові та операційні дослідження;
- доступність лікарських засобів для забезпечення високої якості життя паліативних пацієнтів;
- участь громадськості у створенні та функціонуванні системи паліативної допомоги;
- виконання взятих міжнародних зобов'язань.

Мета та завдання реалізації Стратегії

Метою Стратегії є створення системи паліативної допомоги та забезпечення гарантованого доступу до неї пацієнтів усіх вікових категорій, незалежно від місця перебування.

Завдання Стратегії:

1. Посилення поінформованості громадського суспільства щодо питань паліативної допомоги.
2. Забезпечення пацієнт-орієнтованого підходу у паліативній допомозі.
3. Здійснення нормативно-правового регулювання сфери паліативної допомоги.
4. Проведення національної оцінки потреб у паліативній допомозі пацієнтів різних вікових категорій відповідно до місць їх перебування, а також у лікарських засобах, передусім для полегшення болю.
5. Забезпечення планових розрахунків створення мережі спеціальних закладів паліативної допомоги на період 2015–2025 років. Розширення мережі закладів стаціонарного типу «Хоспіс» та центрів/відділень з надання паліативної допомоги, у тому числі для дітей, відповідно до рекомендацій ВООЗ, а також мережі мобільних служб з надання паліативної допомоги вдома, служби сестринської опіки, денних служб паліативної допомоги інших організаційних форм.
6. Забезпечення фінансування надання паліативної допомоги з різних джерел. Розробка та забезпечення функціонування обласних, районних, міських програм з розвитку паліативної допомоги із залученням сталого фінансування;
7. Розробка та затвердження, відповідно до принципів ВООЗ, стандартів і клінічних протоколів надання паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій; стандартів соціальних послуг.
8. Забезпечення інтегрованого підходу та встановлення порядку взаємодії між різними відомствами, що причетні до надання паліативної допомоги, задля досягнення максимальної якості життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних.

9. Забезпечення наявності в Україні та доступності широкого асортименту знеболюючих засобів (сиropи, пластирі, таблетовані форми, спреї та ін.) для пацієнтів різних вікових категорій.

10. Створення системи державної підтримки виробників ліків та аптек, які провадять діяльність, пов'язану із обігом наркотичних, психотропних речовин та прекурсорів, з метою розширення їх асортименту та доступності.

11. Розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних та мобільних сервісів паліативної допомоги для пацієнтів усіх вікових категорій;

12. Створення системи до- та післядипломної освіти для медичних, соціальних, педагогічних працівників з питань паліативної допомоги та лікування хронічного болювого синдрому.

13. Здійснення наукових досліджень з питань надання паліативної допомоги.

14. Створення системи моніторингу дотримання прав паліативних пацієнтів та їх захисту.

15. Створення дієвого механізму залучення волонтерів та громадськості до надання паліативної допомоги пацієнтам та їхнім родинам.

16. Проведення інформаційних кампаній, благодійних та мистецьких акцій задля привернення уваги громадськості до потреб паліативних пацієнтів та підтримки діяльності закладів і установ паліативної допомоги.

Суб'єкти формування і реалізації Стратегії

У формуванні заходів та реалізації Стратегії у межах своїх повноважень беруть участь МОЗ, Мінсоцполітики, Міносвіти, МВС, Держлікслужба України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування (за згодою), заклади охорони здоров'я, громадські, професійні, релігійні об'єднання, наукові установами, благодійні фонди тощо.

Моніторинг та оцінка

Напрями, за якими оцінюються результати реалізації Стратегії:

- Проведення кожні три роки оцінки потреб у паліативній допомозі для визначення досягнутого рівня задоволення потреб та необхідного перегляду заходів для якісного функціонування системи паліативної допомоги.
- Нормативно-правове врегулювання сфери надання паліативної допомоги та доступу до знеболення для пацієнтів різних вікових категорій незалежно від місця їх перебування.
- Здійснення фінансування паліативної допомоги з різних джерел фінансування.

- Відповідність існуючих сервісів (стаціонарних та мобільних) для різних вікових категорій визначеним національним потребам із урахуванням регіональної специфіки.
- Впровадження навчальних програм до- та післядипломної освіти для медичних та соціальних, педагогічних працівників, психологів, волонтерів, духівників.
- Забезпеченість сервісів (стаціонарних та мобільних) достатньою кількістю медичного персоналу з відповідним розрахунком навантаження, а також соціальними працівниками, педагогами, психологами, духівниками.

За кількісними показниками:

- кількість затверджених відповідних нормативно-правових актів, що регулюють сферу паліативної допомоги та відповідають стандартам ВООЗ, інших міжнародних організацій;
- кількість стаціонарних ліжок паліативної допомоги для дорослих та дітей відповідно до визначених потреб;
- кількість мобільних сервісів паліативної допомоги для дорослих та дітей відповідно до визначених потреб;
- кількість денних центрів для дорослого та дитячого населення відповідно до визначених потреб;
- підвищення доступності паліативної допомоги – облік різниці між попитом та фактично наданими послугами паліативної допомоги;
- кількість відпущених опіоїдів за госпітальним та аптечним відпуском, з них пільгових;
- кількість отриманих опіоїдів на території адміністративної одиниці (область, місто, район);
- кількість аптек в області/місті, що мають ліцензію на провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних, психотропних речовин та прекурсорів;
- визначений обсяг квот, у динаміці, по Україні відповідно до наданих даних міжнародним комітетом з контролю за наркотиками.

За якісними показниками:

- проведення моніторингу та оцінки якості надання паліативної допомоги серед пацієнтів та членів їхніх родин за допомогою стандартизованого дослідження;
- летальність на лікарняному ліжку;
- дослідження відповідності призначень щодо лікування болю затвердженим клінічним протоколам за участі незалежних експертів;
- наявність/укомплектованість у центрах (від-

діленнях) посад психологів, соціальних працівників. Залучення священнослужителів.

Етапи та очікувані результати

Етапи реалізації Стратегії визначаються планом заходів з її реалізації, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Реалізація Стратегії сприятиме впровадженню єдиної державної політики з розвитку паліативної допомоги, що забезпечить:

- створення доступної та ефективної системи надання паліативної допомоги на основі застосування кращих світових практик, міжнародних стандартів та підходів, наукових розробок вітчизняних та зарубіжних фахівців, з метою забезпечення відповідної якості життя паліативних пацієнтів та членів їхніх родин;
 - створення оптимальної мережі установ та сервісів, що надають паліативну допомогу, різної форми власності і підпорядкування та організаційних форм;
 - допомогу та підтримку сім'ям, які опинилися у складних життєвих обставинах;
 - координацію надання паліативної допомоги закладами та установами охорони здоров'я, соціального захисту різного рівня та різних відомств, а також недержавної форми власності;
 - створення системи взаємодії установ та закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення;
 - створення комплексної системи до- та післядипломної підготовки фахівців, які залучені до надання паліативної допомоги;
 - створення системи мотивації і заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу;
 - забезпечення широкої участі благодійних, громадських, релігійних та інших неурядових організацій та об'єднань громадян у питаннях забезпечення та розвитку паліативної допомоги;
 - створення цільових фінансових програм на різних рівнях фінансування паліативної допомоги та підвищення ефективності, раціонального та цільового використання бюджетних коштів;
 - створення механізмів залучення позабюджетних коштів до системи паліативної допомоги.
- У результаті реалізації Стратегії будуть створені оптимальні умови для правового, економічного та організаційного забезпечення надання паліативної допомоги, що сприятиме доступності паліативних пацієнтів та членів їхніх родин до якісної паліативної допомоги.

Реалізація Стратегії здійснюється за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, інших джерел.

Пропозиції до напрямів Плану заходів реалізації Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки

Нормативно-правове регулювання у сфері паліативної допомоги:

- удосконалити законодавство з питань паліативної допомоги в частині визначення системи надання паліативної допомоги, усіх необхідних понять та термінів, порядку та вимог до процесу надання паліативної допомоги, вимог до закладів паліативної допомоги, порядку міжвідомчої координації та співпраці з надання паліативної допомоги; посадові інструкції, кваліфікаційні вимоги та характеристики до медичного та немедичного персоналу; Державні санітарні будівельні норми та правила щодо закладів, центрів/відділень паліативної допомоги тощо;
- розробити та затвердити проект Закону України «Про паліативну допомогу»;
- розробити та затвердити регіональні стратегії та фінансові програми щодо розвитку паліативної допомоги, зокрема у Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, містах, що мають населення понад 100 тис. жителів, зонах із несприятливою екологічною ситуацією;
- розробити регламентні документи (положення, нормативи), що забезпечують роботу установ, закладів, центрів/відділень паліативної допомоги, визначення їх прав та обов'язків, структури, штатних нормативів та норм навантаження персоналу, табелі оснащення тощо; внести зміни до стандартів акредитації закладів охорони здоров'я в частині стандартів акредитації закладів та структурних підрозділів, які надають паліативну допомогу;
- розробити нормативно-правові акти щодо порядку організації надання паліативної допомоги;
- розробити та затвердити галузеві клінічні протоколи з паліативної допомоги за спеціальностями, інші стандарти паліативної допомоги та стандарти соціальних послуг для паліативних пацієнтів;
- розробити та затвердити класифікатор соціально-медичних послуг для паліативних пацієнтів з урахуванням видів таких послуг, пріоритетності (базові та додаткові), цільових груп паліативних пацієнтів у розрізі різних нозологій (онкологічні хворі, хворі на туберкульоз, хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД, інші інфекційні захворювання,

хворі на серцево- та церебросудинні захворювання, хворі геріатричного профілю, інші);

- розробити та затвердити маршрут паліативного пацієнта на всіх рівнях надання медичної допомоги.

З метою визначення потреби у наданні паліативної допомоги, здійснення оцінки та планових розрахунків створення мережі спеціальних закладів паліативної допомоги:

- визначити установу чи іншу інституцію та здійснювати постійний моніторинг потреб населення в межах кожної адміністративно-територіальної одиниці з метою виявлення нових хворих, які потребують паліативної допомоги та на державному рівні;
- визначити контингент осіб, які не мають обмеженого прогнозу (терміну) життя, але потребують надання паліативної допомоги;
- врахувати при створенні та веденні обліку пацієнтів необхідність функціонування відповідних розділів, модулів тощо для обліку та ведення паліативних пацієнтів;
- провести планові розрахунки створення:
 - 1) хоспісів, зокрема шляхом нового будівництва та перепрофілювання діючих закладів охорони здоров'я;
 - 2) паліативних відділень в існуючих лікарнях;
 - 3) паліативних палат у закладах охорони здоров'я;
 - 4) виїзних бригад паліативної допомоги для обслуговування паліативних пацієнтів вдома;
 - 5) відділень паліативної допомоги в закладах соціальної сфери – геріатричних пансіонатах та інтернатах, територіальних центрах тощо.
 - 6) палат (відділень) у закладах пенітенціарної служби.

Для забезпечення фінансування надання паліативної допомоги з різних джерел:

- визначити можливі джерела фінансування надання паліативної допомоги, розробити фінансові та правові механізми щодо залучення різних джерел (у т.ч. коштів державного та місцевих

бюджетів, платних послуг, страхування, благодійної допомоги тощо), стимуляційні механізми;

- запровадити нові механізми фінансування, змінити підходи до фінансування паліативної допомоги, забезпечивши його на підставі галузевих стандартів із дотриманням принципу «гроші ходять за пацієнтом/клієнтом»;

- запровадити механізми державного та громадського моніторингу та контролю якості надання паліативної допомоги;

- забезпечити взаємодію із громадськими організаціями, благодійними установами та іншими юридичними та фізичними особами – приватними партнерами як рівноправними учасниками надання паліативної допомоги;

- розробити методичні рекомендації щодо впровадження у сфері паліативної допомоги таких організаційно-правових форм юридичних осіб, як комунальні підприємства, корпорації із закладами соціальної сфери тощо.

- створити ринкові стимули для створення приватних закладів паліативної допомоги шляхом використання інструментів фінансового інвестування.

Інформаційно-технічне забезпечення надання паліативної допомоги:

- організація обміну інформацією між органами державної влади, закладами паліативної допомоги, громадськими, благодійними, міжнародними організаціями та іншими суб'єктами у сфері надання паліативної допомоги з метою надання паліативної допомоги, її розвитку, координації виконання програм і заходів, проведення спільних заходів;

- розробка та впровадження інформаційних кампаній з метою формування громадської думки на рівні громад та розширення участі як громадян, так і організацій у наданні паліативної допомоги хворим та членам їхніх родин;

- здійснення соціологічних досліджень для вивчення існуючого рівня надання паліативної допомоги, виявлення задоволеності/незадоволеності та реальних потреб громади у наданні паліативної допомоги хворим та членам їхніх родин, визначення пріоритетів у запровадженні нових форм надання паліативної допомоги;

- організація співпраці з громадськими, благодійними, релігійними, волонтерськими організаціями під час надання паліативної допомоги.

Запровадження нових організаційних форм надання паліативної допомоги:

- створення установ, закладів, центрів/відділень паліативної допомоги;

- створення в районах (містах) виїзних бригад допомоги паліативним пацієнтам;

- визначення механізмів та порядку взаємодії закладів охорони здоров'я та установ соціальної сфери з метою оперативного надання соціальних послуг паліативним пацієнтам та членам їхніх родин;

- залучення на конкурсних засадах до реалізації державних, місцевих програм і проектів громадських, благодійних організацій;

- створення спільно з громадськими, благодійними та приватними структурами (інвесторами) центрів соціально-медичних послуг, які будуть надавати широкий комплекс послуг паліативним пацієнтам та членам їхніх родин.

Розвиток кадрових ресурсів:

- удосконалення системи до- та післядипломної підготовки медичного персоналу для надання паліативної допомоги, у т.ч. дистанційного навчання, навчально-методичної бази, навчальних програм, навчальних посібників, рекомендацій тощо;

- створення навчально-методичних центрів для забезпечення безперервного навчання спеціалістів немедичного профілю (соціальних працівників, психологів, медичних капеланів тощо), які залучені до надання паліативної допомоги;

- створення нової спеціальності – «Соціально-медичний працівник», що дозволить підвищити якість надання послуг паліативним пацієнтам та членам їхніх родин, а також зменшити витрати бюджету за рахунок оптимізації праці;

- створення системи мотивації і заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу, зокрема встановлення надбавок до заробітної плати, збільшення тривалості відпусток, пільгового пенсійного стажу тощо;

- покращення умов праці фахівців та працівників, які працюють у системі надання паліативної допомоги, у тому числі з урахуванням науково обґрунтованих норм навантаження.

Розвиток системи надання паліативної допомоги дітям:

- проведення наукових досліджень щодо нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей та внесення відповідних змін у медичні стандарти і протоколи;

- розробки та затвердження типових моделей закладів паліативної допомоги для дітей, зокрема закладів, центрів/відділень паліативної допомоги у дитячих багатопрофільних лікарнях третього рівня, мобільних бригад надання паліативної допомоги тощо з урахуванням конструктивних

особливостей елементів будівель, обладнання, інвентарю, особливостей надання медичної, психологічної допомоги та духовної підтримки;

- впровадження спеціального навчального курсу для студентів вищих закладів освіти, що навчаються за спеціальністю «Педіатрія» та інших спеціальностей у педіатрії, щодо соціально-медичного обслуговування дітей, яким надається паліативна допомога;

- розробки програми та проведення спеціальних занять із батьками дітей, яким надається паліативна допомога.

- розробки концепції та навчальних програм позакласних занять із дітьми з проблем розуміння понять «життя та смерть», «смерть близької людини», «співчуття», «милосердя», «скорбота» тощо.

Здійснення наукових досліджень з питань надання паліативної допомоги шляхом:

- створення єдиної платформи операційних досліджень, економічні дослідження, дослідження якості життя пацієнтів та їхніх родичів, визна-

чення потреб у паліативній допомозі, наукові розробки спільно з міжнародними колегами задля підняття рівня надання паліативної допомоги до світових стандартів;

- розробки та затвердження спільно НАН України, НАМН України, МОЗ України, МОНМС України щорічно плану наукових досліджень актуальних проблем паліативної допомоги, зокрема діагностики, паліативного лікування, адекватного знеболення, психологічної підтримки, визначення різних нозологічних категорій пацієнтів тощо;

- проведення щорічно наукових конференцій, симпозіумів з актуальних проблем паліативної допомоги;

- видання науково-практичного журналу з актуальних проблем паліативної допомоги «Реабілітація та паліативна медицина»;

- забезпечення фінансування наукових досліджень з актуальних проблем паліативної допомоги;

- спільно з іноземними фахівцями адаптації існуючих кращих зарубіжних стандартів, клінічних протоколів з паліативної допомоги населенню.

Матеріали II Національного конгресу з паліативної допомоги в Україні 01–03 жовтня 2015 року м. Київ

В.М. Князевич

Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні

Сьогодні українське суспільство переживає значні труднощі на шляху свого розвитку. Можна сказати, що воно перебуває на зламі соціально-економічних процесів, а користуючись науковою мовою, – переживає момент біфуркації. Це важкий час соціально-економічних випробувань, але саме зараз визначається подальший напрям розвитку нашого суспільства і державності. Цим терміном позначають поворотні пункти розвитку, підкреслюючи ситуацію вибору, можливість декількох варіантів подальшого перебігу подій. Типові ознаки біфуркації – чутливість до малих впливів, малі причини можуть мати великі наслідки [4,5].

Від нас залежить, куди ми спрямуємо суспільно-економічний розвиток країни. Відповідно до тенденцій часу це має бути не тільки економічний розвиток, але й гуманізація суспільства. І ми маємо цьому сприяти [4,16]. Зазвичай економічні і соціальні чинники розвитку настільки тісно переплітаються, що функціонують як єдина цілісна система. Але якщо раніше визначальною була економіка, то в сучасному, постіндустріальному, суспільстві саме потреби людини, її здоров'я і розвиток, мають вийти на передній план. В країнах Європи це стало зрозумілим досить давно, коли прогресивні країни визначили для себе так званий «третій шлях» розвитку або соціально спрямований капіталізм [4].

Наразі економічна ситуація в Україні дійсно глибоко кризова. Базисний економічний показник в Україні – ВВП на душу населення – у 2014 р. до-

рівнював 2081 \$, в той час як середній по ЄС становив 35 тис. доларів. Маємо найнижчий у Європі показник прожиткового мінімуму, який становить 2 \$ на день, що за ООН визначається як бідність: майже 50% українських пенсіонерів отримують мінімальну пенсію – 1074 грн (в Україні 13,5 млн пенсіонерів, 7 млн отримують мінімальну пенсію). Мінімальну зарплату отримують 16% працюючих (приблизно 7 млн), яка офіційно в 2014 р. становила біля однієї тисячі гривень, тобто нижче прожиткового мінімуму. До цієї картини повного зубожіння 14 млн чоловік слід додати півмільйона безробітних (1,7% від працездатного населення). Мігрантів, які втрачають найголовніший показник благополуччя, а значить і здоров'я (за визначенням ООН) – дах над головою, в Україні понад два мільйони. За офіційними даними, кількість вимушено переміщених осіб із Донецької та Луганської областей, а також АР Крим упродовж 2014 р. – на початку 2015 р. сягнула майже мільйона осіб, за неофіційними – удвічі більше [3]. Основні виклики, пов'язані із збільшенням масштабів внутрішньої міграції населення, – зростання навантаження на соціальну систему – існування проблем щодо розміщення, працевлаштування, медичного обслуговування, доступу до освіти, культурної та соціальної реінтеграції [6,7].

Як показало опитування населення, проведене Інститутом демографії НАН України, при безрадичній картині економічного забезпечення, для третини населення практично відсутній доступ до отримання медичної допомоги. За даними цього

опитування, кожне третє домогосподарство з тих, що потребували затратного лікування, неспроможне оплачувати ліки [8].

Усе вищенаведене свідчить про зростаючу загрозу в Україні швидкого розвитку невиліковних хвороб, насамперед онкологічних, що було передбачено дослідженнями наслідків Чорнобильської аварії.

Нагадаємо, що 60–80% онкологічних хворих потребують паліативної допомоги. Якщо щороку в Україні помирає понад 700 тис. осіб і з них понад 80 тис. через онкологічні захворювання, то потребують паліативної допомоги майже 500 тисяч хворих та понад 1 млн членів їхніх родин. Крім цього, за даними ВООЗ, у найближчі 10–15 років спостерігатиметься зростання потреби у паліативній допомозі ще на 20%. Потреба у стаціонарних ліжках для паліативних хворих сягне 100 ліжок на 1 млн населення [10, 11, 13, 17].

Об'єктом паліативної допомоги є людина, яка потерпає від болю і страждань, ці діючі фактори перетворюються з фізичних на соціальні, тому що їм можна запобігти засобами паліативної медичної допомоги, яка є складовою охорони здоров'я – невід'ємною частиною соціальної політики держави. Базисною складовою соціальної політики є політика з охорони здоров'я, а її специфічними ознаками – гуманізм і прихильність до хворої людини [1, 2, 18].

Роль держави, державного управління зростає, коли йдеться про одну з її інституцій – охорону здоров'я. Охорона здоров'я є носієм гуманізму, поширенням гуманізації на суспільну свідомість, яка сприяє підвищенню ролі моралі, як чинника, що контролює суспільство; ідеал гуманізму цілеспрямовує, визначає вектор розвитку суспільства [9, 14].

Визнання гуманізації суспільної свідомості основним пріоритетом державно-управлінської діяльності і політико-владних відносин в Україні сприятиме демократизації державного управління і розвитку громадянського суспільства.

Зрілість суспільної свідомості – це багатограний і цілісний феномен, що включає громадську і політичну культуру, засвоєння, перетворення і використання моральних, естетичних, філософських, релігійних цінностей, наукових знань і елементів світогляду. У справі гуманізації важливу роль відіграє уся сукупність цінностей – політичних, правових, моральних, релігійних [16].

В Україні ще не знайшли свого місця державні рішення стосовно гуманізації суспільної свідомості, вони слабо відображені в гуманітарній політиці держави. Принципи і механізми, що дозволяють владі здійснювати гуманізуючий вплив на су-

спільну свідомість, серед управлінських рішень: законність, відповідальність, що реалізуються через систему відповідних організацій – управління з питань гуманітарної політики, міністерства, відомства, комітети Верховної Ради України, Секретаріат Президента, врешті, є основою для здійснення процесу гуманізації суспільної свідомості та демократизації політичного і суспільного життя України, і запорукою розвитку паліативної допомоги як нової інституції [12,13].

Особливої актуальності набирають ці питання в період економічної кризи, а ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, удосконалення діяльності системи охорони здоров'я і розвитку паліативної допомоги в цей період стають своєрідним тестом на подальшу гуманізацію національного розвитку.

На вересень 2015 р. у країні функціонують 9 хоспісів як окремі заклади охорони здоров'я (Івано-Франківськ і Харків – центри ПХД, Львів, Луцьк, Херсон, Дубно – у складі медичного коледжу, Коростень і Запоріжжя – спільно з Товариством Червоного Хреста України, Надвірна – перший в Україні дитячий хоспіс) та понад 60 відділень паліативної і хоспісної медицини у спеціалізованих ЗОЗ і багатопрофільних лікарнях, на базі яких розгорнуто майже 1,5 тис. ліжок (при потребі у 4 тис. ліжок).

Паліативну допомогу пацієнтам вдома надають тільки 6 мультидисциплінарних мобільних бригад (Івано-Франківськ, Чортків – Тернопільської обл., Виноградovo – Закарпатської обл., Харків, Рівне та Луцьк).

При відділенні паліативної і хоспісної медицини Київської міської клінічної лікарні №2 розпочав роботу денний хоспіс [17].

Розробляється законодавчо-нормативна база. Законом України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ Законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» паліативна допомога вперше була визначена як окремий вид медичної допомоги [12].

За ініціативи Ліги було прийнято низку актів Кабінету Міністрів та спеціального відомства щодо спрощення процедури застосування наркотичних речовин для лікування паліативних хворих, зокрема Постанову Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

Також було прийнято ряд наказів МОЗ України: від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін

до реєстраційних матеріалів», від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», від 25.04.2012 р. № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі». Найбільшим досягненням слід вважати наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», що встановлює порядок її надання в державі [14]. Цей документ визначає заклади, що надають паліативну допомогу, координаторів їх роботи, пояснює основні терміни та поняття, окреслює основні завдання та регламентує організацію надання цього виду медичної допомоги. Зокрема у ньому наголошується на можливості різних форм надання паліативної допомоги – «в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома», які «визначаються залежно від стану пацієнта та його родини».

Для ефективного розвитку паліативної допомоги в Україні має бути прийнятий закон про паліативну допомогу як медико-соціальну систему дій для певного контингенту пацієнтів.

Паліативна медицина як складова соціально-медичної допомоги на даному етапі розвитку потребує певного упорядкування своїх здобутків та їх оцінки для закріплення і подальшого розвитку. Актуальність цього розділу соціально-медичної допомоги в Україні наростає швидкими темпами, що пов'язане із соціально-економічними трансформаціями, бойовими діями на території країни і відповідною внутрішньою міграцією, що в сукупності призводить до порушення основних принципів охорони здоров'я – доступності, рівності, справедливості та підвищує ризик захворювання і більш швидкого настання без відповідної допомоги термінальної стадії хвороби.

Паліативна допомога потребує визначення та закріплення соціальних норм, правил, стандартів, приведення їх в систему, орієнтовану на задоволення такої важливої суспільної потреби, як запобігання болю і стражданням.

Інституціоналізація паліативної медицини максимально відповідає вимогам часу, перетворюючи паліативну допомогу на впорядковану систему соціальних зв'язків, норм і структур, яка об'єднує значущі суспільні цінності і процедури, що задовольняють основні потреби суспільства, тобто на конкретний соціальний інститут [15,17].

Зародки паліативної медицини з'явилися в Україні у 1996 р., системний розвиток починається з 2008 року. І те, що становлення паліативної медицини відіbrane і закріплене суспільною

практикою, свідчить про її необхідність для функціонування суспільства як складної соціальної системи.

Важливо, що процес інституціоналізації паліативної медичної допомоги на даному етапі розвитку українського суспільства сприяє підвищенню рівня суспільних цінностей та гуманізації суспільства, що має сприяти стабілізації суспільства в складних умовах сьогодення.

Процес інституціоналізації є процесом впровадження медико-соціальних інновацій, і, як кожна інновація, цей процес може зустріти протидію і викликати колізії. Загалом становлення соціальних інститутів – складний і багатоплановий процес, який, власне, і визначають як процес інституціоналізації, у якому здійснюється впорядкування соціальних відносин, необхідних і значущих для суспільства соціальних функцій.

У становленні паліативної допомоги можна підкреслити необхідність:

1. Напрацювання соціальних норм і правил соціальної взаємодії, які закладають нормативно-правові підвалини нової інституції.

2. Стандартизації процедур, пов'язаних з визначеними нормами і правилами.

Основа інституціоналізації галузі становить також професіоналізація пов'язаних з нею видів діяльності. При цьому під професіоналізацією розуміється створення спільноти професіоналів, що володіють власною системою професійних стандартів, утворення особливого типу професійної діяльності спеціально підготовлених фахівців. Це також має сприяти взаємодії з потенційними замовниками паліативних послуг та розвитку благодійного чи фондового (громадського) фінансування.

Таким чином, паліативна допомога як соціально-медичний конгломерат своїми завданнями виходить за межі галузі охорони здоров'я.

Багато проблем залишаються не вирішеними, що стає завданнями подальшого розвитку паліативної допомоги.

Висновки

Можна констатувати, що в Україні створюється галузь паліативної допомоги, яка виконує не тільки медичну роль, але й формує суспільну свідомість гуманізму, утворює такі підвалини суспільного буття, як мораль, що, як відомо, передують праву і політиці і стає їх основою. Подальші дослідження мають сприяти формуванню теоретико-методологічних засад розвитку паліативної допомоги, як в аспекті медико-соціальних технологій, так і структурно-організаційних форм.

Література

1. ВОЗ. Палиативная помощь / под ред. E. Davies, I. G. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
2. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. G. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
3. ВВП стран мира на душу населения по ППС за 2014 год. Таблица с данными ВВП стран мира на душу населения по ППС за 2014 год. Место страны в рейтинге [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://total-rating.ru/Описание стран>. – Название с экрана.
4. Гальчинський А. Політична неоекономіка: начала оновленої парадигми економічних знань / Анатолій Гальчинський. – Київ : Либідь, 2013. – 472 с.
5. Данильян О. Г. Соціальні процеси у перехідний період розвитку суспільства / О. Г. Данильян // Філософські обрії. – Київ; Полтава, 2001. – Вип. 6. – С. 36–48.
6. ЕАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги, Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги. 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna/standart/4parent-contest-ta-metodologiya/>. – Назва з екрану.
7. ЕАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЕАПД, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeakrussian.eu.aspx>. – Назва з екрану.
8. Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www/idss.org.ua/stil.html/>. – Назва з екрану.
9. Князевич В.М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О.П. Брацюнь // Матеріали наук.-практ.конф. [«Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи»], (Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р.). – Черкаси, 2014. – С. 9–18.
10. Князевич В. М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Гунський // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 55–63.
11. Національна стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект) / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вер. 2012 р. – Київ : ВД «Калита», 2013. – С. 7–14.
12. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17/> – Назва з екрану.
13. Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим :наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 р. № 317/353, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13.06.2014 р. № 625/25402 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0625-14/print14042960027377850>. – Назва з екрану.
14. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 07.02.2013 р. № 230/22762 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. – Назва з екрану.
15. Рекомендации (Rec(2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы, 2004. – 89 с.
16. Семигіна Т. Соціальна політика: історія і сучасний розвиток: монографія / Т. Семигіна. – Київ : Агентство Україна, 2008. – 196 с.
17. Стан, проблеми та перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7.
18. Palliative care for older people// better practices [Electronic resource] // Regional Office for Europe. WHO. – 2011. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf



О.Є. Коваленко, Л.Ф. Матюха, О.В. Литвин

Можливості методів рефлексотерапії у паліативній допомозі хворим на первинній ланці

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Забезпечення медичної допомоги невиліковним хворим значною мірою покладається на лікарів первинної ланки – сімейних лікарів. Не слід забувати й про потребу в адекватній профілактичній роботі та реабілітації членів сімей людей, які не мають шансів на одужання. На відміну від інтенсивного медикаментозного навантаження, високовартісного і з побічними ефектами, немедикаментозні методи зазвичай залишаються поза увагою через хибну думку про їх слабку дію та недоцільність у важких випадках. Виходячи з того, що всі органи, як соматичні, так і вісцеральні, мають полісегментарну аферентну та еферентну спінальну іннервацію, а внутрішні органи – ще й бульбарну, це значною мірою обґрунтовує ефекти рефлексотерапії (РТ) навіть у невиліковних випадках. Особливе місце займає також нейрогуморальний ефект РТ, за якого відбувається активація наднирничково-гіпофізарної системи, викид у кров ендорфінів, ендопіатів, які здатні брати участь у ефектах поліпшення емоційного стану пацієнта та знеболення (В. Pomeranz, 1997). Важливим є й те, що певним неінвазивним (що не перетинають шкірний бар'єр) методикам РТ – поверхнева голко-аплікація, точковий масаж, прогрівання (цзю-терапія) та ряду апаратних методів РТ можна навчити не тільки медичний персонал, але й членів сім'ї пацієнта та іноді навіть самого пацієнта, що може полегшити стан хворого, роблячи допомогу більш тривалою і постійною, підсилити знеболення, лімфодренаж, дегідратацію тощо (О.Є. Коваленко, 2013).

Рефлексотерапевтичний вплив, як відомо, розпочинається зі стимуляції рецепторного апарату в зоні або точці акупунктури фізичними або хімічними чинниками. Надалі розвивається складний каскад нейрогуморальних реакцій, які, крім периферійного, охоплюють сегментарний і надсегментарний рівні нервової системи. Ефекти РТ включають загальну (зріст загальної неспецифічної резистентності до різних стресорів, підвищення імунітету тощо) і вибірково (специфічну) дії на певний орган або систему (Bossy, 1970; D.E. Kendall 1999; Котенева, 2010).

Різноманітність способів та діапазон рефлексотерапевтичного впливу на точки акупунктури при різних захворюваннях внутрішніх органів може суттєво різнитися, що може залежати й від складності клінічного випадку, можливостей і доцільності комплексного лікування із застосуванням медикаментозних препаратів та фізіотерапії тощо, а також рівня кваліфікації лікаря. РТ може бути представлена як від повного курсу корпорального та мікроакупунктурного впливу (вузьким спеціалістом – рефлексотерапевтом), так і в межах локального точкового масажу та (або) багатогольчастого поверхневого подразнення (мей-хуа-чжень), лазеро-, електро-, фармакопунктури тощо (лікарем первинної ланки, середнім медичним персоналом або поінструктованою лікарем людиною без медичної освіти). Саме індивідуалізований підхід, в основі якого полягає урахування зазначених факторів, клінічних проявів патології тощо, може послужити у комплексній хоспісній допомозі важким хворим.



О.О. Ріга¹, А.Ю. Пеньков², Р.В. Марабян², Joan Marston³

Аналіз перебігу невиліковних хвороб у дітей раннього віку в умовах інституції

¹Харківський національний медичний університет

²Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1

³Chief Executive International Children Palliative Care Network

Заданими ВООЗ, паліативна допомога дітям спрямована на підвищення якості життя дітей та їхніх сімей, які відчувають клінічні, психологічні, етичні та духовні проблеми, пов'язані з невиліковними хворобами.

Проведено аналіз летальних випадків у 14 дітей з важкою патологією та вадами розвитку ЦНС, які перебували в Харківському обласному спеціалізованому будинку дитини №1 (ХОСБД №1) упродовж 2011–2014 років. Серед них 12 хлопчиків та 2 дівчаток віком від 2-х місяців до 4-х років. Для аналізу кількості госпіталізацій у 14 дітей з важкою патологією та вадами розвитку ЦНС відповідного віку без летальних випадків була проаналізована медична документація методом випадкового вибору 8 хлопчиків та 6 дівчаток. Для статистичного опрацювання матеріалу використовувався пакет програми STATISTICA 7.0.

Майже усі діти (12, 85,7%) надійшли до ХОСБД №1 на першому році життя з діагнозами, що включені до Переліку станів, які обмежують життя. Слід зазначити, що одна дитина мала поєднання п'яти таких захворювань, троє дітей – трьох, а шість дітей – по два захворювання, тобто поєднання загрозливими для життя станів мали 11 (78,5%) дітей. Усі діти мали паралітичні синдроми й важку затримку психомоторного розвитку. Переважала вроджена патологія головного мозку, спостерігались гідроцефалія, гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, гіпоплазія мозолистого тіла, синдром Едварда. У клінічній картині спостерігалася також затримка фізичного розвитку (маси тіла, росту – 10 дітей), судомний синдром (8), больовий синдром (8), дихальна недостатність (8), серцево-судинна недостатність (1), аритмія (2), закрепи (3), зригування і блювання (2), пролежні (1). Через важкий стан двох дітей вигодовували через зонд. Дві дитини мали апное та потребували періодичної кардіореспіраторної реанімації.

Незважаючи на те, що в Україні не регламентовано використання шкал оцінювання інтенсивнос-

ті болу у дітей раннього віку та, особливо, у дітей з порушенням когнітивного розвитку, однак 12 із 14 дітей мали судомний синдром та спастичний синдром, які супроводжувалися больовим синдромом, тому потребували знеболення. Четверо дітей потребували седації. Аналіз кількості госпіталізацій від народження до летального випадку у 14 дітей не виявив жодних закономірностей. На відміну від них, у 14 дітей, які не мали летальних випадків, вік дитини та кількість госпіталізацій мали прямий кореляційний зв'язок ($r=0,79$; $p<0,05$). У дітей з летальними випадками кількість госпіталізацій коливалася від 1 до 15. У дітей без летальних випадків – від 2 до 32. Діти віком на момент смерті від 4 до 12 місяців мали мінімальну кількість госпіталізацій – 1; максимальну – 7; віком 12–24 місяці – 3 та 7 відповідно; віком 24–36 місяців – 15; віком понад 36 місяців – мінімальну кількість 5 та максимальну 10 госпіталізацій. Навіть при зростанні кількості максимальних значень госпіталізацій з віком дитини та досить короткотривалого життя, кількість госпіталізацій у дітей не залежала від віку ($r=0,56$; $p>0,05$). Найменший термін стаціонарного лікування склав один день, дитина була госпіталізована з приводу дихальної недостатності I ст., легеневої гіпертензії II ст., після купірування стану повернулася до будинку дитини.

Найчастіше (41 госпіталізація (53,9%)) діти, які мали летальні випадки, потребували стаціонарного лікування у зв'язку з погіршенням стану за основним захворюванням, понад третина (28 (36,8%)) – гострою респіраторною патологією: гостра респіраторна інфекція, гострий ринофарингіт, гострий простий та обструктивний бронхіт, гостра пневмонія. Переважав гострий обструктивний бронхіт (8 випадків). Інші (11) причини госпіталізації були пов'язані з ускладненнями основних захворювань, порушенням функціонування органів та систем, які потребували підтримки важливих для життя функцій в умовах відділень інтенсивної терапії: епілептичний напад, судомний синдром, дихальна

недостатність. Планове хірургічне лікування отримали 8 дітей. Причинами смерті дітей з важкою патологією ЦНС, за даними патологоанатомічних висновків, стали: поліорганна недостатність (7), легенева недостатність (1), порушення крово-, лікворотообігу (2), декомпенсована гідроцефалія (2), некроз головного мозку (1), геморагічний інсульт (1). Смерть усіх дітей траплялася в дитячих лікарнях. Подальший аналіз стосувався визначення днів перебування дітей наприкінці життя. Ми не виявили зв'язку між віком дитини на момент летального

випадку та тривалістю останньої її госпіталізації ($r=0,08$; $p<0,05$). Слід зазначити, що кількість госпіталізацій та тривалість перебування дитини на момент летального випадку також не мали взаємозв'язку ($r=0,04$; $p<0,05$).

Згідно з усталеною клінічною практикою, процес умирання дітей раннього віку з невиліковними захворюваннями ЦНС відбувається в умовах дитячих лікарень. Тривалість перебування дитини у ході вмирання в лікарні коливалася від 5 до 59 днів.



Н.О. Чорна

Мистецтво догляду

КЗ «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою Дніпропетровської обласної ради», Україна

Мистецтво догляду можливо порівняти з мистецтвом скульптури або живопису. Але хіба можливо порівняти працю над полотном або каменем з працею по догляду за хворим тілом і душею. Найстрашніша загроза, яка може нависнути над цією працею, – це перетворення мистецтва на ремесло...

Флоренс Найтінгейл

Однією з актуальних соціальних проблем наших днів стали онкологічні захворювання. Кожен третій онкологічний пацієнт помирає у перший рік хвороби, що в 10 раз перевищує цей показник у розвинених країнах. Рівень онкологічної захворюваності стабільно підвищується приблизно на 3% щорічно.

Хворим на злоякісні пухлини у термінальній стадії онкологічного процесу потрібна паліативна допомога, яка спрямована на послаблення болю та інших важких симптомів та стверджує цінність життя і ставлення до смерті як до природної події, не прагнучи її прискорення або відстрочення.

Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта – всі ці заходи у повній мірі виконуються молодшими медичними спеціалістами Дніпропетровського регіону. Вони своїми професійними діями сприяють виконанню основних принципів паліативної допомоги:

- полегшення болю та інших симптомів невиліковної хвороби;
- поєднання медичних, соціальних, психологічних та духовних аспектів піклування;
- надання підтримки, яка допомагає вести максимально творче життя;
- піклування про пацієнта та його близьке оточення під час хвороби, після смерті та протягом трауру;
- покращення якості життя пацієнта.

Дуже часто при вивченні якості життя хворих не враховуються соціально-психологічні аспекти якості життя, майже ніде в країні не надається психологічна допомога сім'ям, у яких живуть онкологічні хворі. У таких сім'ях виникає безліч складних проблем, у тому числі медичних, економічних, психологічних, проблем догляду, пов'язаних з важким захворюванням і з труднощами у встановленні контакту з хворим, проблеми придбання спеціального обладнання, соціальні проблеми, пов'язані з формуванням спеціального укладу життя родини.

Концепція соціально-медичної роботи в онкології не є дією, про що автор мала змогу пересвідчитись на власному досвіді.

Сімейні лікарі та медсестри самі, за покликом душі, проводять заспокійні бесіди з членами сім'ї онкохворого, а їм у цей час надзвичайно потрібна підтримка, добре, обнадійливе слово.

Пацієнти, не дивлячись на всі зусилля медиків та членів їхніх сімей, відчувають біль та дискомфорт, який пов'язаний з онкозахворюванням. Онкологічні хворі, які страждають від хронічного болю, з кожним прожитим днем стають до нього іще чутливішими і нетерплячішими. Тому дуже важливим моментом лікування онкохворого є вплив на його емоційну сферу, який досягається шляхом застосування як методів психотерапії, так і призначення фармакологічних препаратів, усунення, за можливості, причин, які викликають больовий синдром. До призначення наркотичних препаратів слід звернутися в останню чергу, коли всі інші методи знеболення були вже випробувані, тобто одним з основних правил анальгезуючої терапії є дотримання етапності у призначенні анальгетиків – від слабодіючих до сильнодіючих, від препаратів для внутрішнього вживання до ін'єкційних лікарських форм з поступовим підвищенням разової і добової доз (зі збільшенням інтенсивності болю).

Слухачами Комунального закладу «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» ДОР» циклу удосконалення «Старші медсестри лікувально-профілактичних установ» під керівництвом адміністрації, викладачів Центру, проведено анкетування середнього медичного персоналу онкологічних відділень м. Дніпропетровська з метою покращення та корекції надання паліативної допомоги в онковідділеннях. Вони вивчали питання стосовно емоційного боку роботи медичного персоналу.

В анкетуванні взяли участь 38 респондентів із числа медичних сестер різного віку (від 21 року до 72 років) та досвіду роботи (від 1 року до 42 років). Їм було запропоновано дати відповіді на наступні питання:

1. Опишіть особливості своєї роботи в онкологічному стаціонарі.
2. Свої хвилювання при наданні медичної допомоги хворим.
3. Ваша реакція при наростанні больового синдрому у хворого.

4. Ваше ставлення до проведення хіміолікування, радіологічного лікування та його результатів.

5. Чи залежить прогноз стосовно життя хворого від ранньої і правильної діагностики?

6. Чи залежить життя хворого від компетентності і професіоналізму обслуговуючого медичного персоналу?

7. Свої відношення до смерті хворого.

8. Відношення до пацієнтів.

9. Робота з родичами хворих та інші.

Роботу в стаціонарі, як надто важку в психологічному і фізичному розумінні, означили 65% опитаних, важку в психологічному відношенні – 89%; звикли до неї і не реагують 8% медичних сестер.

Майже всі респонденти дуже відкрито, щиро описували своє ставлення до смерті хворих, зазначаючи, що до цього неможливо звикнути. Багато медичних сестер переживають її гостро, у когось вона викликає страх, гіркоту втрати, навіть почуття злості, особливо якщо помирає людина молодого віку. Понад 40% медичних сестер після смерті пацієнтів починають «копирсатися у собі», шукати провину, що не змогли надати допомогу. Близько 60% медичних сестер намагаються опанувати себе і ставитися більш спокійно до смерті хворого.

98% респондентів докладають максимум зусиль, щоб допомогти пацієнту зняти як фізичні, так і емоційні страждання, 2% – це ті працівники, які не реагують на муки хворого.

Незалежно від роздратованості хворих, 89% медичних сестер ставляться до них терпимо, з повагою і з розумінням важкості їх стану, а 11% відмічають, що їх не хвилює такий стан хворих.

Стан жалю до родичів хворих відчувають 90% медичних сестер та доброзичливо ставляться до них, проводять з родичами бесіди стосовно догляду і харчування. Чим менший стаж роботи, тим більше жалю і переживань відчувають медичні сестри як до родичів, так і до самих хворих. Зі зростанням стажу ці почуття приглушуються.

100% респондентів сподіваються, що будуть розроблені і проведені заходи з покращення якості надання медсестринської та психологічної допомоги онкохворим та їхнім родичам.

Таким чином, незважаючи на негативні аспекти роботи з онкологічними хворими та їхніми родичами, медсестри беруть активу участь у покращенні якості надання медичних послуг, емоційно реагують на їхній стан і смерть, допомагають професійно організувати догляд за хворими та навчають йому родичів пацієнтів.



М.В. Шейко¹, В.Д. Мішиєв^{1,2}, Г.Я. Пилягіна²

Напрямки вирішення соціальних проблем пацієнтів із виразним дефектом та кінцевими станами внаслідок перебігу шизофренії

¹Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у м. Києві²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Серед хворих на шизофренію (Шф) до 90% з безперервним перебігом хвороби (F20.x0) та з епізодичним перебігом і наростаючим дефектом (F20.x1) мають виразний псевдоорганічний чи апато-абулічний дефект (Едельштейн, 1938; Мелехов, 1963; Фаворина, 1965; Штерн-берг, 1981; Вороб'єв, 1988), тобто характеризуються виразним дефектом внаслідок перебігу Шф (ВДШ). До 45% серед них належать до тих станів, котрі кваліфікуються як шизофренічне слабоумство або кінцеві стани при шизофренії (КСШ). Таким чином, абсолютна більшість хворих на Шф має виразні та вкрай виразні прояви негативної дефіцитарної симптоматики, аж до повного руйнування психічної діяльності особистості. Посилання на літературні джерела демонструють, що питання ВДШ і КСШ вивчаються психіатрами багато десятиріч. На жаль, зараз спостерігається тенденція до скорочення наукових досліджень у цієї галузі шизофренології як відлуння основних проблем даної категорії хворих.

Патогенез ВДШ і КСШ обумовлює їх клінічні прояви, котрі стають підґрунтям того, що більшість таких хворих є основним контингентом психіатричних стаціонарів. Це більш ранній дебют хвороби, більша тривалість та високий ступінь прогресивності клінічного перебігу Шф із частими загостреннями психотичних розладів, котрі потребують стаціонарного лікування, високим рівнем інвалідизації і більш молодим віком виходу на інвалідність (Гелда, Об'єдков, 2009). Тобто всі пацієнти з ВДШ і КСШ є особами, що майже постійно потребують великого обсягу медико-соціальної допомоги, мають часткову або повну втрату працездатності й багаторічну інвалідність, а також, у багатьох випадках, протягом тривалого часу (іноді більшу частину свого життя) перебувають у психіатричних стаціонарах або в інтернат-

них закладах для осіб з важкими хронічними психічними розладами (ВХІР).

Можна стверджувати, що проблеми хворих з ВДШ та КСШ не вирішені в нашій країні. Це стосується не стільки методів їх лікування, скільки вирішення медико-соціальних питань утримання та догляду за такими пацієнтами, бо ці хворі потребують переважно паліативної медичної допомоги, постійного догляду з боку оточуючих та вирішення купи соціальних питань, що більшою мірою лягають на медичних працівників.

Метою роботи є привернути увагу до основних напрямків щодо поліпшення надання медико-соціальної допомоги хворим з ВДШ та КСШ, котрі потребують поступового, але якомога швидшого, вирішення. Обговорення цього питання потрібно розпочати з визначення акцентованих питань. Медико-соціальні проблеми пацієнтів з ВДШ та КСШ можна поділити на дві основні групи: ті, що стосуються безпосередньо самих пацієнтів та їхніх родичів, і ті, що зумовлені існуючою системою надання медико-соціальної допомоги хворим. Найбільш складні питання, які можна віднести до першої групи, такі:

1. Проблеми з працевлаштуванням хворих з ВДШ.

Такі пацієнти часто лише частково втрачають працездатність, попри те, що більшість з них мають інвалідність. Багато з них можуть виконувати свої професійні обов'язки чи займатися працею низької кваліфікації. Але наявність інвалідності, а частіше – прояви захворювання, що безпосередньо не впливають на бажання та можливість хворих працювати, відлякують працевлаштувачів від прийому таких осіб на роботу. Якщо раніше вони мали змогу працювати у лікувально-трудовах майстернях, котрі були частиною реабілітації хворих в умовах психіатричних лікарень, то зараз такі

майстерні не фінансуються державою та не функціонують. Вирішенню питань працевлаштування хворих осіб на даний час не допомагають ні соціальні служби за місцем їх проживання, ні центри зайнятості. Таким чином, ця проблема лягає на плечі самих пацієнтів або їх родини. Внаслідок цього пацієнти нічого не роблять, що додатково посилює прогредієнтність ВДШ і стає приводом для погіршення стосунків у родині з подальшим, певною мірою, безпідставним спрямуванням хворих до психіатричного стаціонару або інтернату для осіб з ВХІР.

2. Проблема статусу та подальшого утримання пацієнта при відмові від нього родичів.

На жаль родини хворих осіб з ВДШ, особливо з КСШ, що протягом тривалого часу отримують лікування та перебувають у психіатричних стаціонарах, часто перестають підтримувати стосунки з пацієнтами. Найчастіше це відбувається після смерті батьків хворого, котрі піклувалися про нього, а інші родичі, перериваючи стосунки з ним, намагаються уникнути родинних обов'язків або заволодіти майном пацієнта.

3. Проблеми з житлом для пацієнтів з точки зору захисту їхніх прав.

Наслідком попередньої проблеми є незахищеність хворого щодо утримання власного житла та самостійного життя, особливо для пацієнтів з КСШ. Досить часто вони не можуть повернутися до свого житла з декількох причин. По-перше, персонал лікарні не може виписати без супроводу хворого, котрий дезорієнтований у повсякденному житті і втратив здатність задовольняти повсякденні потреби та обслуговувати себе, а родичів чи опікунів він не має, при цьому відсутня можливість переводу цих хворих до інтернатних закладів. По-друге, самотні пацієнти з ВДШ, що мешкають без родичів, дуже часто стають жертвами кримінальних дій, коли їх шляхом обману позбавляють власного житла й майна.

Друга група проблем, що належать до недоліків надання медико-соціальної допомоги хворим, включає наступні питання:

1. Проблема малої чисельності інтернатних закладів для хворих з важкими хронічними психічними розладами.

Мабуть, це найгостріша проблема медико-соціального догляду за хворими з ВДШ та КСШ, бо черги на місце для пацієнта до інтернатних закладів для хворих з ВХІР розтягуються на роки. При тому, що на утриманні у таких закладах перебувають хворі з іншими розповсюдженими ВХІР – деменцією, важкою розумовою відсталістю тощо. Наприклад, у м. Києві з населенням понад 4 млн та приблизно з 25 тис. хворих з ШФ, з котрих до 75% – це пацієнти з ВДШ та КСШ, працює лише три чоловічі та один

жіночий інтернатні заклади для хворих з ВХІР із загальною потужністю до 1000 ліжок.

2. Проблеми розширення форм тимчасового опікунства для хворих з ВДШ та КСШ.

Ця проблема тісно пов'язана з вищезазначеним питанням. Перебування хворих у психіатричному стаціонарі без наявних ознак загострення психотичного стану не є не обхідним, бо вони не потребують активної терапії, але воно є коштовним для бюджету громади. Але ж іноді хворі з ВДШ, особливо з КСШ, без загострення психотичного стану можуть тривалий час перебувати в психіатричному стаціонарі, роками чекаючи можливості оформлення до інтернатного закладу для хворих з ВХІР. Це ті пацієнти, що не мають місця для проживання або родичів чи опікунів. Вони найчастіше перебувають у психіатричному стаціонарі завдяки постійним повторним госпіталізаціям, але отримують лише паліативну допомогу та догляд. Цю проблему у більшій мірі має можливість вирішити фостерне, тимчасове, опікунство, але воно не має законодавчої бази, тому не поширено у суспільстві. Відповідно стаціонарні ліжка використовуються не за прямим призначенням, а хворі не мають можливості реабілітуватися в більш кращих умовах – у колі осіб, що можуть опікуватися ними.

3. Проблеми надання соціальної допомоги у психіатричних стаціонарах.

У хворих осіб з ВДШ, особливо з КСШ, що протягом тривалого часу перебувають у психіатричних стаціонарах, виникає купа соціальних проблем, котрі потребують вирішення: наприклад, своєчасне отримання пенсії, можливість брати участь у культурних заходах поза лікарнею тощо. Допомагає хворим у задоволенні цих потреб медичний персонал. Але існуюча система соціальної підтримки хворих, які перебувають у психіатричному стаціонарі, вкрай недосконала. По-перше, це суттєва недостатність працівників, що можуть виконувати цю роботу. У штатному розписі психіатричних стаціонарів немає окремої посади соціального працівника, а медичні сестри, що додатково виконують ці завдання, не встигають задовольняти усі соціальні потреби хворих. Окрім того, великою проблемою для хворих є відновлення особистих документів, наприклад паспорту, у зв'язку з недосконалістю юридичної процедури. Особливо це стосується хворих з КСШ, котрі не мають родичів чи опікунів, а також не можуть самотійно свідчити у суді.

Таким чином, визначення основних проблемних питань, котрі потребують поступового та якомога швидшого вирішення, детермінує напрямки удосконалення системи надання медико-соціальної допомоги хворим з ВДШ та КСШ.

С.Є. Шунькіна

Мобільний конвертер – зручний розрахунок еквіаналгетичних доз опіоїдів

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра організації та економіки фармації, Україна*

Фармакотерапія (ФТ) хронічного больового синдрому (ХБС) є однією з найважливіших складових процесу лікування паліативних хворих, а правильний вибір аналгетика – ключем до успішного знеболення.

Засобами вибору у купіруванні сильного болю є опіоїдні аналгетики (ОА), які призначають на II та III «сходинці» терапії, згідно із схемою, рекомендованою ВООЗ. Одним з основних принципів ФТ опіоїдами є правильний підбір дози, як на початку лікування, так і при заміні одного ОА на інший. Оскільки всі ОА, згідно з концепцією еквіаналгетичного дозування, забезпечують рівносильний знеболюючий ефект при належній корекції їх дозування, під час ротації опіоїдів слід проводити розрахунки, користуючись даними про еквіаналгетичні дози.

У зв'язку із стрімким розвитком та впровадженням за останні десятиліття різноманітних інформаційних технологій (ІТ) та програм у медицину значно оптимізувалась робота фахівців, удосконалились методи діагностики та лікування пацієнтів. Використання ІТ актуальне і в паліативній медицині, особливо програм, що здійснюють обчислення доз ОА. У мережі Інтернет можна знайти як платні, так і безкоштовні англомовні програми для розрахунку еквіаналгетичних доз (Opioid analgesic converter, Opioid Calculator, Opioid Conversion Calculator тощо), які можуть працювати як на персональних та планшетних комп'ютерах, так і на смартфонах чи айфонах. Проте безкоштовний українськомовний програмний продукт, адаптований до вітчизняного асортименту ОА був відсутній.

Метою дослідження було розробити мобільний додаток (програму) для обчислення еквіаналгетичних доз ОА, що застосовуються при ФТ ХБС у паліативних хворих, придатну для використання на смартфоні з операційною системою (ОС) Android.

Інформаційним наповненням для створення програми слугували дані щодо еквіаналгетичних доз ОА різних лікарських форм, наведені у вітчизняних та іноземних клінічних рекомендаціях з ФТ

ХБС. Перелік ОА складав 9 назв лікарських засобів (ЛЗ) (Морфін, Фентаніл, Бупренорфін, Налбуфін, Буторфанол, Трамадол, Метадон, Гідроморфон, Кодеїн) у різних лікарських формах, що присутні на фармацевтичному ринку України.

Останнім часом смартфони стають все більш популярними, випереджаючи навіть портативні комп'ютери чи інші мобільні гаджети. Смартфон – це «інтелектуальний телефон», оснащений багатофункціональною ОС, завдяки чому користувачі можуть працювати з документами, аудіо- та відеофайлами, а також із різноманітними додатками (програмами). Саме тому, використовуючи мову програмування Java, нами була розроблена програма для смартфонів з ОС Android. Програма має назву QSA (Quantum satis analgesic – з лат. «аналгетика скільки потрібно»). Робота з програмою ґрунтується на лінійному п'ятикроковому алгоритмі:

- *перший та другий* кроки – вибір ЛЗ, з якого слід перерахувати дозу (ЛЗ 1) та для якого потрібно розрахувати еквіаналгетичну дозу (ЛЗ 2) із запропонованого переліку;
- *третій* крок – введення дози ЛЗ 1, з якого програма буде здійснювати розрахунок;
- *четвертий* крок – азначення рівня зниження дози у відсотках;
- *п'ятий* крок – отримання кінцевого результату натисканням кнопки «Розрахувати!».

Окрім обчислення еквіаналгетичної дози програмою передбачено надання інформації щодо доступних на фармацевтичному ринку України торгових назв ОА на основі даних Державного реєстру лікарських засобів. Програма також дозволяє отримувати кінцевий результат з урахуванням ступеня зниження дози у відсотках, що суттєво полегшує розрахунки під час титрування доз.

Опрацьовано авторську програму Quantum Satis Analgesic для використання на смартфонах, яка призначена для полегшення роботи фахівців мультидисциплінарної команди, що, в свою чергу, покращить якість надання допомоги паліативним хворим.

Patrick Van Den Nieuwenhof

Capacity development in palliative and hospice care through decentralized cooperation

Ukraine Project Edegem (Belgium)

Key words: capacity development, decentralized cooperation, solidarity, local ownership.

Due to the worldwide economical crisis, social service providers were the first victims of budgetary austerity. On the other hand we can see a worldwide willingness to solidarity. This paper will focus on the question how the capacity development in palliative and hospice care can be facilitated through decentralized cooperation. Capacity is about resources, instruments and structures, relationships, knowledge and skills. Capacity refers to the skills to perform tasks and produce concrete output, identify and solve problems and make informed choices. The capacity of an organization is affected by factors that operate at three levels: individual, institutional and organizational. Decentralized cooperation on the other hand is a supportive partnership between foreign local and regional sub-national organizations. Its main aim is to promote common prosperity and consolidate local development. Decentralized cooperation is considered as any project, initiative, or partnership among at least one foreign and one Ukrainian sub-national organization (public authority, semi public, NGO, educational institute...) in order to promote

sustainable capacity development. Besides other necessary measures to develop palliative and hospice care in Ukraine, this paper explores the potential of decentralized cooperation. The paper highlights bottom-up approach methods such as social investment, asset based work, participatory health care and empowerment. Inspiring and promising practices, based on collaborations between Belgium and other countries such as Poland and Romania, design a pathway for translocal collaboration based on the principle of equality of the partners and mutuality. By way of conclusion, because finances are important, the paper will give examples of funding instruments and European project lines. The last ones will give food for thought for future cooperation initiatives. The input for this paper is building further on the outcomes and the Belgian participation at the conference in 2011 and the first national congress in 2012. Ultimately, the result is to foster bottom-up approaches, thereby promoting democratization and local ownership resulting in a new Ukrainian Belgian decentralized cooperation.

<http://www.oekraine-project-edegem.be/>





НАЛБУФІН

Ефективна опіодна аналгезія з кращим профілем безпеки



Аналгетичний потенціал з морфієм 1:1



Швидкий початок дії 2-15 хв.
Тривалість аналгезії 6-8 год.



Можливість амбулаторного використання.

У ПОРІВНЯННІ З МОРФІОМ

- Меншою мірою пригнічує ЦНС та дихальний центр
- Не впливає на гемодинаміку
- Знімає спазм сфінктера Одді
- Не викликає свербіж шкіри
- Попереджує післяопераційну нудоту, блювання
- Не пошкоджує моторику ШКТ
- Не викликає затримку сечі

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

- Болізовому синдромі сильної та середньої інтенсивності;
- Як додатковий засіб при проведенні анестезії;
- Для зняття болю в перед- та післяопераційний період;
- Знеболення під час пологів.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ТА ЗАСТОСУВАННЯ

ФАРМАКОДИНАМІКА: Налбуфін – опіоїдний аналігетик групи агоніст-антагоніст опіоїдних рецепторів. Є агоністом κ-опіоїдних рецепторів і антагоністом μ-опіоїдних рецепторів, порушує мінімізовану передачу болю в клітині на різних рівнях центральної нервової системи (ЦНС), впливаючи на всі види головного мозку. Порушує умовні рефлекси, чинить седативну дію, сприяє дисфорії, нудоті. Мінорно нудоту, ніж морфін, промодулює фентаніл, порушує дихальний центр і впливає на моторику шлунково-кишкового тракту. Не впливає на гемодинаміку. Різко розвинути звикання і опіоїдні залежності при контрольному застосуванні значно нижчі, ніж для опіоїдних аналігетиків. При внутрішньовенному введенні ефект розвивається через кілька хвилин, при внутрішньому вживанні – через 10-15 хв. Максимальний ефект досягається через 30-40 хв, тривалість дії – 3-6 годин.

СПОСІБ ТА ЗАСТОСУВАННЯ: Налбуфін призначений для внутрішньовенного та внутрішнього вживання. Дозу необхідно розраховувати індивідуально до інтенсивності болю, стану пацієнта та еволюції взаємодії з іншими одночасно застосовуваними лікарськими засобами. Застосовують при болізовому синдромі вводить внутрішньовенно або внутрішньошлунково від 0,15 до 0,3 мг/мл маси тіла вагової, розподілу дозу препарату вводить за необхідності кожні 4-6 годин. Максимальна разова доза для дорослого – 2,3 мг/мл маси тіла, максимальна разова доза – 2,4 мг/мл маси тіла. При інфаркті мієкарда часті бувають дози до 20 мг препарату, які вводять

повільно у вену, проте може бути необхідним збільшення дози до 30 мг. При відсутності чіткої позитивної динаміки болізового синдрому – 20 мг повторно, через 30 хв. При застосуванні Налбуфін масі доповнюють засобу для анестезії необхідні дози дози, ніж для знеболення. Доза премедикації 100-200 мг/мл маси тіла. При проведенні внутрішньовенного наркозу для введення в наркоз – 0,3-1 мг/мл за період 10-15 хв, для підтримання наркозу – 250-500 мг/мл внутрішньовенно повільно кожні 30 хв. При знеболенні під час пологів препарат слід застосовувати у дозу 20 мг внутрішньошлунково. З обережністю призначати препарат жордим літнього віку, при загальному виснаженні, нервовій функції дихання. У ваку до слід розпочинати застосування з мінімальною ефективною дозою у ваку з більш частим моніторингом побічних реакцій.

ДІТЯМ – НЕ ЗАСТОСОВУЙТЕ! Порушення чутливості до налбуфін у гідроксидну або до будь-якого з інгредієнтів препарату.

Притаменими діями або ознаками пригнічення ЦНС, підвищеної внутрішньоочного тиску, травма голови, гострі алергічні реакції, алергічний шок, порушення функцій печінки та нирок.

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ: Під час застосування препарату можливі виникнення побічних реакцій. З боку нервової системи: запаморочення, загальна слабкість, головний біль, сіддиз, диплопія, анізкорія, дисорія, збудження, похпінність, нудота, блювання, сонливість, нічні нальї, галюцинації, дзвення вухах, сплутаність свідомості, дисфорія, парестезія, відчуття нереальності, порушення мовлення, зміна настрою, суворий, ритмічність м'язів, тремор, мимозальні м'язи скорочення. З боку серцево-судинної системи: підвищений або знижений артеріальний тиск, брадикардія, тахікардія. З боку травної системи: сухість у роті, запора, диспепсія, гіркий присмак, акорія, сикетоз, подразнення шлунково-кишкового тракту, спазм м'язів шлункової стінки, при застосуванні забороняється одночасно – галактолітична мікрова мікрохлористі та токсичні металоїди (калій, магній, нудота, гастрит, блювання).

З боку дихальної системи: пригнічення дихання, зменшення еластичного об'єму дихання, диспноє, астматичні напади. З боку шкіри: підвищена вологість шкіри, свербіж, кропив'янка, відчуття нудоту, непереносимість слюни та інтенсивність шкіри, зміна у м'язі звідення, у тому числі болісність.

Алергічні реакції: озон, респіраторний дистрес-синдром, набряк Квінке, набряк обличчя, набряк бронхіоспазм, набряк легень, шок анафілаксії, підвищене потовиділення.

Інші побічні: запаморочення зору, зменшення дурного, часті позиви до сечовипускання, спазм оклюзійних шлунків, гепатотоксичність (темні сечі, білий наліт), медикаментозна залежність, синдром відміни (спастичний біль у м'язах, нудота, блювання, діарея, сплутаність, слабкість, відчуття тривожності, підвищене чутливість до іона).

НАТЕГОРІЯ ВІДПОВІДІ: За рецептом, Виробник ТОВ «Юрія-Фарм».

МАСШТАБОВАНА ВІДВЕРЖЕННЯ: Україна, 18030 м Черкаси, вул. Вербового, 108. Тел: 044291-01-01.

Інформація для професійної діяльності медичної / фармацевтичної працівника: Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією про використання. PPI UA11429/01/01.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lee S-K, et al. Analg Analg. 1997;5:810-5.
2. Guxon M.W, et al. Acute Pain 2004; 6: 29-39.
3. A Comparison of Nalbuphine with Morphine for Analgesic Effects and Safety: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Zhang Zeng, Jianhua Liu, Chang Shu, Yuan Qian, Tong Guo, Qing-qing Wu, Shang-lan Yao & Ping Yin. Scientific Reports (5) 10927 | DOI: 10.1038/srep10927
4. Acute Pain Management: Scientific Evidence
5. Ю.Ю. Нобелішвили, "Современные аспекты использования смешанного агонист-антагониста опіоїдних рецепторів налбуфін в клінічній практиці"
6. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Налбуфін.

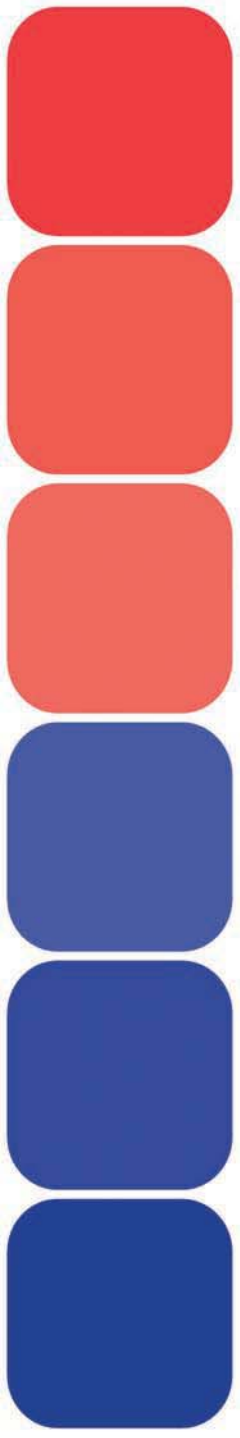


ІНФУЛГАН

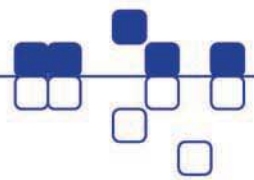
paracetamolum

АНАЛЬГЕТИК, ЩО НАЙБІЛЬШЕ
ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ В ЄВРОПІ:

- Призначається 78% післяопераційних хворих¹



- СИЛЬНИЙ НЕОПІОЇДНИЙ АНАЛЬГЕТИК²
- БАЗИСНИЙ КОМПОНЕНТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ^{2,3}
- ІНГІБІТОР ЦОГ-3^{4,5}



ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua

Україна, 03680, м. Київ,
вул. М. Амосова, 10
тел./факс: +38 (044) 275-92-42



Лідер ринку
інфузійних препаратів
України



¹. PharmaSavvy market research 2009; ². Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010; ³. Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice (ESRA); ⁴. Timothy D Warner et al, Cyclooxygenase-3 (COX-3): Filling in the gaps toward a COX continuum? PNAS October 15, 2002, Vol 99, No.21: 13371-13373; ⁵. Chandrashekar N.V et al, COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: Cloning, structure, and expression. PNAS, Oct 15, 2002, Vol 99, No.21, 13926-13931
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. РП МОЗ України № UA/11955/01/01 від 03.01.12 р. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями. Зберігати у недоступному для дітей місці. Склад: діюча речовина: парацетамол; 1 мл розчину містить парацетамолу 10 мг.

Спосіб застосування та дози для дорослих та дітей з масою тіла 50 кг та більше. Максимальна разова доза становить 1000 мг парацетамолу. Максимальна добова доза – 4 г. Інтервал між введенням препарату повинен становити не менше 4 години. Можливі побічні реакції. Нездужання, реакції гіперчутливості, анафілактичний шок, артеріальна гіпотензія, зростання рівня печінкових трансаміназ, тромбоцитопенія, лейкопенія, нейтропенія, протромбоз або уртикарне висипання на шкірі. Застосування в період вагітності або годування груддю. Даних стосовно негативного впливу парацетамолу для внутрішньовенного застосування на розвиток плода або фетотоксичні ефекти немає, однак перед застосуванням препарату слід уважно оцінити співвідношення користь/ризик та протягом застосування препарату за вагітною жінкою потрібно встановити ретельне спостереження. Діти. Застосовують дітям віком від 1 року з масою тіла більше 10 кг тільки для симптоматичного лікування болю та гіпертермії у післяопераційних хворих. Категорія відпуску. За рецептом.